



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2884 - Lesiones cutáneas y lenguaje incoherente

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín II. Albacete. ^bFEA Urgencias Hospitalarias; ^cFEA Anestesia y Reanimación. Hospital de Hellín. Albacete. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^eMédico 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 incomprensible, 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 vesiculosas 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 parenquimatosos, 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.