



## 242/1091 - MENINGITIS DE REPETICIÓN: MENINGITIS DE MOLLARET

L. González Gómez<sup>a</sup>, J. Lecumberri Muñoz<sup>b</sup>, M. Martino Blanco<sup>c</sup>, A. Sánchez Calvo<sup>d</sup>, S. Yebra Delgado<sup>e</sup> y M. Álvarez Calleja<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Calzada. Gijón. Asturias.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Contrueces. Gijón.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón. Asturias.

<sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Cabueñes y Centro de Salud Natahoyo. Gijón.

<sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón. Asturias.

<sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Cabueñes. Centro de Salud El Coto. Gijón. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 49 años con infección de VIH estadio B3, en tratamiento con antirretrovirales, y con antecedentes de tres episodios de meningitis linfocitarias. Consulta por cefalea intensa de 24 horas de evolución, opresiva y holocraneal “en banda”. Acompañada de náuseas, sonofobia y fotofobia. Sin respuesta a analgésicos y con sensación distérmica, fiebre no termometrada. También comenta que hace algunos días inicio con exantema eritemato-vesículo-costroso en región glútea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales conservadas. Rigidez de nuca, a la flexión del cuello. Brudzinski y Kerning negativos. En región glútea izquierda: lesiones compatibles con herpes zoster.

**Juicio clínico:** Meningitis, de etiología a confirmar.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia subaracnoidea.

**Comentario final:** La paciente fue ingresada en el Servicio de Neurología, del hospital de referencia, donde se confirmó un nuevo episodio de meningitis aséptica linfocitaria recurrente (meningitis de Mollaret) mediante el estudio del líquido cefalorraquídeo, obtenido por punción lumbar. La evolución fue favorable con tratamiento conservador y luego de una semana fue dada de alta con aciclovir 800 mg: 5 comprimidos al día, durante 7 días. Al analizar la bibliografía, encontramos que es una forma poco común de meningitis en donde todavía se discute la etiología de su causa, pero se caracteriza por episodios breves y recurrentes de meningitis que alterna con periodos asintomáticos.

### Bibliografía

1. Carmena Carmena J, Macià Soler M, Cremades Mira A, Alcaraz Soriano MJ. Meningitis de Mollaret por virus herpes simple 1. Rev Clin Esp. 2004;204(8):418-9.

**Palabras clave:** Meningitis. Meningitis aséptica. Cefalea.