



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Vial U., Felipe; González T-K., Sofía; López G., Mirta Javiera

Caso clínico de una meningitis por reactivación del virus varicela zóster en un paciente
inmunocompetente

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 51, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 198-200

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331528811006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Caso clínico de una meningitis por reactivación del virus varicela zóster en un paciente inmunocompetente

Case report of an immunocompetent patient with reactivation of varicella zoster as meningitis

Felipe Vial U.¹, Sofía González T-K.¹ y Mirta Javiera López G.²

This is a case report about a 15-year-old boy with no other previous medical history than chicken pox. His symptoms were headache, fever and a rash with vesicles in the dermatome that corresponds to T8. He was diagnosed with meningitis by the varicella-zoster virus. The information in the literature is scarce and shows that reactivation of the varicella-zoster virus as meningitis is rare and generally affects immunodeficient patients; however, there are some case reports similar to this case in which the varicella-zoster virus is the agent involved, so it should also be considered in immunocompetent patients diagnosed with meningitis.

Key words: Meningitis, varicella-zoster.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (3): 198-200

Introducción

La varicela es considerada una enfermedad benigna de la infancia. Es producida por el virus Varicela Zóster (VZ), se transmite vía aérea o por contacto directo con lesiones. Existen indicadores que permiten establecer que el 90% de la población ha adquirido la infección antes de los 10 años de edad¹. Posterior a una primoinfección por VZ el virus queda latente en los ganglios sensitivos dorsales, pudiendo reactivarse años después en forma de Herpes Zóster (HZ)². Se ha visto que el virus se mantiene latente en la medida en que hay una buena función de la inmunidad celular, en particular de los linfocitos T. Es por esto que la reactivación como HZ ocurre en general alrededor

de los 50 años, con una incidencia de 3 casos por 1.000 personas año, lo cual aumenta con la edad, probablemente en relación con una disminución de la efectividad de la respuesta inmune celular³. Otras formas de reactivación como encefalitis, meningitis y mielitis están descritas pero en pacientes inmunocomprometidos^{4,5}. En este reporte presentamos un caso de reactivación de infección por virus VZ en forma de meningitis en un paciente inmunocompetente de 15 años.

Caso clínico

Paciente de 15 años sano, con antecedente de haber tenido varicela. Presenta cuadro de 6 días de evolución de cefalea holocránea de predominio

Recibido: 11/07/2013

Aceptado: 28/08/2013

En el presente trabajo no existen conflictos de interés.

¹ Residentes de Neurología Universidad Del Desarrollo-Clínica Alemana.

² Neuróloga Clínica Alemana de Santiago.

izquierdo, de moderada intensidad, que se asocia a fotofobia, náuseas, sin vómitos. Sin lesiones asociadas notadas por el paciente. Al 6º día se agrega fiebre objetivada en 38°C y su madre decide consultar a médico.

En el servicio de urgencia se describe paciente afebril, normotensor, con cefalea moderada. Al examen segmentario destaca una lesión cutánea de 5 x 10 cm, de base eritematosa con vesículas sobre ella, costrosas, en distribución del dermatoma T8 derecho. Al examen neurológico el paciente se encuentra vigil, orientado en tiempo y espacio, atento, lenguaje sin alteración. Sin compromiso de pares craneanos, sin déficit motor, respuestas plantares flexoras, sin déficit sensitivo. Examen cerebeloso normal. Se encuentra una leve rigidez de nuca, con signos de Kernig y Brudzinski negativos. Marcha sin alteraciones. Se plantea diagnóstico de meningitis viral posiblemente por virus VZ. Se inicia tratamiento con Aciclovir endovenoso 10 mg/kg cada 8 h. Se realiza punción lumbar que muestra 320 células, de predominio linfocítico (99% de linfocitos). Proteínas y glucosa dentro de rangos normales. Se realiza PCR para VZ en líquido cefalorraquídeo, que resulta positivo. Estudio PCR para herpes simplex 1 y 2, enterovirus, resultaron negativos. Test de Tzanck de la lesión fue positiva. Desde el punto de vista inmunológico, se pide prueba de VIH, la cual es negativa. Cuantificación de inmunoglobulinas dentro de rangos normales. El paciente evoluciona estable, con disminución de la cefalea hasta su remisión. Se mantuvo tratamiento con Aciclovir endovenoso por 7 días, dándose de alta asintomática. Al control al mes y a los 3 meses, el paciente se mantenía asintomático.

Comentario

El paciente presenta una meningitis por virus VZ en el contexto de reactivación de este virus como HZ, diagnóstico que se demuestra por la presencia del virus en líquido cefalorraquídeo en concomitancia con lesiones típicas de HZ.

La reactivación del virus Varicela Zóster se da

en general en pacientes de edad o con compromiso de sistema inmune⁶. Más infrecuente ocurre la reactivación como forma de meningitis. En este paciente tanto la historia como los exámenes de laboratorio no fueron sugerentes de que existiera una inmunosupresión. Aunque es raro, existen en la literatura reportes de casos similares. Spiegel et al, describe 4 casos de niños entre 2 y 14 años con demostración del virus en LCR que presentaron meningitis no complicada y meningoencefalitis con secuelas⁷. Sin embargo, en estos casos no se encontraron lesiones típicas de HZ. Mogensen et al, describe un caso en un paciente de 27 años con historia de cefalea, fiebre y el antecedente de aparición de lesiones vesículo-eritematosas al lado derecho del tórax, 3 semanas antes, en quien se demostró la presencia del virus en LCR². En un estudio hecho por el *California Encephalitis Project* (CEP) en que se revisaron muestras de LCR de 4.290 pacientes, que fueron derivados por sospecha de infección en sistema nervioso central, entre el año 1998 y 2009, 26 pacientes fueron positivos para VZ. El análisis retrospectivo de estos pacientes describió que el 50% se presentó como meningitis, 42% como encefalitis, 8% como ADEM. De todos estos casos, el 42% presentó en forma concomitante HZ⁸. Otro estudio describe a 27 pacientes con lesiones características de HZ y clínica de meningitis o radiculitis en quienes se tomó muestra de LCR encontrándose PCR positivo para virus VZ en el 44% de los casos⁸.

En cuanto al tratamiento, en el caso del HZ existe evidencia de que el uso de aciclovir oral iniciado en las primeras 72 h, reduciría la duración y severidad de la neuralgia post herpética⁹. Ésta es además la droga de elección en la encefalitis herpética². Por lo anterior, en el caso de este paciente se decidió usarlo pese a que su uso en meningitis por VZ sólo se encuentra respaldado por algunos reportes de casos.

En conclusión, el virus VZ puede manifestarse como una meningitis en su reactivación y es un diagnóstico que se debe tener presente en pacientes con HZ que presenten cefalea y/o signos meníngeos; independientes de su estado inmunológico.

Resumen

En este reporte presentamos el caso de un niño de 15 años sin antecedentes mórbidos, que consulta por un cuadro de cefalea febril, erupción cutánea de características herpéticas en tórax, en quien finalmente se confirma el diagnóstico de meningitis por varicela zóster. La literatura nos muestra que la reactivación del virus varicela zóster en forma de meningitis es rara y en general afecta a la población inmunocomprometida, sin embargo, existen algunos reportes de casos similares al que se presenta, por lo que se debiese considerar como germen causal de meningitis, en la población inmunocompetente.

Palabras clave: Meningitis, Varicela Zóster, Herpes Zóster, primo-infección.

Referencias bibliográficas

1. Abarca K, Hirsch T, Potin M, Perret C, Zamorano L, González C, et al. Varicella complications requiring hospitalization in four hospitals in Santiago, Chile: clinical spectrum and estimation of direct costs. Rev Med Chile 2001; 129 (4): 397-404.
2. Gilden DH, Kleinschmidt-DeMasters BK, La Guardia JJ, Mahalingam R, Cohrs RJ. Neurologic complications of the reactivation of varicella-zoster virus. New Eng J Med 2000; 342 (14): 635-45.
3. Gershon AA, Gershon MD, Breuer J, Levin MJ, Oaklander AL, Griffiths PD. Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. J Clin Virol 2010; 48 (Suppl 1): S2-7.
4. Mogensen TH, Larsen CS. Aseptic meningitis caused by reactivation of varicella-zoster virus in two immunocompetent patients. Scand J Infect Dis 2006; 38 (9): 815-8.
5. Gnann JW Jr. Varicella-zoster virus: atypical presentations and unusual complications. J Infect Dis 2002; 186 (Suppl 1): S91-8.
6. Steiner I, Kennedy PGE, Pachner AR. The neurotropic herpes viruses: herpes simplex and varicella-zoster. Lancet Neurol 2007; 6 (11): 1015-28.
7. Spiegel R, Miron D, Lumelsky D, Horovitz Y. Severe meningoencephalitis due to late reactivation of Varicella-Zoster virus in an immunocompetent child. J Child Neurol 2010; 25 (1): 87-90.
8. Gregoire SM, van Pesch V, Goffette S, Peeters A, Sindic CJ. Polymerase chain reaction analysis and oligoclonal antibody in the cerebrospinal fluid from 34 patients with varicella-zoster virus infection of the nervous system. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77 (8): 938-42.
9. Huff JC, Bean B, Balfour HH Jr, Laskin OL, Connor JD, Corey L, et al. Therapy of herpes zoster with oral acyclovir. Am J Med 1988; 85: 84-9.

Correspondencia:

Felipe Vial U.
 Servicio de Neurología Clínica Alemana de
 Santiago (CAS)-Universidad del Desarrollo
 (UDD) Santiago, Chile.
 Teléfono: 979789807
 E-mail: felipevial_u@hotmail.com