Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1707

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2357 - DOCTOR, ESTA CEFALEA ME TRAE DE CABEZA

M. Molina Gracia[1], E. Serrano Cabrera[2] y P. Castro Pérez[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro.

Resumen

Descripción del caso: Enfermedad actual: Mujer de 19 años con cefalea de características tensionales de cinco días de evolución que acudió a urgencias hospitalarias en tres ocasiones. Dada de alta a domicilio con tratamiento sintomático en las primeras dos ocasiones en las que se evidenció fiebre y leucocitosis con neutrofilia leve. Refería aumento de la fiebre y cefalea que no cedían con antitérmicos desde hacía 24 horas. Sin alteración de ritmo miccional ni defecatorio. Sin ambiente epidémico. Antecedentes personales: NAMC. Cefalea tensional. Tratamiento crónico: Ibuprofeno 600 mg/8h si dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, regular estado general. Normocoloreada y normoperfundida. Glasgow 15. Tª 39,5 ºC, PA: 145/92 mmHg, FC 106 lpm. SatO2 98%. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos taquicárdicos, murmullo conservado sin estertores. Neurológica: PINR, pares craneales conservados, rigidez nucal, Signo de Kernig positivo, sin alteración de fuerza o sensibilidad, ni alteración de la marcha ni de la coordinación, reflejos normales. Cutánea: sin lesiones. Abdomen: no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Rx de tórax: hilios simétricos, senos costofrénicos libres, sin condensaciones en parénquima pulmonar. Analítica de sangre destaca: Hb 13 g/dL. Leucocitos 27.000/L (91% neutrófilos), PCR 23,5 g/L. TAC craneal sin contraste: No LOES ni masas o signos de sangrado activo. Solución de continuidad en región media etmoidal. Sin descenso amigdalar.

Orientación diagnóstica: Dado el cuadro de fiebre y los signos exploratorios así como las pruebas complementarias realizadas se procede a realizar punción lumbar diagnóstica a la vez que se instaura tratamiento antibiótico empírico (ceftriaxona + vancomicina IV). Punción lumbar: Leucocitosis con predominio de polimorfonucleares e hipoglucorraquia. Cultivo de LCR: Streptococcus pneumoniae.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, cefalea tipo migraña, cefalea crónica diaria, cefalea en racimo.

Comentario final: Pese a que un paciente esté diagnosticado de una patología crónica que pueda justificar la etiología de un cuadro en un primer momento, siempre se debe estar pendiente de aquellos signos y síntomas que hagan sospechar una etiología diferente a la habitual en el paciente.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
2. Fauci AS, et al, eds. Harrison&#39s principles of internal medicine, 17ª ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Meningitis. Cefalea. Cefalorraquídeo.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.