



# Paciente que consulta por cefalea y crisis comiciales

E. García Vázquez<sup>a,b</sup>, R. Mula Martínez<sup>b</sup>, E. Moral Escudero<sup>a</sup>, A. Hernández Torres<sup>a,b</sup>, J.A. Herrero Martínez<sup>a,b</sup>, J. Bautista<sup>c</sup> y J. Gómez Gómez<sup>a,b</sup> y M. Segovia Hernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna/Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. IMIB. <sup>b</sup>Departamento de Medicina Interna.

Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España. <sup>c</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>d</sup>Servicio de Microbiología. Unidad Regional de Medicina Tropical. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

## Caso clínico

Paciente de 40 años de edad, natural de Ecuador pero residente en Murcia desde hace 4 años, y que no ha realizado viajes a su país de origen, consulta en Urgencias por cefalea y síndrome febril. Se trata de un paciente previamente sano, excepto por hipertensión arterial esencial de varios años de evolución con buen control con tratamiento farmacológico. El enfermo refiere presentar cefalea bifrontal y bitemporal de tipo opresivo desde hace un mes, que ha progresado en frecuencia e intensidad. Además, desde un par de días antes, refiere náuseas, vómitos y fiebre-febrícula (hasta 38°C). El día en que consulta presentó además un episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados con pérdida de conciencia y relajación de esfínter urinario, de un par de minutos de duración, tras el cual queda en un estado confusional del que se recupera en unos 10 minutos. No presenta otra clínica acompañante.

En su entorno no hay ninguna persona enferma (convive con su mujer y 2 hijos de 14 y 12 años de edad), trabaja en la agricultura como temporero pero lleva 2 meses desempleado.

A su llegada al Servicio de Urgencias el paciente está afebril, normotenso, la frecuencia cardíaca es de 89 latidos por minuto y la frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto. El paciente tiene buen estado general a pesar de la cefalea leve-moderada, y el Glasgow Coma Score es de 15. En la exploración neurológica nos encontramos ante un paciente consciente y orientado, con lenguaje fluido, aunque algo bradipsíquico y funciones cognitivas normales. Sí presenta discreta rigidez de nuca, sobre todo en los últimos grados de flexión. Pares craneales sin evidencia de alteraciones; sin déficits motores; reflejos motores normales. Funciones sensitivas conservadas; coordinación y marcha también conservadas. Auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos patológicos. El resto de la exploración física por aparatos fue normal, con excepción del estudio del fondo de ojo que mostró papiledema moderado bilateral.

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicina [www.medicineonline.es/casosclnicos](http://www.medicineonline.es/casosclnicos)

\*Correspondencia

Correo electrónico: [aliciahernandeztorres@gmail.com](mailto:aliciahernandeztorres@gmail.com)

## ¿Qué diagnóstico le sugiere este cuadro clínico?

Se trata de un paciente de origen ecuatoriano que consulta por un cuadro de cefalea de curso subagudo, que ha abocado a una clínica de náuseas y vómito e incluso un episodio de crisis comicial.

Es de destacar que en el caso que nos ocupa, y antes de contar con las pruebas de imagen, una posibilidad diagnóstica importante a tener en cuenta es la meningitis de curso subagudo-crónico y, dentro de estas, la etiología tuberculosa es hoy por hoy una posibilidad a tener en cuenta en nuestro medio y también en pacientes procedentes de zonas con alta endemidad de la infección.

La presentación clínica nos puede sugerir una inflamación de las meninges, ya que el paciente presenta síntomas y signos compatibles con una irritación meníngea. La etiología de estos cuadros suele ser infecciosa (tuberculosis, brucelosis, sífilis y criptococosis a la cabeza en nuestro medio), pero también puede tener otras causas (neoplasias primarias o metastásicas y enfermedades granulomatosas o vasculitis (lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Behçet, sarcoidosis, etc.). No es objeto de este caso clínico entrar en el diagnóstico diferencial de esta entidad, pero sí es importante destacar que debido a la gran variedad de microorganismos que pueden producir una meningitis crónica, es muy importante incluir en la historia clínica, además de los antecedentes de enfermedades infecciosas y no infecciosas, el origen geográfico, las estancias prolongadas o visitas recientes a otros países y la exposición profesional a agentes infecciosos, pues estos datos pueden orientarnos a la hora de buscar un agente causal. En meningitis, la información de la tomografía computadorizada (TC) y de la resonancia magnética (RM) craneal pueden ser muy útiles si se valoran lesiones sugestivas de corresponder a granulomas; además, en la radiografía de tórax podemos ver lesiones de afectación pulmonar (miliar o no). La punción lumbar es la base para el diagnóstico, siendo el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) el método de mayor valor en el diagnóstico de la meningitis tuberculosa. El estudio del LCR se caracteriza por la presencia de leucocitosis (hasta 1000/ $\mu$ l) con predominio de linfocitos, aunque en etapas iniciales de la infección puede detectarse un predominio de neutrófilos; la proteinorraquia oscilará entre 100 y 800 mg/100 ml y también es típica la hipogluorraquia; sin embargo, cualquiera de estos tres parámetros puede encontrarse en valores normales. En cuanto a la determinación de adenosindeaminasa (ADA): la sensibilidad varía del 44 al 100%, dependiendo del punto de corte asignado y la especificidad entre el 71-99%. En pacientes con coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene poca utilidad para el diagnóstico; se han documentado niveles elevados en pacientes con toxoplasmosis, sífilis, infección por citomegalovirus, criptococosis y meningitis linfomatosa. La tinción de Ziehl-Neelsen es el método directo más importante para el diagnóstico de meningitis tuberculosa; se recomienda un volumen de 5 a 10 ml de LCR, que debe ser visualizado durante, al menos, treinta minutos. Estas medidas aumentan

la sensibilidad del 10 al 70%. El cultivo de LCR es aún el patrón oro y puede darnos el resultado hasta en el 80% de los casos, aunque en nuestra experiencia la sensibilidad es bastante más inferior, dependiendo del volumen de LCR analizado y de la carga bacteriana. La capacidad de aislar micobacterias disminuye una vez iniciado el tratamiento. La detección de ácidos nucleicos de bacilo tuberculoso parece tener mayor utilidad cuando la concentración bacteriana es baja (por ejemplo, tras haber iniciado el tratamiento puede detectarse en el LCR hasta un mes); no obstante los datos de sensibilidad son en torno al 50%, aunque la especificidad es cercana al 100%.

Por otra parte, estamos ante un paciente con crisis comicial y de origen latino. La neurocisticercosis (NC), resultado de la infección del sistema nervioso central (SNC) del ser humano por la forma larvaria de *Taenia solium* es una de las causas principales de crisis comiciales en pacientes procedentes de zonas endémicas: Centroamérica y Sudamérica, casi todos los países de Asia, África subsahariana y parte de Oceanía.

La aparición de manifestaciones clínicas está supeditada a la aparición de la respuesta inmunológica desencadenada en el huésped, la localización de los quistes y el número de los mismos, siendo la epilepsia la más frecuente (50-80% de los pacientes con quistes parenquimatosos o calcificaciones cerebrales) seguida de la hipertensión endocraneal (20-30%) asociada o no con manifestaciones de focalidad neurológica o deterioro cognitivo.

## ¿Qué pruebas complementarias realizaría en su enfoque diagnóstico?

Entre las exploraciones complementarias que se deben realizar en un paciente que presenta crisis comiciales *de novo* destacan las pruebas de imagen cerebral, fundamentalmente en la valoración en urgencias, TC craneal.

Debemos realizar también un hemograma que, en nuestro caso, no mostraba alteraciones, y estudios de bioquímica en los que tampoco se apreciaban anomalías significativas, sin aumento en los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva y procalcitonina sin alteraciones).

Puede resultar también de utilidad la determinación de serología frente al VIH, pues la inmunodepresión puede predisponer a infecciones del SNC tales como la criptococosis o la toxoplasmosis.

Se completó el estudio con una radiografía de tórax que no mostró lesiones. Aunque el paciente estaba afebril en ese momento, se extrajeron 2 hemocultivos y se realizó una TC craneal con y sin contraste, en la que se observaron lesiones hiperdensas en la sustancia blanca subcortical frontal derecha, con calcificación en su interior, lesiones quísticas en la cisterna interpeduncular con líneas de calcificación periféricas. Además se observa una leve-moderada dilatación de ventrículos laterales.

Con estos datos se nos plantea el diagnóstico diferencial de múltiples lesiones ocupantes de espacio (LOE) cerebral

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764215>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764215>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)