



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/727 - A PROPÓSITO DE UN CASO: NO ME LLEVAN LAS PERNAS, DOCTORA

A. Berné Palacios

Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años, en tratamiento con Eutirox 112 µg por hipotiroidismo y sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticado de herpes oftálmico hace 2 días en tratamiento con famciclovir 500 mg 1/8h, consulta en Atención Primaria por debilidad de piernas con caída esta tarde y posible pérdida del nivel de consciencia. Cefalea hemicraneal derecha y náuseas. Distermia sin fiebre termometrada. No otra sintomatología acompañante. Se decide remitir a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA 125/76. FC: 95 lpm. T^a 37,9 °C. SatO₂ (basal): 96%. Múltiples lesiones vesiculosas y costrosas en región supraciliar derecha y territorio parietotemporal derecho. Una de ellas, inflamada, con úlcera central y aumento de temperatura local. Edema palpebral superior de ojo derecho que condiciona apertura parcial. No focalidad neurológica. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. Otoscopia normal. ACP: normal. Abdomen anodino. AS (normal): leucocitos 9.500 (7.400 PMN), PCR 0,19. AO y urocultivo: normal. Hemocultivo: normal. Radiografía de tórax: normal. ECG: normal. Punción lumbar (LCR): VVZ. Leucorraquia con proteinorraquia sin consumo de glucosa. El paciente ingresa en planta de Infecciosas, en tratamiento con aciclovir 10 mg/kg cada 8 horas, presentando evolución satisfactoria.

Orientación diagnóstica: Meningoencefalitis aguda. Herpes zóster oftálmico.

Diagnóstico diferencial: Meningitis aguda. Encefalitis aguda. Neuralgia posherpética. Neuropatía motora.

Comentario final: El virus de la varicela zoster es responsable de un amplio espectro de enfermedades neurológicas. El estado inmunológico del paciente afecta el sitio, las vías de diseminación y la presentación clínica de las complicaciones. El involucro simultáneo del cerebro, medula espinal y meninges es raro en general y excepcional con un historial de inmunocompetencia. En series españolas sobre meningitis linfocitaria aguda, el VVZ causa un 20-35% de los casos en los que se alcanza el diagnóstico, pero la mayoría de ellos ocurren durante la primoinfección viral y no en el curso del zóster. No obstante, la sospecha y tratamiento precoz son de vital importancia para conseguir una evolución satisfactoria.

Bibliografía

1. Laguna del Estal, P. Complicaciones del herpes zoster. Emergencias. 2000;12:S19-S28.

2. González Saldaña N, Macías Parra M, Monryo Colín VA, et al. Herpes zoster y encefalitis: reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 2013;XXVII(105).

Palabras clave: VVZ. Meningitis aguda. Herpes oftálmico.