

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

424/548 - MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA

A. Robles López¹, A. Felipe Palencia², M. González Campayo³ y E. Priori⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Babel. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Florida. Alicante. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Vicente del Raspeig I. Alicante. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Blas. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años diabética y con insuficiencia renal crónica, que acudió a consulta por cuadro de somnolencia, disartria y dificultad para la deambulación de 2 días de evolución. Desarrolló una erupción cutánea abdominal 48 horas antes de iniciar los síntomas descritos, que se trató con valaciclovir. Afebril, sin cefalea, rigidez nucal ni foco infeccioso identificable. Tras toma de constantes y exploración completa se remitió a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Somnolenta y desorientada en tiempo. Erupción eritematosa vesicular con distribución metamérica T8 izquierda. Habla escandida. Marcha atáxica. Resto de exploración neurológica normal, incluyendo signos meníngeos negativos. Análisis sanguíneo: creatinina 2,5 mg/dl; FG 17,19 ml/min; PCR 6,3 mg/dl; leucocitos 2.230/?l; neutrófilos 90/mm³; hemoglobina 12,4 g/dl y plaquetas 137.000/?l. Radiografía de tórax y TC craneal normal. Líquido cefalorraquídeo (LCR): glucosa 41 mg/dl; proteínas 44 mg/dl; eritrocitos 200/?l; leucocitos 103/?l (mononucleares 96%); PCR de virus varicela-zóster (VVZ) positiva.

Orientación diagnóstica: Meningoencefalitis herpética.

Diagnóstico diferencial: Infecciones focales del sistema nervioso central, encefalopatía metabólica o tóxica, procesos inmunológicos y lesiones estructurales.

Comentario final: Las meningoencefalitis por VVZ pueden desarrollarse a cualquier edad tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos, en primoinfección o en caso de reactivación del virus, siendo más frecuente en este último, y pudiendo estar precedida o no por la erupción cutánea. En mujeres mayores la clínica puede ser leve, con somnolencia, desorientación, febrícula o ausencia de ella y signos meníngeos, aunque hasta en la mitad de los casos éstos son negativos. El diagnóstico se realiza por punción lumbar, observándose pleocitosis mononuclear e hiperproteinorraquia. La PCR del virus en LCR es positiva solo los primeros días, lo que hace necesario para el diagnóstico la determinación de anticuerpos IgM e IgG. Se debe iniciar tratamiento empírico con aciclovir intravenoso a dosis de 10 mg/kg cada 8 horas durante 14-21 días, incluso antes de realizar las pruebas de imagen y la punción lumbar si se prevé una demora superior a 4 horas, y pudiendo limitarse a 10 días si se negativiza la PCR en una segunda determinación.

Bibliografía

1. Mensa J, Castell JM. Guía de Terapéutica Antimicrobiana, 28^a ed. Barcelona: Antares; 2018.

Palabras clave: Meningoencefalitis viral. Virus varicela-zóster.