Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):221

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-161. - MENINGITIS POR VIRUS HERPES SIMPLEX TIPO 2 EN ADULTOS: PRESENTACIÓN, RECIDIVA Y PAUTAS DE TRATAMIENTO

B. Machado[1], S. Blanco[2], J. Montes[1], M. Estévez[1], V. Rodil[1], J. L.Otero[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Microbiología. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: El virus herpes simplex tipo 2 (VHS2) causa la mayoría de meningitis linfocitarias primarias y recurrentes. Sin embargo, su tratamiento no está bien definido. En este estudio se revisan las manifestaciones clínicas de dicha infección y su manejo diagnóstico y terapéutico en nuestro centro.

Métodos: En este estudio observacional retrospectivo, se analizan todos los casos de meningitis por VHS2, confirmada mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo (LCR) en pacientes adultos atendidos en nuestro centro entre enero/2009-enero/2013.

Resultados: Se excluyeron 2 pacientes con edad 15 años. El presente estudio describe los hallazgos en 9 pacientes, cuyas manifestaciones clínico-analíticas se muestran en la tabla. Todos ellos acudieron al hospital en un plazo 72 horas del inicio de síntomas. En todos se efectuó un diagnóstico inicial de meningitis linfocitaria de presumible origen viral. Siete pacientes recibieron aciclovir iv y 2 ingresaron para observación, sin tratamiento. La confirmación virológica se obtuvo por PCR para VHS 2 en una 2ª muestra de LCR. Un paciente presentaba infección por VIH con CD4 de 259 células/ul. Ningún paciente había presentado traumatismos craneoencefálicos. Uno de ellos había presentado 27, 25 y 6 años antes episodios de posibles meningitis. Todos los pacientes fueron dados de alta asintomáticos, incluyendo los no tratados, tras una media de 10 días (rango 5-16) de hospitalización. La duración de la terapia antiviral iv fue variable entre 5 -17 días (mediana: 12), así como la dosis administrada, entre 1 g y 2,4 g/día (mediana:1, 5 g/día). En 4 pacientes se continuó tratamiento oral durante 7-10 días más. Dos pacientes reingresaron 2 años después, demostrándose en uno de ellos recidiva por VHS2 mediante PCR. Ambos habían sido tratados en su ingreso previo, aunque en la recidiva sólo 1 de ellos fue tratado de nuevo con aciclovir iv (2,1 g durante 10 días). Tras 5 meses de seguimiento continúa asintomático.

Tabla (A-161). Características clínicas

Edad (media ± DE)	35 ± 17
Sexo (hombres)	5 (55,5%)

Células LCR (mediana)	611 cel.
Lesiones genitales	3 (33%)
Cefalea y/o cervicalgia	9 (100%)
Fiebre	6 (66%)
Rigidez de nuca	2 (22%)

Discusión: En sólo un tercio de casos de nuestros pacientes hubo lesiones genitales concomitantes. En 2 pacientes se produjeron posibles meningitis recurrentes, con confirmación virológica en uno de ellos. Actualmente el VHS2 es considerado el principal agente etiológico de meningitis linfocitarias recidivantes (antiguo síndrome de Mollaret, Davis et al. Arch Neurol. 2010;67:759-60). Se destaca en la literatura, al igual que en nuestros pacientes, la ausencia de una terapia estandarizada (Landry et al. Am J Med. 2009;122.688-91).

Conclusiones: La meningitis por VHS2 se presenta en la mayoría de casos sin historia de úlceras genitales. Es preciso considerarla en el caso de meningitis recurrentes. El tratamiento de la entidad no está bien establecido.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.