

RIGIDEZ DE NUCA Y CEFALEA GRAVATIVA EN PACIENTE AFEBRIL

1er Lugar - Concurso Nacional de Historias Clínicas ABOLSCHEM

Bernardo Gareca Urriolagoitia, Rosario Velasco Villarroel.
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN FRANCISCO XAVIER

ANAMNESIS

FILIACIÓN

Nombre: J.L.
Edad: 31
Sexo: M
Raza: Mestiza
Procedencia: Sucre
Ocupación: Contador Público.
Estado Civil: Soltero.
Residencia Actual: Sucre.
Religión: Católica.
Fecha Ingreso: 07/06/03.

MOTIVO DE CONSULTA

Cefalea bifrontal gravativa, náuseas, rigidez de nuca.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente consulta al servicio de neurología del H. C. A. por presentar cefalea bifrontal gravativa, náuseas, rigidez de nuca, afebril, con antecedentes de otitis media supurada con fiebre de diez días de evolución.

ANTECEDENTES

1. Personales:

- Parto eutósico.
- Desarrollo psicomotor adecuado.
- Esquema de vacunación completo.
- Alimentación variada.
- Padre fallecido con antecedentes cardiacos; madre y hermanos aparentemente sanos.

2. Patológicos:

- Otitis media supurada con fiebre de diez días de evolución.
- Enfermedades propias de la infancia.
- Traumatismo en oído izquierdo a lo 8 años de edad posterior al cual refiere secreción constante.

EXAMEN FÍSICO

3. General:

- Decúbito: Dorsal obligatorio
- Biotipo: Normotipo

- Facies: Álgida.
- Piel: Normotérmica y húmeda.
- TCSC: Escaso.
- Tejido muscular: Eutrófico y eutónico.
- Aparato Osteoarticular: Móvil.
- Presión arterial: 100/60 mmHg.
- Frecuencia respiratoria: 22 por minuto.
- Pulso: 62 por minuto.
- Temperatura axilar: 36.8 °C.

4. Regional:

- Cabeza: Normocéfalo.
 - Ojos: Sin particularidad.
 - Conducto Auditivo: Permeable.
 - Fosas Nasales: Permeables.
 - Mucosas: Húmedas y rosadas.
- Cuello: Rigidez de nuca.
- Tórax: Sin particularidad.
- Abdomen: Sin particularidad.
- Genitales y extremidades: Sin particularidad.

5. Examen neurológico:

Escala de coma de Glasgow 15/15.

Primer diagnóstico presuntivo: Síndrome meníngeo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

1. Química sanguínea:

- Glucosa: 85.5 mg/dl.

2. Hemograma:

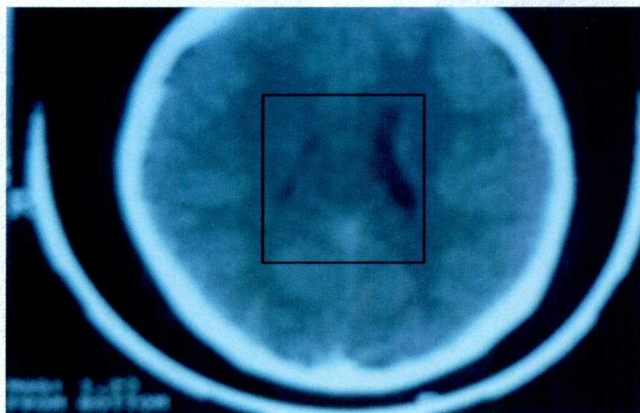
- Serie blanca:
 - Leucocitos: 20 000
 - Linfocitos: 14%
 - Monocitos: 3%
 - Neutrófilos: 83%
- Serie Roja:
 - Eritrocitos: 4 650 000
 - Hemoglobina: 14 g%.
 - Hematocrito: 44%
 - V.S.G.: 43 mm

3. Punción lumbar:

- Líquido cefalorraquídeo: opalescente
- Proteínas: 95 mg/dl.
- Glucosa: 4.9 mg/dl.
- Tinción de Gram: no se observan microorganismos.
- Células: 8 por mm³.

4. Tomografía axial computarizada.

- Neumoencéfalo por colapso ventricular derecho.



Segundo diagnóstico: Meningitis a líquido cefalorraquídeo turbio opalescente.

TRATAMIENTO E INTERNACIÓN

Ceftriaxona 1g cada 8 horas.
Vancomicina 500 mg cada 12 horas.

EVOLUCIÓN

10/06/03

Paciente lúcido, afebril sin cefalea ni rigidez de nuca.

Cultivo de LCR negativo a las 72 horas.

Resultados de laboratorio: Leucocitosis, neutrofilia y V.S.G. acelerada.

14/06/03

Paciente con buena evolución, signo de Mugeth cede al tratamiento con nistatina.

Continúa la medicación.

PA: 90/50 mm Hg.

FC: 80 por min.

FR: 18 por min.

16/06/03

Paciente lúcido, sin presencia de síndrome meníngeo, presencia de pico febril de 38.5 °C.

PA: 100/60 mmHg.

FR: 20 por min.

FC: 88 por min.

19/06/03

Paciente asintomático, afebril.

Resultados de laboratorio:

Leucocitos: 12 350

Linfocitos: 24%

Monocitos: 3%

Neutrófilos: 65%

V.S.G: 11 mm

Se da alta médica, manteniendo la medicación con ceftriaxona.

26/06/03

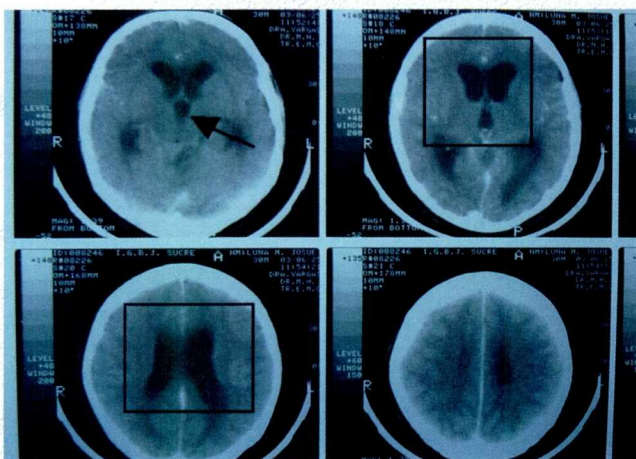
Paciente vuelve a los siete días a consulta por presentar cefalea gravativa, vómitos, desorientación, ataxia moderada, trastornos de la visión.

Resultados de laboratorio:

Leucocitos: 6 150

V.S.G: 3 mm

Tomografía: Con y sin contraste, evidencia hidrocefalia triventricular con ausencia del cuarto ventrículo.



Tercer Diagnóstico: Hipertensión endocraneana por hidrocefalia triventricular, con ausencia del cuarto ventrículo.

Se indica cirugía.

Cirugía: Derivación ventrículo-peritoneal, evoluciona lúcido, afebril con hipo; se inicia tratamiento con vancomicina.

28/06/03

Paciente vigil, lúcido, con leve cefalea, náuseas, afebril, heridas secas, válvula pulsa bien.

Pruebas índice nariz y talón rodilla positivas izquierdas.

TAC de control: Ausencia de 4º ventrículo.

Cuarto Diagnóstico Presuntivo

Síndrome cerebeloso izquierdo.

Se aumenta Cloranfenicol 500 mg cada 8 horas, Metronidazol 500 mg cada 6 horas, sospechando de infección por Bacteroides.

30/06/03

Paciente lúcido afebril sin cefalea con presencia de nistagmus.

Cultivo de LCR de punción ventricular negativo.

Radiografía de Tawne: Mastoides izquierda velada y deforme.

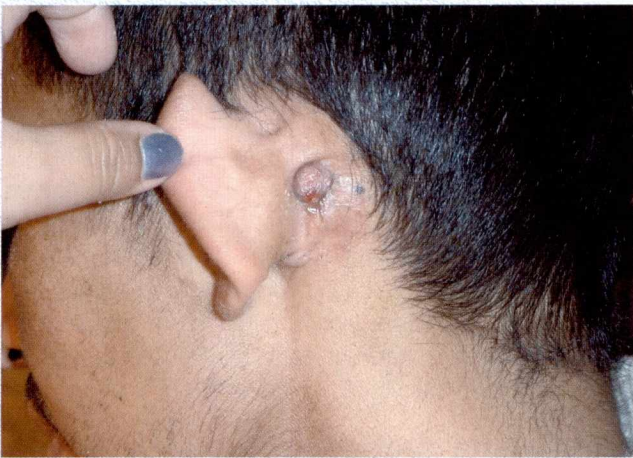
09/07/03

Paciente lúcido afebril con mejoría de síndrome cerebeloso, presenta náuseas vespertinas.

Se indica TAC con contraste, para descartar absceso de cerebelo.

14/07/03

Paciente afebril, con secreción en mastoides fistulizada, náuseas, ataxia.



Resultados de laboratorio:
Leucopenia de 4 050

Por lo que se suspende cloranfenicol luego de 18 días.

Se solicita interconsulta con otorrinolaringología **otorgando diagnóstico de colesteatoma en mastoides** que invade fosa media, se indica tratamiento quirúrgico.

20/07/03

Se indica TAC de cráneo con y sin contraste, evidenciando imagen hipodensa en cerebelo izquierdo.



Quinto diagnóstico: Absceso de cerebelo izquierdo por complicación del colesteatoma.

28/07/03

Se realiza mastoidectomía radical izquierda, a continuación se procede a una craneotomía occipital con corticotomía y punción de absceso encapsulado con la cual se obtiene 10 cc de líquido purulento, el cual se cultiva con resultado negativo.

Paciente presenta mejoría de síndrome cerebeloso, con audiometría evidencia conservación de la audición.

Se le da alta médica.

En la fecha: Paciente asintomático desempañando sus funciones habituales.

DISCUSIÓN

Paciente con cefalea gravativa y rigidez de nuca sin fiebre y con antecedentes de otitis media supurada con fiebre de 10 días de evolución, por lo que se diagnostica primeramente síndrome meníngeo, por examen de LCR en el que se evidencia hipoglucoorraquia y aumento de proteínas.

Está claro que un diagnóstico de meningitis se establece en base a la tríada de: cefalea, rigidez de nuca y fiebre (1) lo relevante de este caso es que el paciente no presentó fiebre en el momento de consulta. En Tomografía Computada se evidencia neumoencéfalo y colapso de ventrículos laterales que nos inclina a pensar en cerebelitis. El paciente responde bien al tratamiento y se le da de alta. Posteriormente reingresa con un cuadro de hipertensión endocraneal por hidrocefalia triventricular. Las causas de hidrocefalia secundaria son lesiones obstructivas del paso de LCR, otras causas como la meningitis (2). Se realiza cirugía de derivación ventrículo-peritoneal. En el transcurso de la internación se evidencia síndrome cerebeloso a nivel de la mastoides izquierda se dio tratamiento antibiótico sospechando de Bacteroides por foco ótico. Con radiografía y Tomografía Computada se diagnostica colesteatoma y absceso cerebeloso, el cual se drena y resuelve completamente. El cultivo del material del absceso da negativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://med.unne.edu.ar/revista/revista97/Meningitis_enfoque_actual
2. <http://www.trejos.com/trejos/Hidrocefalia.stm>