

## ENCEFALITIS VÍRICA

Dra. Noemí Ramos Vicente<sup>1</sup> / Dra. Yulia Perova<sup>2</sup> / Dr. Rodrigo Sebastián Medina Vivas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> FEA Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco, Teruel

<sup>2</sup> Médico residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro, Teruel

<sup>3</sup> FEA Medicina Intensiva. Hospital Obispo Polanco, Teruel

### CASO CLÍNICO

Mujer de 81 años con antecedentes de HTA, depresión, bocio y artrosis. Acude a urgencias por confusión y desorientación, acompañado de mareo sin giro de objetos, náuseas y vómitos en los últimos 3 días. El día del ingreso, pico febril de 38<sup>º</sup>. No clínica infecciosa respiratoria, urinaria ni digestiva. Hace 15 días estuvo en tratamiento antibiótico por probable otitis con lesiones cutáneas eritematosas en región mandibular y preauricular (Fig. 1). Actualmente habían desaparecido.

Exploración física: Normotensa. T<sup>ª</sup> 38,4 °C. Eupneica. Consciente, desorientada en tiempo, espacio y persona. Dudosa rigidez de nuca. Afasia nominativa. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos simétricos. Reflejos plantares flexores. Resto de exploración normal.

En Urgencias se realizó TC craneal sin objetivar datos agudos de isquemia, hemorragia ni LOE por lo que se realizó punción lumbar ante la sospecha de meningitis vs encefalitis vírica. Se obtuvo líquido claro con presión normal, 240 Leucocitos 100% mononucleares, con aumento de proteínas 103 mg/dl y glucosa 56 mg/dl. Se pidió cultivo de líquido cefalorraquídeo y PCR de virus. Se inició antibioterapia de forma empírica incluyendo Aciclovir, hasta tener resultados de microbiología. El EEG, no fue valorable por registro artefactado. Se amplió estudio de imagen con RM cerebral, objetivando en la zona temporal, hiperintensidad en T1, patrón geográfico sugerente de encefalitis vírica (Figura 2). Al ser el cultivo negativo de LCR, únicamente se dejó tratamiento con Aciclovir, suspendiendo el resto de antibióticos. Finalmente se confirmó el diagnóstico de ENCEFALITIS HERPÉTICA, mediante PCR positiva para VHS-1, completando tratamiento con Aciclovir 10mg/Kg cada 8 hora 21 días, con buena evolución clínica. Quedando como secuela neurológica, pérdida de memoria reciente.

### DISCUSIÓN

El agente etiológico en adultos más frecuente de encefalitis herpética es VHS-1, cuya incidencia se estima en cuatro casos por millón de habitantes. Otros virus a tener en cuenta son, VHS-2 (en el periodo neonatal, consecuencia del paso a través del canal del parto infectado) y VVZ entre otros. El mecanismo de transmisión puede ser por primoinfección o reactivación viral. Afecta igualmente a ambos sexos.

Clínicamente hay alteración de la conciencia, fiebre, cefalea, cambios de personalidad, crisis epilépticas y focalidad neurológica con afasia, hemiparesia entre otros. Aproximadamente el 75% de los



Fig. 1. Lesiones cutáneas, probablemente herpéticas.

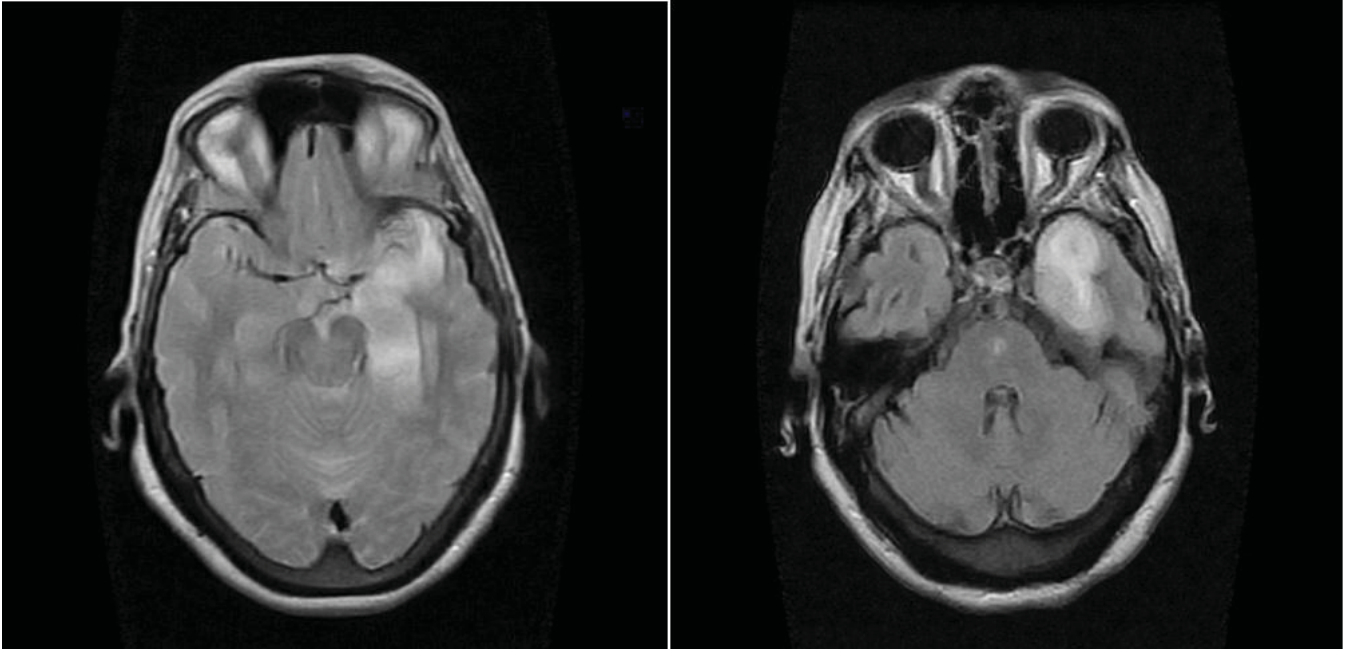


Fig. 2. RM cerebral. Lesión hiperintensa en lóbulo temporal.

pacientes presentan un EEG anormal, con enlentecimiento de la actividad, difuso o focalizado a regiones temporales, o descargas periódicas lateralizadas. Aunque no hay un patrón EEG exclusivo de esta entidad, la presencia de alteraciones focales frontotemporales en un contexto clínico adecuado es altamente sugestiva de encefalitis herpética.

El LCR muestra pleocitosis linfocitaria (entre 200 y 500 células/mm<sup>3</sup> habitualmente), con un incremento de proteínas y valores normales de glucorraquia (puede estar moderadamente descendida en el 5% de los casos). La PCR tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 94% para VHS. Es el método diagnóstico de elección

La RM muestra alteraciones en más del 90% de los pacientes, fundamentalmente hiperintensidades, uni o bilaterales, en el lóbulo frontal y temporal, que se extienden hacia la ínsula. Si es muy precoz, la RM puede ser normal.

El tratamiento de elección es Aciclovir intravenoso, en dosis de 10 mg/kg de peso cada 8 h, durante 10-21 días.

### BIBLIOGRAFÍA

1. C.Rozman, F.Cardellach. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 18ª Edición. Elsevier.2016. 168: 1357-1358.
2. D. Suárez Pita, J.C. Vargas Romero, J. Salas Jarque, I. Losada Galván, B. de Miguel Campo, P.M. Catalán Martín, B. Sánchez Moreno, M. A. Duarte Borges, I. Cabrera Rodrigo. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. 8ª edición. p 708-709.
3. DL.Kasper, AS.Fauci, SL.Hauser, DL. Longo, JL.Jameson,J. Loscalzo.Harrison: Principios de Medicina Interna. 19ª Edición.McGraw Hill.2016. 164: 893-898.