



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/490 - SOSPECHA DE MENINGITIS EN DEPORTISTA PROFESIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Gajate Herrero<sup>1</sup>, N. Diego Mangas<sup>2</sup>, F. Gómez García<sup>1</sup> y F. Guerrero Sbaa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Calzada Valdunciel. Salamanca. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 19 años, jugadora de rugby, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de AP por fiebre de hasta 39,5 °C, con cefalea y cervicalgia desde hace 2 días. Asimismo refiere un vómito aislado esa mañana. Dados los hallazgos es derivada a urgencias hospitalarias ante la sospecha de meningitis.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada. No lesiones cutáneas. Orofaringe sin alteraciones. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Neurológica: Rigidez de nuca en todos los planos con dolor. Kernig positivo. Brudzinski negativo. Resto de exploración neurológica normal. Analítica: Hb: 11,9 g/dL. Leucocitos: 23.530  $\mu$ L (94% neutrófilos) INR: 1,74. PCR: 23,91 mg/dl. Procalcitonina: 2,39 ng/mL. Ante sospecha de proceso infeccioso de SNC se realiza: TAC craneal: sin signos de hipertensión intracraneal. LCR transparente. Leucocitos, glucosa y proteínas en LCR en cifras normales. Tinción Gram: negativa. Ante estos hallazgos se dudó del diagnóstico inicial y se reexploró a la paciente. Se objetivó dolor a la palpación de la musculatura paracervical izquierda con mínimo aumento de volumen. No puerta de entrada. Dados los síntomas cervicales locales se realiza TAC cervical: Entre músculos trapecio y esplenio izquierdos, se observa colección hipodensa de 15  $\times$  2  $\times$  54 mm de aspecto inflamatorio/infeccioso. Ante estos hallazgos, se interpretó como hematoma infectado en musculatura cervical. Se inició antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam con buena evolución, siendo alta en 48 horas.

**Orientación diagnóstica:** Hematoma infectado de musculatura cervical

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis. Sepsis. Absceso. Disección carotídea.

**Comentario final:** La meningitis es una enfermedad grave que no presenta signos ni síntomas patognomónicos, por lo que se puede confundir con otras entidades que cursan con cefalea, vómitos o rigidez de nuca. Por este motivo, un caso sospechoso en las consultas de AP debe ser enviado inmediatamente a urgencias hospitalarias para confirmar o descartar el diagnóstico. En nuestro caso la detección inicial de dolor a la palpación cervical y aumento de volumen habría evitado la realización de un TAC craneal y una punción lumbar. La mayor parte de los hematomas y colecciones a nivel cervical son secundarias a traumatismos (como accidentes de tráfico) o cirugía

previa.

### **Bibliografía**

1. Brower MC, et al. Dilemmas in the diagnosis of acute community-acquired bacterial meningitis. *Lancet*. 2012;380:1684.

**Palabras clave:** Meningitis. Hematoma. Rugby.