

Caso 50

Meningoencefalitis vírica por VHS-1

REBECA IBARZABAL SÁNCHEZ, AMAIA FERNÁNDEZ ALONSO
Hospital de Galdakao-Usánsolo. Vizcaya

ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente varón de 53 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos, sin antecedentes médicos conocidos. Trabaja como albañil.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente traído en ambulancia desde su domicilio de madrugada por crisis convulsiva.

La familia refiere fiebre de 39° y cefalea desde hace 48 h, por lo que consultan con su médico de atención primaria. Se le realiza una radiografía de tórax con hallazgo de dudoso infiltrado, y se le pauta tratamiento con antibiótico por sospecha de infección respiratoria.

La fiebre persiste a pesar de tratamiento antibiótico, con aparición de vómitos en escopetazo, alteración del lenguaje, y finalmente clonías en extremidades derechas, seguida de crisis generalizada tónico-clónica por lo que se le traslada a urgencias.

A su llegada a urgencias presenta un crisis tónico-clónica generalizada que se controla con Diazepam iv.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Constantes: TA 130/69, FC 86, Tª 38,2°C, Saturación de oxígeno 96%.

El paciente se encuentra postcrítico, con apertura de ojos espontánea, normocoloreado sin lesiones cutáneas, bien perfundido, eupneico, afásico, con rigidez generalizada. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. No presenta alteraciones a nivel abdominal ni de extremidades inferiores.

En la exploración neurológica se objetiva rigidez de nuca, con movilización espontánea de las cuatro extremidades, y afasia sugestiva de sensorial.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: CPK 892, PCR 3.3, leucocitos 10.8, (75% segmentados, 12% linfocitos) hemoglobina 13.5, hematocrito 38, plaquetas 176, TP 100%. Resto normal.

Orina: negativa, Antígenos de Neumococo y Legionella negativos.

Rx tórax: dudosos infiltrado en lóbulo inferior derecho.

TAC cráneo: llamativo borramiento y obliteración difusos de los surcos corticales de la convexidad superior, desproporcionados para la edad del paciente. Sospecha consecuentemente de cuadro de meningitis, sin descartarse encefalitis por Herpes Virus, debido a la hipodensidad en lóbulo temporal izquierdo.

LCR: glucosa 70, proteínas 96.9, hematíes < 100, leucocitos 212 (98% mononucleares, 2% polimorfonucleares). Se envía muestra para microbiología. Se recogen hemocultivos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Encefalitis víricas: virus del grupo herpes (VHS-I, VHS-II, VVZ, VEB), enterovirus (Coxsackie, Echo), parotiditis, adenovirus, influenza, parainfluenza, CMV, rubéola, VIH, arbovirus (encefalitis japonesa, de California, del Nilo, de San Luis, Dengue, etc.).
- Meningoencefalitis bacterianas (neumocócica y meningocócica).
- Abscesos o empiemas cerebrales, causados por bacterias, micobacterias, hongos, rickettsias, mycoplasma. Especial atención en inmunodeprimidos por riesgo de Listeria, TBC, Toxoplasma, Candida, Cryptococcus, .Aspergillus, Nocardia y CMV.
- Encefalitis postinfecciosa o postvacunal.
- Tumores cerebrales primarios o metastáticos.
- Neurosífilis.
- Encefalomiелitis diseminada aguda.
- Otras causas no infecciosas: hematoma subdural, Lupus, vasculitis...

EVOLUCIÓN

Ante la sospecha de cuadro de meningoencefalitis infecciosa, dado la sospecha clínica respiratoria ini-

cial se inicia tratamiento en urgencias con dexametasona 8 mg iv seguido de ceftriaxona 2 g iv + ampicilina 2 g iv+ vacomicina 1g iv. Tras resultado de TAC craneal urgente donde se objetiva lesión compatible con meningoencefalitis herpética se inicia tratamiento con aciclovir 750 mg iv. Solicitamos valoración por UCI que decide ingreso en su servicio. Aquí se mantiene tratamiento antivírico, y se suspende el antibiótico a las 72 h dada la ausencia de datos tanto de meningitis bacteriana como de neumonía.

El paciente se mantiene hemodinámicamente estable, sin necesidad de inotrópicos. Presenta episodios de agitación que se controlan con benzodiacepinas, y posteriormente se encuentra consciente, desorientado, con afasia sensitivomotora, sin otros déficits neurológicos.

Se confirma la positividad en prueba de PCR en LCR para herpes virus tipo I.

Se realiza EEG, que muestra datos de sufrimiento cerebral difuso de moderada intensidad, con alguna onda aguda poco frecuente sobre regiones temporo-parietales izquierdas.

Tras cinco días de estancia en UCI se traslada a planta de neurología.

Se realiza RMN que describen como lesión expansiva que abarca la totalidad del lóbulo temporal izquierdo, estrictamente unilateral con leve efecto de masa, compatible con una encefalitis. En RMN de control, una semana más tarde, la lesión ha disminuido de tamaño.

Tras cumplir 15 días de tratamiento con aciclovir, y con una mejoría ostensible se decide alta.

Al alta se aprecian todavía alteraciones del lenguaje a nivel de fluidez verbal, aunque se hace entender, comprende, lee y escribe. Dichas alteraciones persisten hoy en día.

DIAGNÓSTICO FINAL

Meningoencefalitis vírica por VHS tipo I.

DISCUSIÓN

La encefalitis por virus herpes simple tipo I es la causa más frecuente de encefalitis esporádica a nivel mundial, con una considerable morbi-mortalidad, incluso a pesar de tratamiento antivírico adecuado, en todos los grupos de edad.

Nuestro paciente presentaba todos los signos y síntomas característicos de este cuadro, que consisten en la instauración rápida de fiebre, cefalea, convulsiones, déficits neurológicos focales y alteración del nivel de conciencia. A pesar de ello, dado la sospecha clínica de infección respiratoria previa se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro por sospecha de meningoencefalitis bacteriana en este caso neumocócica.

Tras los resultados del TAC craneal que se realizó sin demora incluso antes de resultados analíticos, se instauró tratamiento con aciclovir intravenoso.

Insistimos en la importancia de identificar precozmente los casos de meningoencefalitis tanto bacteriana como vírica en especial la encefalitis herpética como en este caso en todo paciente con cefalea y fiebre, ya que la precocidad del tratamiento va a determinar una importante reducción de la morbilidad y mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Viral encephalitis in adults. Authors, R Paul Johnson MD. Stephen J Gluckman, MD. UpToDate Septiembre del 2011.
- Herpes simplex virus Type 1 encephalitis. Author, Robyn SKlein, MD. UpToDate septiembre del 2011.
- Manejo de infecciones en urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo
- Tratado de medicina de urgencias. MS Moya Mir, P. Piñera Salmerón, M. Mariné Blanco.

COMENTARIO EDITORIAL

Los virus del herpes simple (*[herpes simplex virus, HSV]-1, HSV-2; Herpesvirus hominis*) producen diversas infecciones que afectan a las superficies mucocutáneas, al sistema nervioso central (SNC) y, en ocasiones, a algunas vísceras. La identificación y el tratamiento inmediatos disminuyen la morbilidad y la mortalidad por infecciones por virus del herpes simple. La infección por el HSV-1 se adquiere antes y es más frecuente que la infección por el HSV-2. Más de 90% de los adultos tiene anticuerpos frente al HSV-1 al llegar al quinto decenio de sus vidas. En poblaciones de nivel socioeconómico precario, la mayoría de las personas adquiere la infección por HSV-1 antes del tercer decenio de vida. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la primoinfección por el HSV-1 son la gingivostomatitis y la faringitis, mientras que la manifestación clínica más frecuente de la reactivación de la infección por el HSV es el herpes labial recidivante. La encefalitis por HSV es responsable de 10 a 20% de todos los casos de encefalitis vírica aguda esporádica en Estados Unidos. La incidencia se calcula en casi 2,3 casos por millón de personas por año. Sobreviene por igual durante todo el año y su distribución por edades parece ser bifásica, con un máximo entre 5 y 30 años y otro después de más de 50. Más de 95% de los casos se deben al subtipo del virus del herpes simple tipo 1.

La patogenia de la encefalitis por el HSV es variada. En niños y adultos jóvenes la infección primaria por el HSV puede desembocar en una encefalitis; se supone que el virus procedente del exterior llega al SNC por diseminación neurotrópica desde la periferia a través del bulbo olfatorio. Sin embargo, la mayoría de los adultos con encefalitis causada por HSV presenta datos clínicos o serológicos de infección mucocutánea por el HSV-1 anterior al comienzo de los síntomas del SNC. Los signos clínicos definitorios de la encefalitis por HSV han sido la fiebre y los signos y síntomas neurológicos focales, ambos de comienzo agudo, particularmente los provenientes del lóbulo temporal. Resulta difícil diferenciar la encefalitis por el HSV de otras encefalitis víricas, así como de otras infecciones focales o procesos no infecciosos. La reacción en cadena de polimerasa en LCR para detectar DNA de HSV, por ser un método más sensible y específico. Aunque en la mayor parte de los casos de encefalitis causada por HSV hay un aumento en el suero y el LCR de los títulos de anticuerpos frente al HSV, es raro que este aumento se produzca antes de los 10 primeros días de la enfermedad. Por tanto, resultan útiles retrospectivamente, pero no suelen ayudar a establecer un diagnóstico clínico precoz. La quimioterapia antivírica disminuye la mortalidad de la encefalitis del HSV. Sin embargo, incluso con tratamiento, son frecuentes las secuelas neurológicas, en particular en los sujetos mayores de 50 años de edad. La mayoría de los expertos recomienda administrar aciclovir por vía intravenosa a los pacientes con presunta encefalitis por HSV hasta que se confirme el diagnóstico o se establezca otro diferente. La meningitis debida a HSV, que suele presentarse en combinación con una infección genital primaria también por HSV, es una enfermedad aguda de evolución limitada que se manifiesta por cefalalgia, fiebre y fotofobia leve de dos a siete días de duración. Es característico hallar una pleocitosis linfocítica en el LCR. Las secuelas neurológicas son raras.

La primocrisis convulsiva es una entidad relativamente frecuente en los servicios de urgencias, y que obliga a un diagnóstico urgente de la razón por la que un paciente tiene una crisis por primera vez, esto obliga en muchas ocasiones a realizar una punción lumbar a aquellos pacientes en los que no se ha diagnosticado la causa subyacente, considerando que la realización de una prueba de imagen como es típicamente el TAC de cráneo, por otra parte, la más utilizada en los servicios de urgencia, no tiene una capacidad diagnóstica elevada en las fases iniciales de las encefalitis, que obligaría a la realización de la punción lumbar diagnóstica.

El caso demuestra una meningoencefalitis herpética donde la sucesión de los hechos es la típica, y donde existe una prueba diagnóstica confirmatoria de la infección encefalítica.

JM Guardiola.
Hospital de Sant Pau. Barcelona