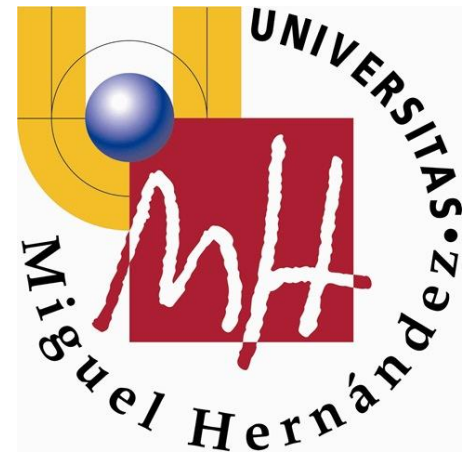


Infecciosas

Talleres III

Isabel Navarro Navarro Exp.405
Grupo 3-4. Hospital de Elche
Imágenes aprobadas por el Dr. Félix Gutiérrez



- **Motivo de consulta**

Mujer de 48 años de edad que ingresa el 18/04/17 por FIEBRE procedente de Urgencias.

- **Antecedentes personales de interés**

-No RAMc. Fumadora de 20 años/ paq

-No HTA, DM ni dislipemia.

-TCE tras caída el 03/03/17, diagnosticada de contusión ocular izq, remitida a domicilio con frío local y analgésico. Se le realiza un primer TAC el 06/03/17 ante la persistencia de cefalea, donde se informa de fractura de hueso temporal izdo no desplazada y fractura de suelo orbitario izdo. Se inicia curso antibiótico con amoxicilina-clavulánico. Nueva consulta el 14/3/17 por rinorrea continua de LCR siendo diagnosticada de fístula de LCR a nivel de lámina cribosa etmoidal. Se remite a domicilio con antibioterapia y tratamiento con acetazolamida.

- Situacion Basal: Independiente ABVD. Trabaja en calzado.

- No IQx ni Tto habitual.

• **Enfermedad actual**

Paciente mujer de 48 años que el 14/4/17, estando en su domicilio presenta cuadro de malestar generalizado, fiebre, agitación psicomotriz y progresiva disminución del nivel de conciencia.

A su llegada se realiza TC craneal urgente que se explicará después. Se realiza una P.L que muestra LCR turbio con perfil patológico sugestivo de meningitis bacteriana

A su ingreso en UCI se conecta a ventilación mecánica se inicia antibioterapia empírica con vancomicina y ceftriaxona y tratamiento esteroideo. En 24 h se extuba sin complicaciones diciéndose ingreso en UEI.

• **Exploración física**

-UCI: T.A: 150/95 mmHg, Fc 90 lpm, satO₂ 100% (FiO₂ inicial 100%). T^a38.7°C.

- Planta: Afebril; TA: 110/60 mmHg; FC: 80 lpm; SatO₂ Basal: 97%
A.C. P: rítmica sin soplos. MVC. Abdomen blando y depresible, sin organomegalias ni masas palpables, EEII sin edemas ni signos de TVP. No lesiones cutáneas sugestivas de equimosis o purpura. No signos meníngeos, Glasgow 15. No focalidad neurológica.

- **Pruebas complementarias**

- **Analítica:** Glucosa 127 mg/dL, Urea 26 mg/dL, Creatinina 0,49 mg/dL Proteínas Totales 6,90 g/dL Bilirrubina Total 1,20 mg/dL GOT/AST 18 U/L GPT/ALT 18 U/L GGT 33 U/L FA 76 U/L LDH 634 U/L CK 212 U/L Sodio 145 mmol/L Potasio 3,40 mmol/L pCT 6,10 ng/mL **PCR 296,6** mg/L Hematíes 3,73 x 10⁶ /μL Hemoglobina 11,5 g/dL Hematocrito 35,9 % VCM 96,4 fL **Leucocitos 34,80 x 10³/μL** Plaquetas 225 x 10³/μL Dif. Leucoc. Microscop **Neutrofilos 96 %** Linfocitos 2 % Monocitos 2 % Eosinófilos 0 % Cayados 0 % Eritroblastos 0 /100 Leuco APTT-FS 26,8 seg Tiempo de Protrombina 15,7 seg Índice de Quick 58 % INR 1,4 **Fibrinogeno Derivado 678 mg/dL**
- **LCR:** Hematíes 340 /μL Leucocitos 20 /μL 90% polimorfonucleares Glucosa < 20 mg/dL Proteínas Totales 849,0 mg/dL
- **Micro LCR:** Cultivo preliminar negativo aerobios y anaerobios.
- **PCR Multiplex:** Positiva para *Streptococcus pneumoniae*
- **Urocultivo:** Negativo y **Hemocultivos x2:** Negativos.

• TAC CEREBRAL (14/04/2017)

- No se observan imágenes de colecciones intra ni extraaxiales que sean sugestivas de abscesos ni hemorragias. Tampoco se objetivan alteraciones sugestivas de proceso isquémico agudo.
- No existen imágenes de LOES que ocasionen efecto masa, estando la línea media bien centrada y siendo el calibre de los ventrículos normal.
- Se observa realce en la profundidad de los surcos susceptible de inflamación pial por leptomeningitis.
- No signos de trombosis de sistema venoso profundo.



DX: MENINGOENCEFALITIS AGUDA BACTERIANA POR ST PNEUMONIAE SECUNDARIA A FÍSTULA DE LCR.