

rias, el látex para *Cryptococcus neoformans*, las serologías para *Borrelia burgdorferi*, *Coxiella burnetii* y *Rickettsia conorii*, presentando IgG positivas (sin elevación del título en un control posterior) e IgM negativas para CMV y *Toxoplasma*. Se solicitó serología para VIH con resultado de ELISA positivo, Western-Blot indeterminado y Ag p24 positivo, recibiendo posteriormente una carga viral de 45.400 copias/ml, 4,66 log (determinada por el método COBAS-AMPLICOR HIV MONITOR) y CD4 805/ μ l, con un cociente CD4/CD8 de 0,75. La paciente refirió contactos heterosexuales de riesgo en los últimos meses. Se instauró tratamiento antirretroviral vía oral con efavirenz (600 mg/24 h), lamivudina (150 mg/12 h) y zidovudina (300 mg/12 h), sin estudio genotípico de resistencias previo. La evolución clínica fue favorable, con resolución de los síntomas. Un año después de iniciar dicho tratamiento la paciente presenta carga viral indetectable y 1.569 CD4/ μ l, con un cociente CD4/CD8 de 3,72.

Dado que las manifestaciones clínicas son inespecíficas, la infección aguda por VIH no es diagnosticada en más del 90% de los casos^{1,4}. Esto conlleva un riesgo considerable para la salud pública ya que el desconocimiento por parte del paciente favorece que siga realizando prácticas de riesgo y exponiendo a la población a posibles contagios, precisamente en una fase en la que la enfermedad es altamente contagiosa (por la elevada carga viral que suele acompañar a la primoinfección). Además el paciente no podría beneficiarse de las ventajas de recibir precozmente tratamiento antirretroviral⁵⁻⁷. La meningoencefalitis aguda por VIH es infrecuente, pero en ocasiones puede ser la única manifestación de la primoinfección^{8,9}, por lo que queremos destacar la relevancia de considerarla entre las posibles etiologías de la meningoencefalitis aguda.

Meningoencefalitis aguda debida a primoinfección por VIH

Sr Editor: La infección aguda o primoinfección por VIH se manifiesta con síntomas inespecíficos en el 50-90% de los pacientes¹: fiebre, linfadenopatía, faringitis, exantema máculo-papular, ulceraciones mucocutáneas, artromialgias, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, candidiasis orofaríngea y pérdida de peso. Solamente el 12-17% de los pacientes sintomáticos tienen manifestaciones neurológicas, incluyendo: meningoencefalitis o meningitis aséptica, neuropatía periférica, radiculopatía y síndrome de Guillain-Barre^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años que 10 días antes del ingreso había comenzado con fiebre elevada (39-39,5 °C), mialgias, molestias faríngeas, cefalea y erupción generalizada, asociándose en las últimas horas disminución del nivel de conciencia, desorientación, agitación psicomotriz y lenguaje ininteligible. En la exploración física destacaba la existencia de fiebre, somnolencia, ligera rigidez de nuca, adenopatías periféricas generalizadas de 1-2 cm de diámetro y exantema maculopapuloso generalizado que respetaba palmas y plantas.

El hemograma mostraba 7.540 leucocitos (79% segmentados y 17% linfocitos), los parámetros bioquímicos, la radiología de tórax y la TC craneal no presentaban alteraciones reseñables. Ante la sospecha de meningoencefalitis, se realizó una punción lumbar que reveló un LCR con 330 leucocitos/ μ l (80% linfocitos), proteínas 205 mg/dl, glucosa 67 mg/dl y ADA 9,1 U/l. Se instauró tratamiento empírico con aciclovir hasta recibir el resultado negativo de PCR en LCR para VHS I y II, VEB y VVZ. Así mismo fueron negativos el cultivo convencional y de micobacte-

Susana Penado Nadela,
Manuel de Pablo Casas,
Luz Villanueva Morgade
y María Jesús Jove Castelo
Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.

Bibliografía

1. Schacker T, Collier AC, Hughes J, Shea T, Corey L. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. Ann Intern Med. 1996; 125:257-64.
2. Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. J Infect Dis. 1993;168:1490-501.

3. Newton PJ, Newsholme W, Brink NS, Manji H, Williams IG, Miller RF. Acute meningoencephalitis and meningitis due to primary HIV infection. *BMJ*. 2002;325:1225-7.
4. Flanigan T, Tashima KT. Diagnosis of acute HIV infection: it's time to get moving! *Ann Intern Med*. 2001;34:75-7.
5. Iribarren JA, Labarga P, Rubio R, Berenguer J, Miró JM, Antela A, et al. Spanish GESIDA/Nacional AIDS Plan Recomendations for antiretroviral therapy in HIV infected adults (October 2004). *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2004;22:564-642.
6. Miró JM, Sued O, Plana M, Pumarola T, Galarrat T. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la infección aguda por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2004;22:643-59.
7. Pilcher CD, Eron JJ Jr, Galvin S, Gay C, Cohen MS. Acute HIV revisited: new opportunities for treatment and prevention. *J Clin Invest*. 2004;113:937-45.
8. Ho DD, Sarngadharan MG, Resnick L, Dimarzozoverone E, Rota TR, Hirsch MS. Primary human T-lymphotropic virus type III infection. *Ann Intern Med*. 1985;103:880-3.
9. Carne CA, Tedder RS, Smith A, Sutherland S, Elkington SG, Daly HM, et al. Acute encephalopathy coincident with seroconversion for anti-HTLV-III. *Lancet*. 1985;2:1206-8.