



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1765 - ¿Por qué una crisis convulsiva?

C.M. Rodríguez Blanco^a, A.M. Ciocea^b, V. Ciocea^c y A. Tejas Evans^d

^aMédico de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Arévalo. Ávila. ^dMédico Especialista en Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso clínico de un varón de 87 años con antecedentes de cáncer de próstata en tratamiento hormonal y herpes zoster intercostal de 6 días de evolución. El paciente presenta episodio de desconexión del medio con posterior aparición de quejido, balbuceo y movimientos tónico clónicos de extremidades. Posteriormente adormilado con recuperación completa del nivel de conciencia sin focalidad neurológica.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial de 138/80, Temperatura: 37,7, frecuencia cardiaca: 62 latidos por minuto, saturación oxígeno: 92%. Consciente, orientado, colabora. Mordedura a nivel de lengua. AP: murmullo vesicular conservado con crepitantes en campo pulmonar medio derecho. A.C. rítmico, no soplos. abdomen normal, MMII: no edemas, no signos TVP. Exploración neurológica normal. El electroencefalograma es normal. La tomografía cerebral muestra dilatación de espacios perivascuales en cápsulas externas. En analítica mioglobina 221,2 ng/ml resto normal. Por el antecedente de herpes zoster activo se realiza punción lumbar. El líquido cefalorraquídeo es hemorrágico con aumento de linfocitos y proteínas. La serología infecciosa de Líquido cefalorraquídeo es negativa para el virus herpes simple y positivo para el virus zoster. El cultivo bacteriológico es negativo. Se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso, antibiótico y broncodilatadores con mejoría progresiva a nivel respiratorio y sin nuevas crisis convulsivas.

Juicio clínico: Crisis convulsiva en relación con meningoencefalitis por virus herpes zoster.

Diagnóstico diferencial: Alteración metabólica, sepsis, toxinas, estados de abstinencia, accidente cerebrovascular agudo, lesión cerebral.

Comentario final: El virus herpes zoster es un virus neurotrópico que produce la varicela en el niño y el herpes zoster cutáneo en el adulto. En individuos inmunodeprimidos puede extenderse la infección dando lugar a meningoencefalitis. Los síntomas neurológicos suelen aparecer próximos a la aparición de la erupción cutánea, facilitando el diagnóstico. En ocasiones pueden faltar los signos cutáneos (zoster sin herpes), en cuyo caso el análisis del líquido cefalorraquídeo es indispensable. Aparece una pleocitosis linfocitaria similar al resto de encefalitis virales. La detección del ADN viral mediante la PCR o el análisis serológico aportan el diagnóstico definitivo. En un 10-20% de los casos puede quedar como secuela una neuralgia postherpética. El tratamiento con antivirales está indicado en inmunodeprimidos, mayores de 50 años y herpes oftálmico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burón Mediavilla FJ, Rodríguez Borregán JC, Miñambres E, et al. Encefalitis herpética en adultos: 23 casos. *An Med Intern.* 2005;22(10).
2. Pina MA, Agudo M, Calvo M, Chilet I. Manifestaciones atípicas en la encefalitis por virus de la varicela zoster. *Implicaciones en la medicina de atención primaria.* 2001; 27(09).