

### 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 pacientes<sup>1</sup>: 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-Barré<sup>2,3</sup>.

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/ $\mu$ 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-

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/ $\mu$ 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/ $\mu$ 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<sup>1,4</sup>. 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 antirretroviral<sup>5-7</sup>. La meningoencefalitis aguda por VIH es infrecuente, pero en ocasiones puede ser la única manifestación de la primoinfección<sup>8,9</sup>, por lo que queremos destacar la relevancia de considerarla entre las posibles etiologías de la meningoencefalitis aguda.

Susana Penado Nadela,

Manuel de Pablo Casas,

Luz Villanueva Morgade

y María Jesús Jove Castelo

Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.

### Bibliografía

- 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.
- 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 Recommendations for antiretroviral therapy in HIV infected adults (October 2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:564-642.
6. Miró JM, Sued O, Plana M, Pumarola T, Gallart T. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la infección aguda por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc 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, Dimarzioveronese 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.