

Meningitis aséptica en un paciente con hepatoesplenomegalia

Aseptic meningitis in a patient with hepatosplenomegaly

Isaac Rosario Quiñónez-Armenta,^{*,‡} Blanca Patricia Sánchez-Álvarez^{*,§}

* Hospital General de Zona 1, San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

‡ Residente primer año pediatría.

§ Médico adscrito.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Paciente masculino de 11 años de edad, con esquema de vacunación completo para la edad. Antecedente de hospitalización del 11 a 13 de septiembre de 2022 por cuadro de obstrucción abdominal resuelto de manera espontánea, en esa ocasión se le realiza ultrasonido abdominal con presencia de hepatopatía difusa con infiltración grasa y ante hepatomegalia se solicita tomografía abdominal donde se observa crecimiento ganglionar, egresando sin manejo médico. Continúa abordaje de hepatoesplenomegalia. Dos semanas previas a su ingreso, un familiar cercano se reporta positivo a influenza.

RESUMEN DEL CASO

Inicia cuadro clínico tres días previos a su ingreso con presencia de cefalea del mismo tiempo de evolución, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico en 10 ocasiones, fiebre de 38° y evacuaciones de consistencia pastosa. El día de ingreso se incrementa cefalea y presenta dificultad para despertar, sus padres observan lenguaje incoherente, sonidos incomprensibles e indiferencia al medio, motivo por el que es llevado a urgencias.

A su ingreso se observa palidez de tegumentos, Glasgow 12 (ocular 3, verbal 4, motora 5), pupilas 4 mm, respuesta adecuada. Kernig y Brudzinski negati-



Figura 1: Tomografía computarizada de pulmón, abdomen y cerebro

Citar como: Quiñónez-Armenta IR, Sánchez-Álvarez BP. Meningitis aséptica en un paciente con hepatoesplenomegalia. Rev Latin Infect Pediatr. 2024; 37 (2): 84-85. <https://dx.doi.org/10.35366/117225>

Recibido: 17-06-2024. Aceptado: 05-07-2024.



vos, murmullo vesicular simétrico, con hipoventilación basal bilateral, no crepitantes, abdomen con peristalsis presente, blando, depresible, hepatomegalia 3 cm por debajo del reborde costal.

Laboratorios de ingreso: hemoglobina (Hb) 16.3 g/dL, hematocrito (Hto) 48.1%, leucocitos 6,630 mm³, neutrófilos 3,990 mm³, linfocitos 1,960 mm³, monocitos 540 mm³, plaquetas 274,000 mm³, glucosa 122 mg/dL, urea 21.2 mg/dL, nitrógeno ureico 9.9 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, alanina transferasa 96 mg/dL, aspartato transferasa 47 mg/dL, fosfatasa alcalina 302 mg/dL, deshidrogenasa láctica 249 mg/dL, amilasa 45 mg/dL, colesterol 158 mg/dL, triglicéridos 321.9 mg/dL, creatinofosfocinasa 38 mg/dL, electrolitos séricos normales.

Por sintomatología neurológica, se toma líquido cefalorraquídeo que se reporta incoloro y trasparente, glucosa de 81.9 mg/dL, deshidrogenasa láctica 10 mg/dL, proteínas 10 mg/dL y células totales 340 con leucocitos de 40, sin diferencial. Dada la presencia de síndrome encefálico, febril e infeccioso, se sospecha de encefalitis viral y se inicia manejo con aciclovir.

Se solicita panel molecular meníngeo con resultado negativo y se solicita estudio de imagen por tomografía como se muestra en la *Figura 1*.

CUESTIONARIO

Pregunta 1. ¿De acuerdo con el cuadro clínico, que etiología puede asociarse a una meningitis aséptica?

- a) Encefalitis por herpes
- b) Encefalitis autoinmune
- c) Meningitis por micobacterias
- d) Meningitis bacteriana

Pregunta 2. ¿Qué estudios iniciales solicitaría para descartar las sospechas diagnósticas?

- a) Panel molecular meníngeo
- b) Anticuerpos anti N-Metil D-Aspartato (NMDA)
- c) Cultivo de líquido cefalorraquídeo
- d) Prueba molecular para micobacterias

Pregunta 3. ¿Cuál es la utilidad del uso de esteroides en meningitis?

- a) Terapia de primera línea en encefalitis anti NMDA
- b) En meningitis bacteriana aumenta la pérdida de audición
- c) En meningitis por tuberculosis disminuye la mortalidad
- d) En encefalitis herpética se recomienda en recaída por sospecha de autoinmunidad

Pregunta 4. Considerando la sospecha diagnóstica, ¿cuál sería la terapia empírica?

- a) Aciclovir 10-15 mg/kg/dosis cada 8 horas
- b) Administración de gammaglobulina
- c) Inicio de terapia antituberculosis
- d) Antibiótico a dosis altas con ceftriaxona y vancomicina

Correspondencia:

Blanca Patricia Sánchez-Álvarez

E-mail: sblanapatricia@gmail.com

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?
<https://dx.doi.org/10.35366/117228>