



Meningoencefalitis herpética en paciente con infección por el VIH con buen control inmuno-virológico y en tiempo de pandemia por SARS-CoV-2.

María Rivera Mosquera.

María del Carmen Vázquez Friol.

Hortensia Álvarez Díaz.

20 de junio, 2022.



Caso clínico: varón 39 años

- No AMC.
- Fumador tabaco y cannabis.
- Síncopes vasovagales previos.
- Infección crónica por el VIH (diagnóstico en julio/2020).
 - Estadio A2 de la categoría CDC-1993.
 - Genotipo subtipo no B (F1).
 - Nadir de linfocitos T CD4+ 495 céls/ μ L.
 - *Zenit* de RNA de VIH en plasma 45.074 cp/mL.
 - En tratamiento con bicitgravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida.

**Buen control inmonoviológico actual

- Linfocitos T CD4+ 862 céls/ μ L.
- RNA de VIH en plasma <20 cp/mL.

➔ Acude a Urgencias el 24 de mayo de 2021.

Caso clínico. Cronopatograma

2º dosis vacuna COVID



Cuadro pseudogripal

FIEBRE

CEFALEA y malestar general.

Bradipsiquia, aplanamiento afectivo.

Rigidez de nuca.

INGRESO
Inicio de tratamiento con:
· Aciclovir 10 mg/kg/ 8h iv (14 días).
· Levetiracetam 500mg/12h.



Caso clínico. Estudios complementarios

URGENCIAS

- Análisis: Na 126 mEq/L; K 3.3 mEq/L; Lactato 2,2 mmol/L.
- Análisis orina: THC positivo.
- RX tórax normal.
- ECG normal.
- PCR SARS-CoV-2 negativa.

- Estudio LCR {
 - Aspecto macroscópico normal.
 - Glucosa 71 mg/dL.
 - Proteínas 73,9 mg/dL.
 - 370 células/ μ l (99% mononucleares).

- TC craneal normal.



Caso clínico. Estudios complementarios

PLANTA

- Cultivo LCR negativo.
- PCR en LCR positiva para VHS tipo 1.
- EEG: sufrimiento encefálico difuso en hemisferio derecho a nivel de derivaciones temporales.

Caso clínico. Estudios complementarios

PLANTA

■ RM CEREBRAL:

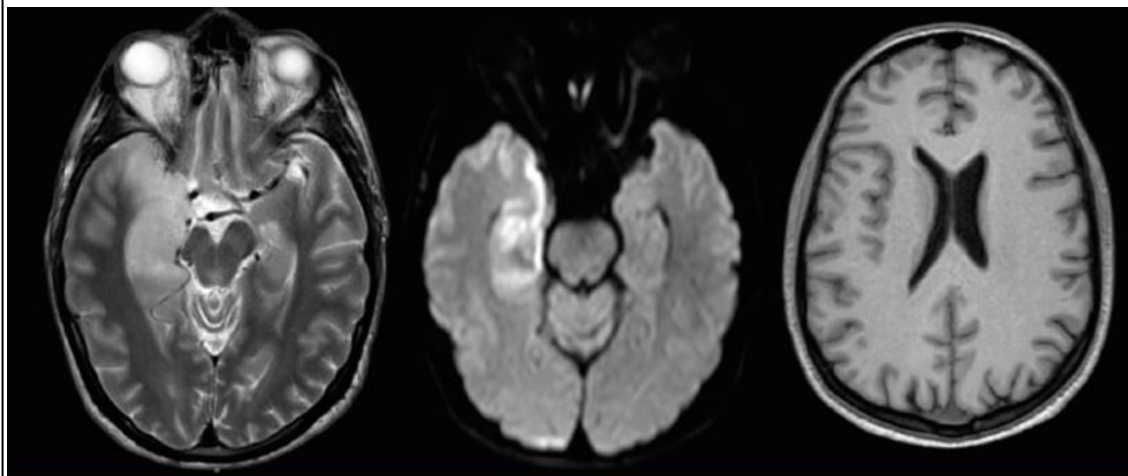


Figura 12.1. RM cerebral en el momento del diagnóstico de encefalitis herpética.

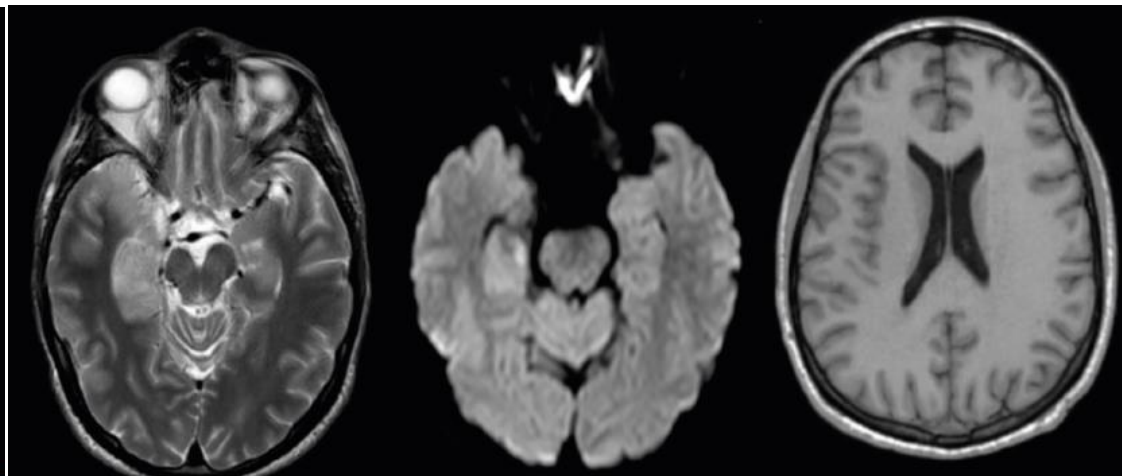


Figura 12.2. RM cerebral a los 10 días de tratamiento con aciclovir.



Encefalitis herpética

EPIDEMIOLOGÍA

- La encefalitis herpética es la causa más frecuente de encefalitis aguda en los países occidentales.
- 2,2 casos por 1.000.000 hab/año.
- Mortalidad elevada (hasta el 20% a pesar de tratamiento).
- El VHS tipo 1 es el agente causal en el 90% de los casos.

CLÍNICA

- Fiebre.
- Disminución del nivel de consciencia.
- Focalidad neurológica y/o alteraciones del comportamiento.
- Puede persistir déficits neurológicos, epilepsia y deterioro cognitivo residual.



Encefalitis herpética

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y DIAGNÓSTICO

- LCR: pleocitosis linfocitaria e hiperproteínoorraquia.
- EEG: alterado en un 80%.
- TAC: 50% sensibilidade en etapas tempranas.
- Estudio de elección: RM cerebral.
- *Gold estándar*: PCR de VHS en LCR (S 98% y E 99%).



Meningoencefalitis aséptica. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Etioloxía infecciosa:
 - Virales: enterovirus, primoinfección por VIH, outros herpesvirus...
 - Bacterianas: *Mycobacterium tuberculosis*, Borrelia, neurosífilis...
 - Fúngicas.
- Etioloxía farmacolóxica:
 - Cotrimoxazol.
 - Antiinflamatorios no esteroideos.
- Etioloxía tumoral: linfomas...
- Autoinmune:
 - LES, Sarcoidosis...
 - **Encefalitis autoinmune postvacunal.**



updates

Diagnosing herpes simplex-1 encephalitis at the time of COVID-19 pandemic

Carlo Lovati¹ · Maurizio Osio¹ · Leonardo Pantoni^{1,2} 

Received: 19 April 2020 / Accepted: 7 May 2020 / Published online: 13 May 2020

© Fondazione Società Italiana di Neurologia 2020

Abstract

Case report We describe the case of a 73-year-old woman who was diagnosed with herpes simplex virus-1 encephalitis during the COVID-19 pandemic. The diagnosis was somehow delayed because relatives were initially cautious in bringing the patient to the hospital and, here, the work-up focus was on coronavirus-related aspects as the patient was initially reputed to be infected with COVID-19.

Conclusions During the current viral outbreak, physicians should not neglect the possibility of other diseases that represent neurological emergencies and require immediate recognition and treatment.



Meningoencefalitis herpética. PUNTOS CLAVE

- La meningoencefalitis herpética debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cuadros de deterioro neurológico agudo en pacientes con infección por el VIH con buen control inmuno-virológico.
- La PCR de VHS en LCR es el *gold standard* para establecer el diagnóstico.
- El tratamiento con aciclovir intravenoso es la terapia de primera línea.
- La pandemia por SARS-CoV-2 y los efectos secundarios derivados de la vacuna frente a SARS-CoV-2, podrían condicionar un retraso en el diagnóstico de esta entidad.



Referencias bibliográficas

1. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(9):795–807.
2. Hjalmarsson A, Blomqvist P, Sköldenberg B. Herpes simplex encephalitis in Sweden, 1990-2001: incidence, morbidity, and mortality. *Clin Infect Dis*. 2007;45(7):875–80.
3. Fica A, Pérez C, Reyes P, Gallardo S, Calvo X, Salinas AM. [Herpetic encephalitis: case series of 15 patients confirmed by polymerase chain reaction]. *Rev Chil Infectolog*. 2005;22(1):38–46.
4. Tyler KL. Herpes simplex virus infections of the central nervous system: encephalitis and meningitis, including Mollaret's. *Herpes J IHMF*. 2004;11 Suppl 2:57A-64A.
5. Levitz RE. Herpes simplex encephalitis: a review. *Heart Lung J Crit Care*. 1998;27(3):209–12.
6. Zuhorn F, Graf T, Klingebiel R, Schäbitz W-R, Rogalewski A. Postvaccinal Encephalitis after ChAdOx1 nCov-19. *Ann Neurol*. 2021;90(3):506–11.
7. Lovati C, Osio M, Pantoni L. Diagnosing herpes simplex-1 encephalitis at the time of COVID-19 pandemic. *Neurol Sci*. 2020;41(6):1361–4.

Gracias