



# Que no te despiste la fiebre

Luisa Jiménez Reyes

Residente de Medicina Interna Hospital "Gómez Ulla"

28 octubre 2021

## Antecedentes personales

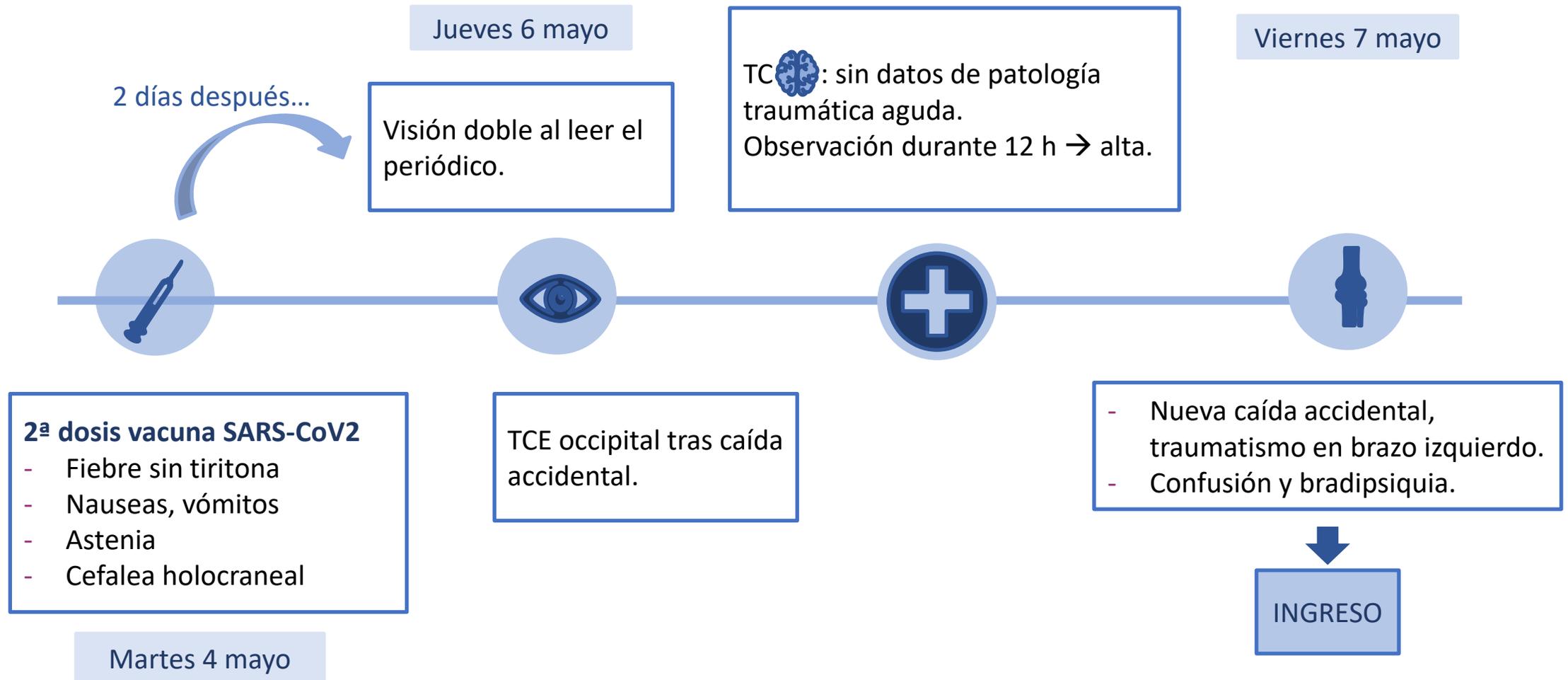
---

- Varón de 81 años.
- Hipertensión arterial, hipercolesterolemia.
- Cardiopatía isquémica en mayo de 2018 con enfermedad severa de 3 vasos.
- Enfermedad renal crónica estadio IIIa por nefroangioesclerosis.
- Bocio multinodular con función tiroidea normal.
- Vacunación SARS-CoV2 el 13 de abril y 4 de mayo de 2021.

**Situación basal:** IABVD, vive en Madrid con su esposa. Tiene 1 hija. Trabajó como taxista.

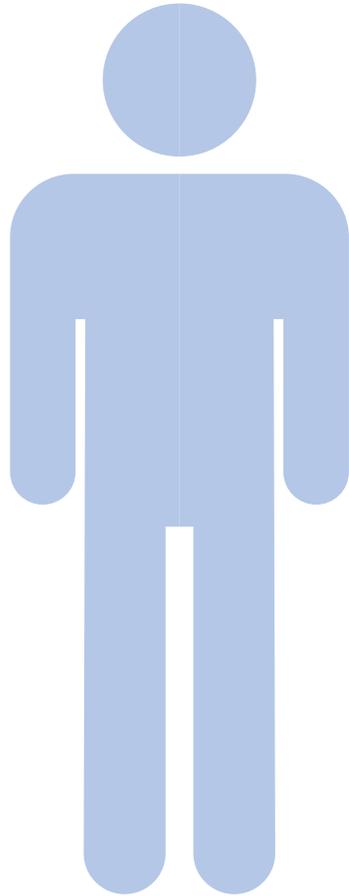
**Tratamiento habitual:** triflusal 600 mg/24h, bisoprolol 2,5 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h y rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg/24h.

# Enfermedad actual



# Exploración física

---



Ctes: TA: 145/76 mmHg; FC: 78 lpm; SatO2 basal del 96%; afebril.

**Exploración neurológica:** Consciente y orientado en las 3 esferas. **Bradipsíquico.** Lenguaje conservado, nomina, comprende y repite. Pupilas isocóricas y normorreactivas. **Limitación de la ADD e infraversión de OD.** Campimetría por confrontación sin alteraciones. Resto de PPCC sin alteraciones. Fuerza en MMSS y MMII sin alteraciones. No alteraciones groseras de la sensibilidad. No disimetría, RCPFB. El paciente **no tolera la bipedestación por mareo de características vertiginosas.**

**Resto de exploración física:** **Limitación de la ABD, ADD y flexo-extensión del brazo izquierdo.** Resto sin alteraciones.

# Pruebas complementarias en Urgencias

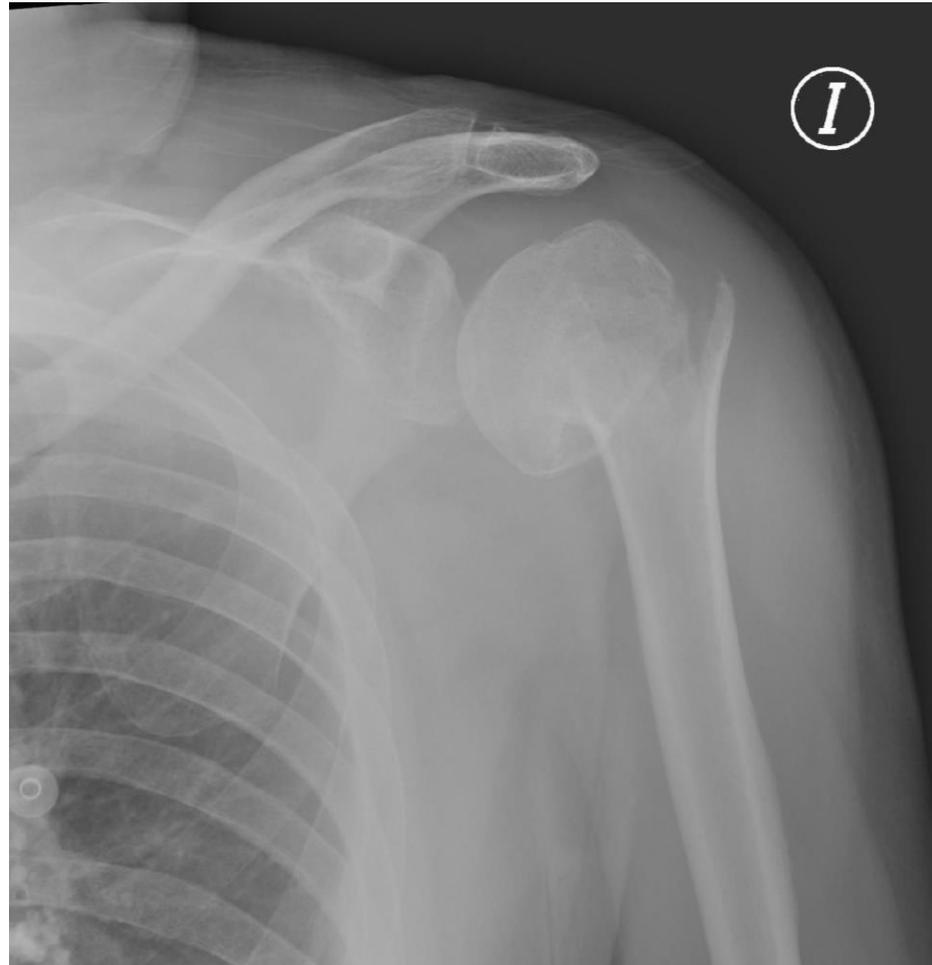
---

- **Análisis de urgencias:**
  - Bioquímica: GLUCOSA 97 mg/dl, UREA 61 mg/dl, **CREATININA 1,48 mg/dl**, GOT 40 U/l, GPT 26 U/l, GGT 20 U/l, BILIRRUBINA TOTAL 0.58 mg/dl, **SODIO 127 mmol/L**, POTASIO 4.5 mmol/L, CLORO 90 mmol/L, **PCR 12.90 mg/dl**.
  - Hemograma: LEUCOCITOS  $6.76 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ , NEUTROFILOS 53.30 %, LINFOCITOS 28.40 %, MONOCITOS 13.50 %, EOSINOFILOS 4.10 %, BASOFILOS 0.70 %, HEMOGLOBINA 17.10 g/dl, VCM 87.60 fl, HCM 29.50 pg, PLAQUETAS Srm  $118.00 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ .
  - Gasometría venosa: pH 7,40, pCO<sub>2</sub> 45,70 mmHg, pO<sub>2</sub> 16,6 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 27,9 mEq/L, AG 0 mmol/L, lactato 14 mg/dl.
  - Coagulación: INR 1,15 ratio, TP 81%, T.T.P.A. 31 seg
  - Urinoanálisis. SODIO Uri 44.40 mmol/L, POTASIO Uri 60.01 (mEq/l) mmol/L, CLORO Uri 46.10 (mEq/l) mmol/L, DENSIDAD 1035 --, pH Uri 5.50 , PROTEINAS 1+ mg/dl, GLUCOSA Negativo mg/dl, CUERPOS CETONICOS 1+ , BILIRRUBINA Negativo , SANGRE Uri 2+ mg/dl, NITRITOS Negativo , UROBILINOGENO Negativo mg/dl, LEUCOCITOS Uri Negativo  $\mu\text{L}$ , T
- **Radiografía de tórax:** sin alteraciones
- **PCR SARS-CoV2:** negativa.

# Pruebas complementarias en Urgencias

---

- Radiografía de hombro izquierdo:



# Pruebas complementarias en Urgencias

---

- TC craneal basal:



## ¿Y ahora qué?

---

Varón de 81 años con TCE desde su propia altura tras síndrome febril post-vacunal autolimitado, que presenta bradipsiquia, además de parálisis de IV par derecho.

En las PPCC se objetiva:

- Elevación de RFA, sin leucocitosis.
- Hiponatremia moderada con osmolaridad plasmática baja (269mOsm/Kg) y osmolaridad urinaria > 100 mOsm/Kg.
- TC craneal sin signos de sangrado.



- RM cerebral.
- Estudio hormonal comprobar funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario.
- Interconsulta a Traumatología.
- Control tensional.
- Restricción hídrica y control de iones a las 24 horas.

## A las 24 horas...

---

Avisan al médico de guardia por fiebre y disminución del nivel de consciencia.



Se realiza nuevo TC craneal, EEG...



### CONCLUSIÓN

El registro EEG muestra actividad frontal intermitente rítmica (FIRDA) sobre una actividad de fondo dentro de la normalidad.

Dicha actividad es anormal, si bien es inespecífica respecto a su etiología: lesión estructural frontal uni/bilateral, hidrocefalia, meningitis, encefalopatías...

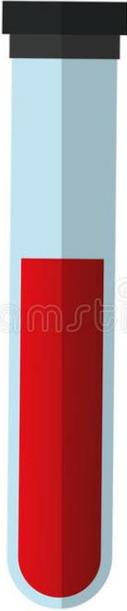
## A las 24 horas...

Avisan al médico de guardia por fiebre y disminución del nivel de consciencia.

Se realiza nuevo TC craneal, EEG, hemocultivos, nuevo **análisis sanguíneo**.

**Punción lumbar.**

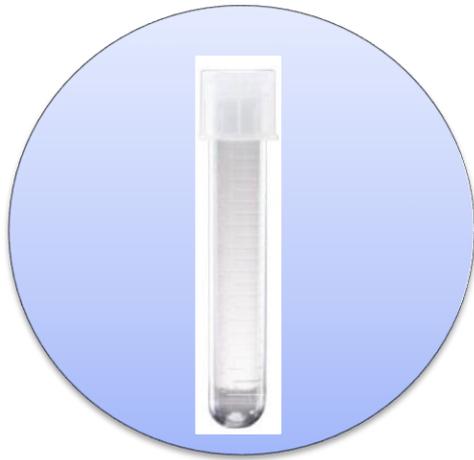
- 
- Líquido claro y transparente.
  - Glucosa LCR 61 mg/dl (40-70).
  - **Proteínas LCR 92,2 mg/dl** (15-45).
  - **14 leucocitos/mm<sup>3</sup> (93% mononucleares)**.
  - 700 hematíes /mm<sup>3</sup>.
  - Tinción gram negativo.
  - Cultivo bacterias, micobacterias, PCR virus neurotrópos, ADA y citología en LCR.

- 
- Glucosa 88 mg/dl.
  - Iones: **Na<sup>+</sup> 131 mmol/l**, K<sup>+</sup> 4,10 mmol/l, Ca<sup>2+</sup> 1,15 mmol/l, Cl<sup>-</sup> 99 mmol/l.
  - 4800 leucocitos, PCR 13,5 mg/dl, lactato 11 mg/dl.
  - Serología SARS-CoV2, Virus Herpes 1 y 2, Citomegalovirus, VEB, Varicela, Brucella, Borrelia, Mycoplasma, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, VIH y virus hepatotrópos y cribado de sífilis.



# Diagnóstico diferencial

---



Meningitis  
vímica

- Varón > 50 años, clínica compatible, LCR compatible.
- PCR virus neurotropos pendiente.

Meningitis  
bacteriana  
subaguda

- Varón > 50 años, clínica compatible, afectación de IV par craneal (*Listeria spp.*).
- No antecedentes epidemiológicos de interés, gram negativo.

Meningitis  
inflamatoria

- Varón > 50 años, clínica compatible, LCR compatible, antecedente epidemiológico.
- Diagnóstico de exclusión, no información sobre la vacuna del SARS-CoV2.

# Diagnóstico diferencial

---

Meningitis  
vímica

- Varón > 50 años, clínica compatible, LCR compatible.
- PCR virus neurotropos pendiente.

## Meningitis linfocitaria



Ampicilina (300 mg/Kg/día en 6 dosis) + aciclovir (10mg/Kg/8h)

Meningitis  
inflamatoria

- Varón > 50 años, clínica compatible, LCR compatible, antecedente epidemiológico.
- Diagnóstico de exclusión, no información sobre la vacuna del SARS-CoV2.



#### Síntomas:

- Mareo de tipo vertiginoso, nauseoso.
- Diplopia.
- Sin cefalea.

#### Signos:

- No nuevos picos febriles.
- Estable hemodinámicamente.
- Bradipsíquico, consciente y orientado.
- Parálisis de IV par craneal derecho.

# Resultados pendientes

---

## Microbiología:

- PCR virus neurotropos en LCR (echovirus, coxsackie, poliovirus, enterovirus, VHS 1 y 2, VVZ): negativos.
- Cultivo LCR bacterias y micobacterias: negativos hasta el momento.
- Hemocultivos x2: negativos por el momento.
- Serologías:
  - VHS 1 y 2: IgM positivo que se interpretó como un falso positivo.
  - Sarampión, Parotiditis, VEB, CMV y Parvovirus B19: IgG positiva e IgM negativa.
  - VHA: IgG positiva.
  - VHB, VHC, VIH: negativas.
  - *Borrelia*, *Brucella* y *Mycoplasma*: IgG e IgM negativas.
  - El screening de sífilis (prueba treponémica): negativo.

# Resultados pendientes

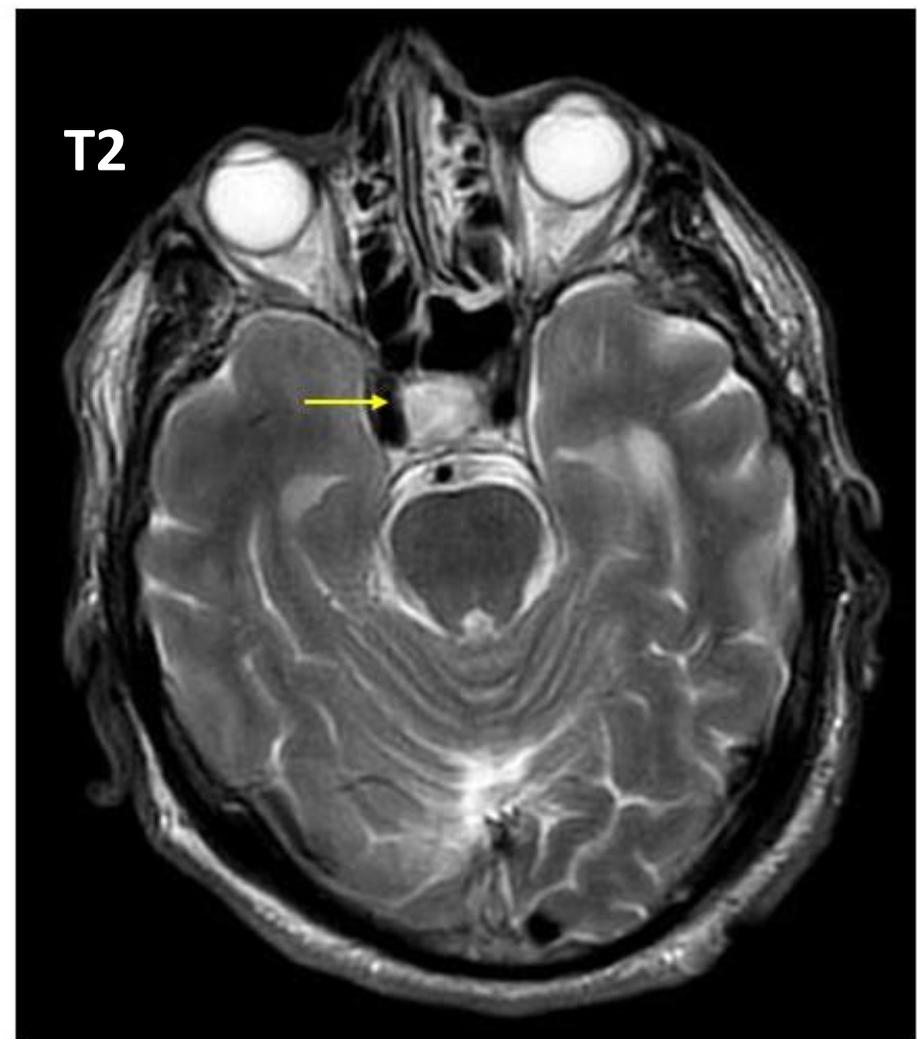
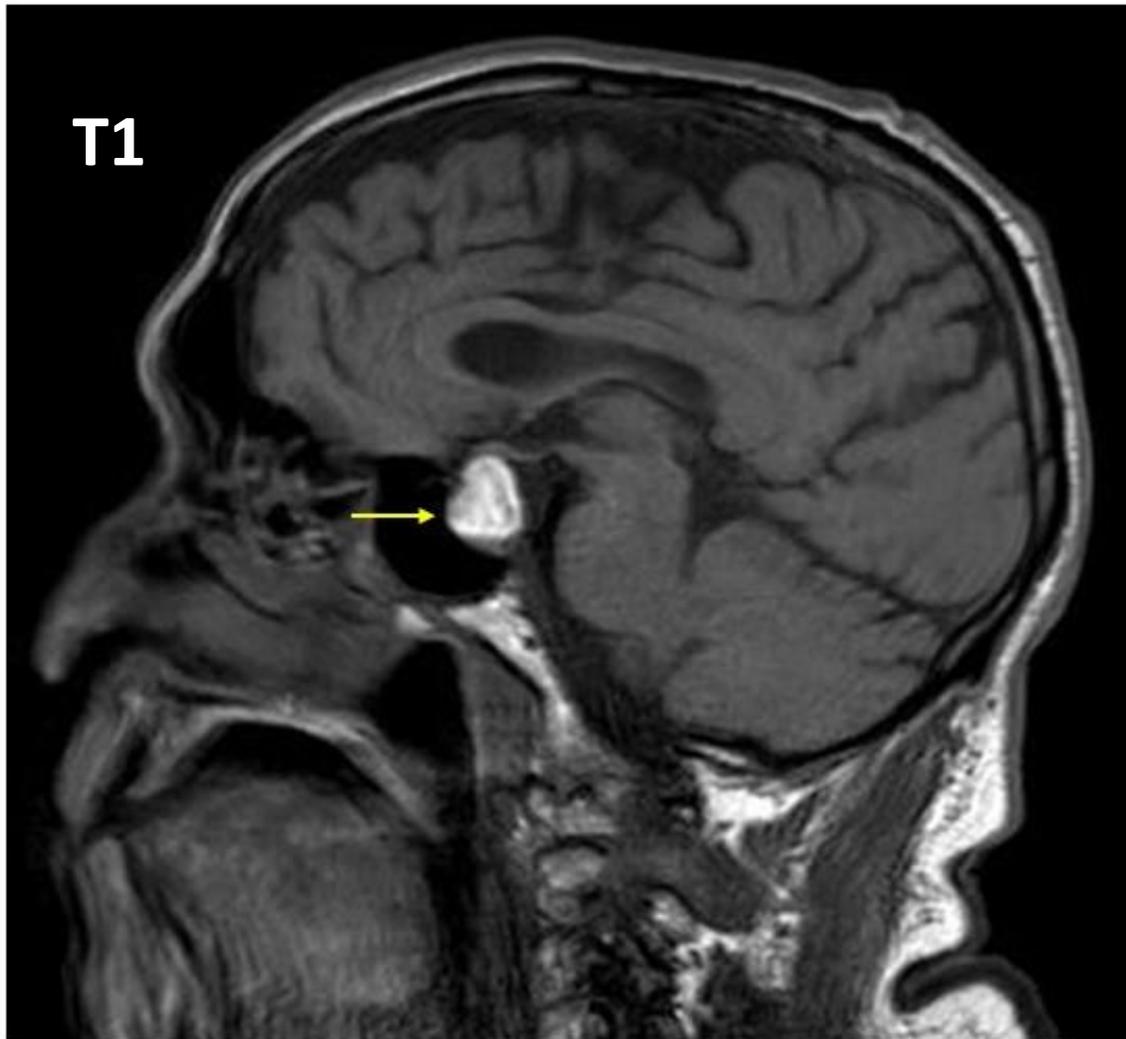
---

## Laboratorio:

- Proteinograma: sin alteraciones.
- Estudio hormonal a las 9:00 h: **TSH 0,01  $\mu$ U/ml** (0,35 - 4,94), **T4 libre 0,66 ng/dL** (0,70 - 1,80), **T3 libre 1,81 pg/ml** (2,00 - 4,40), FSH 1,82 mU/mL (1,50 - 12,40), **LH 0,73 mU/ml** (1,70 - 8,60), Prolactina 8,14 ng/ml (4,00 - 15,20), **Testosterona 0,03 ng/ml** (1,93 - 7,40), **Cortisol Sérico 1.3  $\mu$ g/dl** (4,8 - 19,5), **ACTH 2,0 pg/ml** (7,0 - 64,0), **Testosterona Libre 0,80 pg/mL** (15,00 - 50,00), IGF-1-Somatomedina C 55,80 ng/ml (17,00 – 323,00).

# Resultados pendientes

---



# Diagnóstico

---

- Apoplejía hipofisaria subaguda con insuficiencia adrenal, hipotiroidismo secundario e hipogonadismo hipogonadotrópo.
- Hiponatremia moderada en contexto de insuficiencia suprarrenal e hipotiroidismo.
- Fractura proximal de húmero izquierdo.

# Apoplejía hipofisaria

---

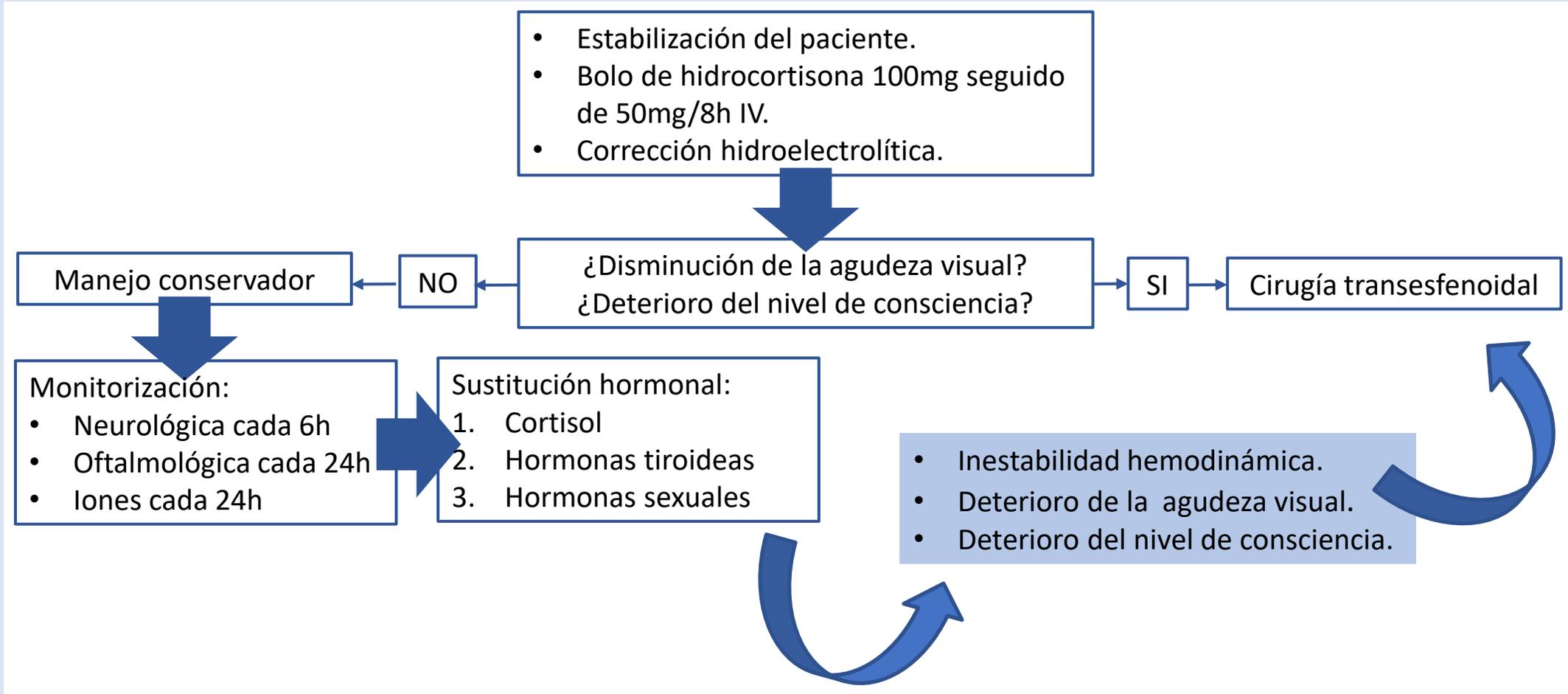
- La apoplejía hipofisaria es un síndrome que se produce debido a un infarto o hemorragia de una lesión hipofisaria.
- Prevalencia 6,2 casos por 100.000 habitantes.
- Incidencia de 0,17 casos por 100.000 habitantes/año.
- 2-12% de los pacientes con adenomas hipofisarios, generalmente no funcionantes.
- Hasta en el 60% de los casos no se identifica factor precipitante.
- Factores descritos:
  - Hipertensión intracraneal.
  - Hipertensión arterial.
  - Procedimientos angiográficos.
  - Cirugía.
  - Tratamiento con agonistas dopaminérgicos.
  - Anticoagulación.
  - Radiación.
  - Embarazo.
  - TCE.
  - Test funcionales.

# Apoplejía hipofisaria

---

- La presentación clínica variable:
  - Cefalea (73%)
  - Pérdida de agudeza visual (68%)
  - Náuseas (49%)
  - Parálisis de par oculomotor y diplopía (48%): III > IV > VI
  - Alteración del nivel de consciencia (17%)
  - Fiebre y alteraciones del LCR (16%)
- Diagnóstico:
  - Clínica + Imagen

# Apoplejía hipofisaria



# Apoplejía hipofisaria

- Estabilización del paciente.
- Bolo de hidrocortisona 100mg seguido de 50mg/8h IV

Hormona	Agudo	Crónica
Cortisol	Hidrocortisona 100 mg bolo IV Hidrocortisona 50mg/8h IV	Hidrocortisona 20 mg/día VO repartido en 3 tomas Recuperación en 4-8 semanas.
Hormonas tiroideas		Iniciar tto tirosina, controles en el día 3 y 4. Recuperación en 4-8 semanas
Hormonas sexuales		No se realiza sustitución hormonal.

M

- Ortamológica cada 24h
- Iones cada 24h

2. Hormonas tiroideas
3. Hormonas sexuales

# Evolución

---

- El paciente solicitó traslado a otro centro.
- Cirugía transesfenoidal → Anatomía patológica: adenoma con signos de infarto hipofisario y sangrado antiguo.
- Seguimiento en Endocrinología:
  - Recuperación eje hipotálamo hipofisario 1 mes después de la cirugía
  - Ajuste progresivo de levotiroxina.
  - Mejoría de la parálisis del IV par craneal.

# Bibliografía

---

1. Tattevin P, Tchamgoué S, Belem A, Bénézit F, Pronier C, Revest M. Aseptic meningitis. *Rev Neurol (Paris)*. 2019 Sep-Oct;175(7-8):475-480.
2. Yelehe-Okouma M, Czml-Garon J, Pape E, Petitpain N, Gillet P. Drug-induced aseptic meningitis: a mini-review. *Fundam Clin Pharmacol*. 2018 Jun;32(3):252-260.
3. Briet C, Salenave S, Chanson P. Pituitary apoplexy. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015 Mar;44(1):199-209.
4. Barkhoudarian G, Kelly DF. Pituitary Apoplexy. *Neurosurg Clin N Am*. 2019 Oct;30(4):457-463. doi: 10.1016/j.nec.2019.06.001. Epub 2019 Aug 7.
5. Rajasekaran S, Vanderpump M, Baldeweg S, Drake W, Reddy N, et al. UK guidelines for the management of pituitary apoplexy. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2011 Jan;74(1):9-20.



**¡Muchas gracias!**