

Meningismo de causa poco común

S. Bestard Navarro-Rubio, S. Hernández Cáceres, E. Morcillo García, S. Rocamora Salort, S. Sierra San Nicolás, M. González Baranguán

INTRODUCCIÓN: La rigidez de nuca se presenta frecuentemente en pediatría en pacientes sin meningitis, como durante la fiebre, contractura muscular, adenitis o absceso cervical, etc. Sin embargo, los signos de irritación meníngea (signos de Kernig y de Brudzinski) tienen una alta especificidad para el diagnóstico de meningitis aguda.



METODOLOGÍA Y RESULTADOS: presentamos el caso de una paciente que presentaba signos de irritación meníngea sin datos analíticos de inflamación leptomeníngea. Se trata de una niña de 4 años, sana y bien vacunada, que acude por un cuadro de 48 horas de fiebre hasta 40°C, cefalea frontal, dos vómitos y dolor faríngeo. A su llegada presentaba TEP anormal a expensas de respiratorio, temperatura 39,7°C, 42 respiraciones por minuto y 170 latidos por minuto. Piel: petequias en región periorcular y brazos, y exantema eritematoso digitoborrable en tronco. Orofaringe: enantema en paladar. Auscultación: sibilancias teleinspiratorias en campos anteriores bilateralmente. Exploración neurológica: rigidez nucal terminal con signos de Kernig y Brudzinski positivos. Ante la sospecha de escarlatina se realiza test rápido de estreptococo en faringe que resulta positivo. En las siguientes horas se muestra decaída, continúa la fiebre, la taquipnea y la taquicardia y persisten los signos de irritación meníngea (incluso estando afebril), por lo que se extraen hemocultivo, hemograma (leucocitos 12800/mm³, neutrófilos 11760/mm³), y bioquímica (PCR >90 mg/l y PCT 55 ng/ml), se realiza punción lumbar y se inicia cefotaxima endovenosa. El líquido cefalorraquídeo fue normal, con gram y aglutinaciones negativas. Una vez descartada la meningitis, ante la evolución clínica, así como la aparición de hipoventilación en hemitórax derecho, se realiza radiografía de tórax, en la que se evidencia consolidación basal derecha con línea de derrame que se confirma por ecografía. Se coloca tubo de drenaje pleural, obteniendo líquido purulento y, ante el diagnóstico de neumonía con derrame pleural, se modifica antibioterapia a cefotaxima y clindamicina. Confirmando posteriormente el crecimiento de Streptococcus pyogenes en sangre y líquido pleural con evolución clínica favorable.

CONCLUSIONES: La presencia de fiebre y signos de irritación meníngea requiere descartar urgentemente una meningitis aguda. Sin embargo, es importante, sobre todo en casos atípicos, tener presente causas no tan comunes de meningismo, siendo la neumonía una causa rara, pero más frecuente en niños.