



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2884 - Lesiones cutáneas y lenguaje incoherente

R. Campayo García<sup>a</sup>, J. Bañón López<sup>b</sup>, M. Nieto Vitoria<sup>a</sup>, M.Á. Morcillo López<sup>a</sup>, L. Penide Villanueva<sup>c</sup>, E.A. Carpio Abreu<sup>a</sup>, M. García Aroca<sup>d</sup> y F. Briones Monteagudo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín II. Albacete. <sup>b</sup>FEA Urgencias Hospitalarias; <sup>c</sup>FEA Anestesia y Reanimación. Hospital de Hellín. Albacete. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 63 años de edad, no RAMC, sin antecedentes médicos de interés salvo sospecha de SAHS. Diagnosticada tres días antes de herpes zoster en dermatomas D6-D7 y se inició tratamiento con famciclovir; sus familiares solicitan valoración en domicilio por empeoramiento significativo del estado general en las últimas horas. A la exploración, la paciente presenta tendencia importante al sueño, lenguaje incoherente, escasa respuesta a estímulos y cianosis central por lo que se decide su derivación a Urgencias Hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 160/60, FC 130, SatO2 92, T 38. Glasgow 10. Respuesta verbal incomprendible, apertura ocular a la voz, respuesta motora localizando dolor. Obnubilada. Pupilas Isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. AC: rítmica, taquicárdica. AP: hipoventilación generalizada. Abd: lesiones vesiculosa de base eritematosa en flanco izquierdo zoster. Extremidades: normal. Analítica: bioquímica incluyendo autoinmunidad y coagulación normales. Hemograma 5.660 leucocitos (70% N). GSV. pH 7,39, pCO2 50,7, HCO3 30,1. ECG: ritmo sinusal a 125 lpm. Rx tórax: sin hallazgos de interés. TAC craneal: sin evidencia de lesiones focales ni hemorragias intra ni extra axiales. LCR: claro, Glu 90, proteínas 60, Gram sin gérmenes. Serologías LCR y sangre: normales.

**Juicio clínico:** Meningoencefalitis herpética.

**Diagnóstico diferencial:** Causas infecciosas: TBC, meningitis bacteriana, meningitis por listeria, sífilis, enfermedad de Lyme, leptospirosis, micosis, tripanosomiasis, toxoplasmosis, malaria, enfermedad de Whipple, legionelosis. Causas no infecciosas: tumor meníngeo o parenquimatoso, sarcoidosis, vasculitis cerebral, enfermedad de Behçet, meningitis inducida por medicamentos, síndromes migrañosos con pleocitosis.

**Comentario final:** Ante la sospecha clínica se instauró tratamiento empírico con aciclovir intravenoso, con mejoría clínica y sin secuelas al alta hospitalaria. La meningoencefalitis secundaria a virus herpes zoster es muy rara, y más aún en inmunocompetentes sin afectación de región cérvico-facial. El diagnóstico de certeza se realiza mediante biopsia cerebral por lo que se trata de un diagnóstico eminentemente clínico y de exclusión a tener en cuenta ante pacientes con clínica y antecedentes compatibles.

### Bibliografía

1. Acute encephalitis. Clin Infect Dis. 1996;23:219-26.
2. Diagnosis of herpes simplex encephalitis: application of polymerase chain reaction to cerebrospinal fluid from brain-biopsied patients and correlation with disease. J Infect Dis. 1995;171:857-63.

*Palabras clave:* Herpes zoster. Meningitis. Encefalitis.