

Meningoencefalitis por virus varicela-zóster: una entidad infrecuente de síndrome confusional agudo en el anciano

Meningoencephalitis due to varicella-zoster virus: an uncommon problem of acute confusional syndrome in the elderly

Sr. Editor:

La reactivación del virus varicela-zóster (VVZ) latente en los ganglios dorsales tras la primoinfección resulta en una erupción cutánea denominada herpes zoster; el riesgo estimado de aparición a lo largo de la vida es de alrededor de 10-20%¹. La alteración de la inmunidad celular es un factor de riesgo bien conocido, bien sea secundaria a neoplasia, trasplante, tratamiento inmunosupresor o infección por el VIH. Asimismo, la edad también desempeña un papel importante en dicha reactivación, objetivándose en mayores de 75 años una incidencia 5 veces mayor que la población general, presumiblemente por la pérdida de inmunidad celular asociada al envejecimiento². Si bien lo habitual es la presencia de una reactivación limitada a una erupción cutánea, bien sea localizada o generalizada, en ocasiones se presenta asociada a complicaciones. Aproximadamente en el 10% de los casos (mayoritariamente inmunodeprimidos) existe afectación visceral, ya sea pulmonar, hepática o del SNC^{3,4}, conociéndose entonces como infección diseminada por VVZ, caracterizada por una elevada morbimortalidad (20-30%)⁵.

Presentamos el caso de un varón inmunocompetente de 80 años previamente sano, que acude al servicio de urgencias por cuadro de malestar general, disuria, sensación distérmica y fiebre de 48 h de evolución. En el examen físico presentaba un regular estado general, fiebre de 38,5 °C y tiritona, aunque eupneico y hemodinámicamente estable. No se apreció semiología relevante en la exploración por aparatos. Se objetivó leucocitosis con desviación izquierda, así como más de 100 leucocitos/campo y abundantes gérmenes en el análisis de orina; el resto de las pruebas básicas eran normales. Se decidió ingreso con el diagnóstico de infección de tracto urinario complicada y se inició tratamiento con ceftriaxona. A posteriori, tanto en el urocultivo como los hemocultivos se aislaría *Escherichia coli* multisensible. A las 48 h de ingreso, el paciente permanece hemodinámicamente estable y afebril, con mejoría del estado general aunque desorientado en tiempo y espacio, y con alteración del patrón vigilia-sueño. A las 72 h presenta lesiones cutáneas de contenido claro sobre base eritematosa, algunas de centro necrótico, diseminadas en el tórax y las extremidades. Se realizó inmunofluorescencia directa que resultó positiva para VVZ (confirmada posteriormente por cultivo) siendo diagnosticado de herpes zóster generalizado e iniciándose tratamiento con aciclovir por vía intravenosa. En el quinto día de ingreso se aprecia un mayor deterioro neurológico, con marcada agitación nocturna, con subsiguiente somnolencia, estupor y bajo nivel de conciencia. Desde el punto de vista serológico, fue negativo para VIH y lúes, y positivo para IgG VVZ e IgG virus del herpes simple. Una

TC toraco-abdominal descartó neoplasia subyacente. Se realizó una TC craneal que tan sólo mostró leucoencefalopatía arterioesclerótica hipertensiva por lo que se procedió a la realización de una punción lumbar, que arrojó un líquido cefalorraquídeo (LCR) de predominio mononuclear (295 leucocitos/98% linfocitos), proteínas elevadas (386 mg/dl) y glucosa normal (65 mg/dl) con una ADA de 32,4. Se realizó un diagnóstico de presunción de meningoencefalitis por VVZ, si bien la elevación marcada de ADA planteaba un más que razonable diagnóstico diferencial con tuberculosis. Los resultados de LCR mostraron posteriormente cultivo y gramnegativos, Lowenstein negativo, citología negativa y PCR para VVZ positiva. Se realizó una resonancia magnética cerebral que no mostró signos encefalitis, aunque el estudio fue técnicamente limitado. Se completaron 15 días de tratamiento con ceftriaxona y 21 días de aciclovir. El paciente presentó una mejoría lenta pero progresiva. Se realizó una nueva PL que mostró mejoría de todos los parámetros, incluido una ADA de 10. El paciente es dado de alta tras un mes de ingreso. En el seguimiento en consultas se constató recuperación neurológica completa.

Con nuestro caso pretendemos resaltar la necesidad de descartar organicidad (en especial, infección de SNC) en el síndrome confusional agudo del anciano, describiéndose una meningoencefalitis VVZ en paciente añoso inmunocompetente, con la particularidad de presentar altos niveles de ADA en LCR, dato sugestivo de tuberculosis, aunque ya descrito previamente en la literatura asociado a infecciones herpéticas de SNC⁶.

Bibliografía

1. Gnann JW, Whitley RJ. Herpes zoster. *N Engl J Med.* 2002;347:340-6.
2. Schmader K. Herpes zoster in older adults. *Clin Infect Dis.* 2001;32:1481.
3. Gilden DH, Kleinschmidt-DeMasters BK, Laguardia JJ, Mahalingam R, Cohrs RJ. Neurologic complications of the reactivation of varicella-zoster virus. *N Engl J Med.* 2000;342:635-45.
4. Mueller NH, Gilden DH, Cohrs RJ, Mahalingam R, Nagel MA. Varicella zoster virus infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease, and Latency. *Neurolog Clin.* 2008;26:675-97.
5. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, St Sauver JL, Kurland MJ, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:1341.
6. Lopez-Gomez M, López-Ruz MA, Jiménez-Alonso J. High levels of adenosine deaminase in a patient with herpetic encephalitis and initial negative PCR results. *Clin Infect Dis.* 2003; 37, 137-148.

Héctor Meijide*, Santiago Freire,
Pilar Vega y Carlos García-Martín

Servicio de Medicina Interna, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: hectormeijide@hotmail.com (H. Meijide).

doi:10.1016/j.eimc.2010.10.007

Chlamydia pneumoniae Infection Associated to Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia

Infección por Chlamydia pneumoniae asociada a neumonía aguda fibrinosa y en organización

To the Editor:

Pneumonia with a mild prolonged course is the most frequent clinical presentation of the lower respiratory tract infection by *Chlamydia pneumoniae*.¹ However, severe, life-threatening pneu-

monia has been reported, mainly in elderly hosts and those with chronic-associated conditions, but in previously healthy patients as well.¹⁻⁵ Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia (AFOP) is a histologic pattern associated with a clinical picture of acute lung injury which differs from the classic presentations of diffuse alveolar damage (DAD), bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia (BOOP), and eosinophilic pneumonia (EP).¹ Like these patterns, however, AFOP can occur in an idiopathic setting or in association with a wide spectrum of clinical conditions.⁶ The dominant histological finding in AFOP is the presence of intra-alveolar fibrin in the form of "fibrin balls" within the alveolar spaces.⁶