



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1427 - Episodio de desorientación como signo de meningo-encefalitis herpética

A. Valle Campo<sup>a</sup>, J.J. Jurío Burgui<sup>b</sup>, I. Adanero Calvo<sup>c</sup>, M. Otero Lago<sup>a</sup>, M. Colón Más<sup>d</sup>, L. Bustos Guillén<sup>e</sup>, P. Palacio Cuenca<sup>b</sup> y C. Hijos Larraz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Maria de Gracia. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años, derivada a urgencias por su MAP porque sufrió, hace 48 horas, episodio de confusión y desorientación en el espacio mientras conducía. Desde entonces, su familia la notan inquieta. Presenta cefalea y está afebril. Se realiza analítica de sangre y TAC craneal, que muestra imagen sugestiva de posible encefalitis herpética, por lo que ingresa en el servicio de Neurología donde se inicia tratamiento empírico con dexametasona y aciclovir porque el tamaño de la lesión y el efecto de masa contraindican la punción lumbar (PL). Durante su estancia se realiza valoración neuropsicológica no mostrando alteración cognitiva significativa en su evolución completándose el estudio con evolución favorable. Al alta la paciente continúa seguimiento por el servicio de Neurología, Rehabilitación y Psiquiatría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: vigil, orientada en espacio y parcialmente en tiempo, poco perceptiva y poco colaboradora, inatenta, lenguaje escaso pero bien construido. Pupilas isocóricas y normo reactivas, no déficit pares craneales. En urgencias se realiza analítica sanguínea: normal, radiografía de tórax y electrocardiograma: normales, y TAC craneal: imagen que sugiere como primera posibilidad encefalitis herpética. Durante su estancia en el servicio de Neurología se repite TAC craneal y resonancia magnética craneal confirmando probable meningo-encefalitis herpética derecha, Electroencefalograma: foco lento fronto-temporal derecho en reposo y actividad epileptiforme fronto-temporal bilateral en hiperpnea. PL al alta objetiva un aumento de proteínas con negatividad PCR virus herpes.

**Juicio clínico:** Encefalitis de probable origen herpético.

**Diagnóstico diferencial:** Inicialmente en Atención Primaria: síndrome confusional agudo o reacción a estrés. En el ámbito hospitalario una vez realizadas las pruebas de imagen se plantea el diagnóstico de encefalitis herpética (diagnostico por clínica e imagen), encefalitis autoinmune o paraneoplásica (menos probable por la extensión de la lesión y la fiebre), glioma de bajo grado, llegando finalmente al diagnóstico definitivo por la RMN.

**Comentario final:** La encefalitis del herpes simple (HSE) es un raro trastorno neurológico

caracterizado por la inflamación del cerebro (encefalitis). Es causada por el virus del herpes simple (HSV) siendo entre el 30 y 70% fatales. La incidencia similar a lo largo de todo el año y afecta a todas las edades. La patogénesis es desconocida. Se considera la enfermedad viral más grave del SNC, con presentación clínica muy variable. El cuadro clínico más frecuente es inicio agudo/subagudo con manifestaciones clínicas: alteración de conciencia, fiebre, déficit neurológico focal como: afasia, hemiparesia y hemianopsia, cefalea, alteración de la personalidad, convulsiones y disfunción autonómica. Las manifestaciones clínicas, el estudio del LCR, el EEG e incluso las neuroimágenes son insuficientes para diferenciar una HSE de otras encefalitis virales. Si no se trata, es progresiva y siendo fatal dentro de 7-14 días. El tratamiento es aciclovir iv:10 mg/Kg/8h durante dos a tres semanas. La tasa de mortalidad es 70% en pacientes no tratados y más de la mitad de los sobrevivientes no tratados tienen déficits neurológicos graves. Las recaídas posteriores se pueden producir durante los tres primeros meses después de la finalización del tratamiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Johnson RT. Acute encephalitis. *Clin Infect Dis* 1996;23:219-26.
2. Lakeman FD, Whitley RJ. 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.
3. <http://encefalitis.org/herpetica>
4. Leonard H, Goldenberg MD. Longterm suppression of recurrent genital herpes with acyclovir. *Arch Dermatol*. 1993;129:582-7.
5. Ando Y, Kimura H, Miwata H, Kudo T, Shibata M, Morishima T. Quantitative analysis of herpes simplex virus DNA in cerebrospinal fluid of children with herpes simplex encephalitis. *Med Virol*. 1993;41:170-3.
6. Domingues RB, Lakeman FD, Mayo MS, Whitley RJ. Application of competitive PCR to cerebrospinal fluid samples from patients with herpes simplex encephalitis. *J Clin Microbiol*. 1998;36:2229-34.