

## 347/1382 - DETERIORO COGNITIVO EN EL ANCIANO NO SÓLO INICIO DE UNA DEMENCIA

*M. Nozal Martínez<sup>a</sup>, M. Lara García<sup>b</sup> y J. Pascual Juliá<sup>c</sup>*

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Jaén. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 81 años con total autonomía, antecedentes personales de depresión mayor, problemas en núcleo familiar con discusión reciente con un hijo y desorientación temporoespacial de meses de evolución, acude a su médico de primaria, por negativa a la ingesta y tendencia al sueño de dos semanas de evolución coincidiendo con la toma de ansiolíticos en dosis elevadas por cuenta propia. En los próximos días presenta dependencia completa para las ABVD y desconexión del medio, motivo de derivación a su hospital. Se ingresa y durante la hospitalización, comienza con fiebre de 39 °C y crisis convulsivas focales. Se realiza Electroencefalograma que confirma la presencia de focos epileptiformes y se inicia tratamiento con levetiracetam. La resonancia magnética y los resultados positivos para PCR de VHS-1 en Líquido cefalorraquídeo confirman el diagnóstico de encefalitis herpética, comenzándose con aciclovir intravenoso. Neurológicamente empeora, precisando de aislamiento de vía aérea y conexión a ventilación mecánica. En nuevo electroencefalograma muestra una actividad cerebral de bajo voltaje y sin reactividad cortical. La paciente fallece.

**Exploración y pruebas complementarias:** Comatoso, Glasgow 5 puntos, intubación orotraqueal + conexión a ventilación mecánica, hemodinámicamente estable, en ritmo sinusal, TAM > 65 mmHg. Rigidez de nuca. 72.000 plaquetas, resto analítica normal. Electroencefalograma con actividad bioeléctrica cerebral de bajo voltaje sin reactividad cortical a estímulos externo, descargas epileptiformes sobre hemisferio derecho. Líquido cefalorraquídeo con proteinorraquia ligeramente elevada y leucocitosis con predominio linfocitario. Resonancia magnética con lesiones sugerentes de encefalopatía herpética en ambos lóbulos temporales y regiones insulares.

**Orientación diagnóstica:** Encefalitis herpética tipo uno.

**Diagnóstico diferencial:** Encefalopatía hepática, encefalopatía vascular, demencia grave.

**Comentario final:** La encefalitis herpética es la encefalitis viral más frecuente de nuestro medio, el 90% causada por VHS1. La mortalidad o presencia de secuelas mayores es del 70%, pero un tratamiento precoz reduce notablemente la mortalidad. Es una enfermedad extremadamente grave y con respuesta a tratamiento precoz razón por la cual debe hacerse estudio exhaustivo del paciente cuando presente síntomas compatibles con esta enfermedad.

### Bibliografía

1. Chaudhuri A, Kennedy PGE. Diagnosis and treatment of viral encephalitis. Postgrad Med J. 2002;78(924):575-83.
2. Kennedy PGE, Chaudhuri A. Herpes simplexencephalitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002;73(3):237-8.
3. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** Encefalitis. Demencia.