

ció con un episodio de pérdida de conciencia junto a movimientos tónico-clónicos generalizados de segundos de duración con estado poscrítico en forma de cefalea bitemporal y somnolencia. Tenía antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y artrosis primaria generalizada. Recibía tratamiento domiciliario habitual con atorvastatina, paracetamol e indapamida; no refería toma previa de fármacos inmunosupresores. En la exploración física destacaba fiebre de 39 °C y bradipsiquia. El hemograma mostró leucocitosis con desviación izquierda; la cifra de linfocitos totales fue de 3.000/ μ l con 800 linfocitos CD4/ μ l. Los parámetros bioquímicos (glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, bilirrubina, etc.) el pH, las inmunoglobulinas y las hormonas tiroideas fueron normales. Las pruebas serológicas para los virus de la hepatitis B, C y para el VIH fueron negativas. La velocidad de sedimentación globular fue de 48 mm y la proteína C reactiva de 85. No se realizó durante el ingreso la serología IgG e IgM para CMV. La radiografía de tórax, la ecografía abdominal, la TC craneal y la RM craneal no mostraron hallazgos significativos. El electroencefalograma detectó una baja actividad, intermitente y con morfología irregular en regiones temporales del hemisferio izquierdo. Se realizó una punción lumbar obteniéndose un líquido cefalorraquídeo claro. El análisis del LCR mostró 93 leucocitos/ μ l (90% mononucleares y 10% polimorfonucleares), 0 hematíes/ μ l, glucosa 61 mg/dl, proteínas 75 mg/dl y lactato 24 mg/dl. El cultivo y BAAR en LCR fueron negativos. Las determinaciones de VDRL, ADA y ECA fueron normales. Ante la posibilidad de tratarse de una meningoencefalitis herpética, se inició tratamiento empírico con aciclovir (700 mg intravenosos cada 8 h durante 14 días). La paciente mejoró rápidamente siendo dada de alta domiciliaria completamente asintomática. Pocos días después recibieron los resultados de la detección del ADN de herpesvirus en el LCR mediante la técnica de reacción en cadena de polimerasa (PCR), la cual fue positiva para CMV y negativa para virus herpes simple 1 y 2, Epstein-Barr, varicela-zóster y herpes humano tipo 6. La paciente fue revisada de forma ambulatoria durante un año permaneciendo asintomática y sin aparición de nuevas complicaciones sobreañadidas.

El CMV tiene un claro tropismo por el sistema nervioso central y periférico, siendo capaz de producir casos de encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa, radiculopatías, síndrome de Guillain-Barré¹, síndrome de Horner², neuropatía del plexo bra-

Meningoencefalitis por citomegalovirus en una paciente inmunocompetente

Sr. Editor: La mayoría de las infecciones adquiridas por citomegalovirus (CMV) son asintomáticas. La infección sintomática más frecuente es el síndrome mononucleósido. Otras posibles infecciones son la miocarditis, la hepatitis, la neumonitis y la meningoencefalitis, de aparición sobre todo en pacientes inmunocomprometidos. A continuación presentamos el caso de una paciente sin evidencia de inmunosupresión que desarrolló una meningoencefalitis por CMV.

Una mujer de 69 años ingresó en nuestro hospital por fiebre mayor de 39 °C de 24 h de evolución que se aso-

quial³ y polineuropatías⁴. Este tipo de afectaciones neurológicas aparecen sobre todo en pacientes inmunocomprometidos, en especial en pacientes con infección por el VIH. Sin embargo, en pacientes inmunocompetentes, la meningoencefalitis por CMV es una rara entidad escasamente descrita en la literatura científica revisada⁵⁻⁹. Las formas clínicas de presentación son muy variables, pudiendo aparecer fiebre, cefalea, alteración del nivel de conciencia, signos de focalidad neurológica, crisis comiciales o meningismo. La meningoencefalitis por CMV generalmente es una afección autolimitada con resolución favorable en pocos días o semanas con o sin tratamiento específico. El diagnóstico etiológico se basa en el aislamiento del virus en el sistema nervioso central. La detección del ADN viral con la técnica de PCR es la prueba diagnóstica de elección en la práctica clínica. La sensibilidad y la especificidad de la PCR en el LCR oscilan entre el 80-85 y 90-97%, respectivamente¹⁰. La biopsia cerebral se reserva para casos graves en los que no existe un diagnóstico de certeza. El tratamiento de elección en las infecciones por CMV es el ganciclovir intravenoso.

En resumen, el CMV debería ser considerado en el diagnóstico diferencial de la encefalitis en pacientes inmunocompetentes.

*David Vañó Sanchís,
Araceli Molina Medina,
Luis Pablo de Benito Cordón
y María José Hervás Laguna*
Departamento de Medicina Interna.
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.
España.

7. Saliba WR, Raz R, Keness Y, Goldstein LH, Reshef A, Elias M. Cytomegalovirus encephalitis in an immunocompetent pregnant woman. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2004;23:563-6.
8. Salamano R, Gervaz E, Manana G, Pena S, Panuncio A, Puppo C, et al. Cytomegalovirus encephalitis in an immunocompetent patient: clinical, neuropathological and ultrastructural analysis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59:954-8.
9. Prosch S, Schielke E, Reip A, Meisel H, Volk HD, Einhaupl KM, et al. Human cytomegalovirus (HCMV) encephalitis in immunocompetent young person and diagnostic reliability of HCMV DNA PCR using cerebrospinal fluid of nonimmunosuppressed patients. *J Clin Microbiol.* 1998;36:3636-40.
10. García-Bardeci D, Pena MJ, Suárez-Bordón P, Aladro Y, Pérez-González C, Lafarga B. Value of the polymerase chain reaction in the diagnosis of herpes infections of the nervous system. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:150-5.

Bibliografía

1. Cohen JI, Corey GR. Cytomegalovirus infection in the normal host. *Medicine (Baltimore).* 1985;64:100-14.
2. Horwitz CA, Henle W, Henle G, Snover D, Rudnick H, Balfour HH Jr, et al. Clinical and laboratory evaluation of cytomegalovirus-induced mononucleosis in previously healthy individuals. Report of 82 cases. *Medicine (Baltimore).* 1986. p. 65.
3. Duchowny M, Caplan L, Siber G. Cytomegalovirus infection of the adult nervous system. *Ann Neurol.* 1979;5:458.
4. Kleinschmidt-DeMaters BK, Gildea DH. The expanding spectrum of Herpesvirus infections of the nervous system. *Brain Pathology.* 2001;11:440-51.
5. Donnet A, Gouirand R, Zandotti C, Grisoli F. Cytomegalovirus encephalitis in an immunocompetent adult. *Revue Neurologique.* 1996;152 :640-1.
6. Pantoni L, Inzitari D, Colao MG, De Mayo E, Marini P, Mazzota F. Cytomegalovirus encephalitis in an non-immunocompromised patient: CSF diagnosis by in situ hybridization cells. *Acta Neurol Scand.* 1991;84:56-8.