



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/3280 - ANTE UNA CEFALEA... ¡ NUNCA BAJAR LA GUARDIA!

C. Muñoz Pindado^a, S. Cercas Lobo^b, A. Silva Villalba^c y M. Romans Güell^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Manlleu. Barcelona. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Manlleu. Barcelona. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Manlleu. Barcelona. ^dEnfermera. Centro de Salud Manlleu. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón sano de 24 años que consulta por cefalea opresiva persistente de moderada intensidad asociado a dolor en región dorso-lumbar y fotofobia. Se inició hace una semana tras una jornada de playa cuando presenta quemadura solar con aparición de lesiones vesiculares en axila izquierda y febrícula (37,8°C).

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/72 mmHg, FC 90 lpm, Tº: 36,9 °C. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Presenta lesiones vesiculares de contenido seroso en región axilar izquierda en T1-T3 compatibles con virus varicela zóster (VVZ). AR: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. AC: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni roces pericárdicos. No signos de ICC. NRL: pupilas isocóricas normorreactivas. Fotofobia intensa. Fondo de ojo con leve palidez macular. Pares craneales preservados. No déficits motores ni sensitivos. ROTs preservados. No ataxia ni dismetrías. Romberg negativo. Brudzinsky levemente positivo y Kernig negativo. Analítica sanguínea normal. TAC craneal normal. Punción lumbar: eritrocitos 60 cél/mm², leucocitos 430 cél/mm². granulocitos 5%, linfocitos 95%. Glucosa 42 mg/dl, LDH 44 U/L, ADA 26.50 U/L. PCR VVZ positivo. PCR enterovirus, herpes simple I y II negativos. Cultivo bacteriano y micológico negativos.

Orientación diagnóstica: Meningitis herpética y herpes cutáneo.

Diagnóstico diferencial: Meningitis vírica, bacteriana, micótica, tuberculosa, espiroquetal. Infecciones parameningeas. Meningitis neoplásicas, enfermedades inflamatorias no infecciosas como sarcoidosis y E. Behçet.

Comentario final: La meningitis viral se manifiesta con fiebre, cefalea e irritación meníngea relacionadas con pleocitosis linfocítica en LCR. Puede aparecer malestar, mialgias, anorexia, náuseas y vómitos, dolor abdominal y diarreas; o alteración del nivel de consciencia leve. Es primordial el examen del LCR incluyendo detección PCR VHS y VVZ. El tratamiento puede ser sintomático sin requerir hospitalización, excepto en casos graves, que además requieren tratamiento con aciclovir IV en altas dosis (5-10 mg/kg/8h), para completarse posteriormente con pauta oral. El pronóstico es de recuperación completa y cursa sin secuelas en la mayoría de casos. La vacunación es eficaz para la prevención de meningitis y otras complicaciones neurológicas relacionadas entre otros con el VVZ. Es fundamental la sospecha clínica desde Atención Primaria para iniciar tto

evitando complicaciones y secuelas.

Bibliografía

1. Hauser SL, Josephson SA. Meningitis aguda y encefalitis. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012; p.1020-31.

Palabras clave: Cefalea. Meningitis infecciosa. Virus varicela zóster.