



ACCESO ABIERTO

RETOS DIAGNÓSTICOS Y CLÍNICOS EN MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER

Josefina Depetrini ⁽¹⁾, Macarena Besteiro ⁽¹⁾⁽¹⁾ Residente de clínica médica

Sanatorio Parque - Bv. Oroño 870 (2000) Rosario, Argentina

Correspondencia a: josedepetrini@gmail.com

Fecha de publicación: 06/05/2025

Citación sugerida: Depetrini J y col. Retos diagnósticos y clínicos en meningoencefalitis por virus varicela zóster. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2025;32. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/32/retos-diagnosticos-y.pdf>.
ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s2796762x/5kgvaatmp>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo use, lo distribuya y lo adapte, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, debe distribuirlo con la misma licencia.

Resumen

Introducción: El siguiente artículo describe la forma de presentación más frecuentemente observada, los métodos diagnósticos utilizados, las complicaciones asociadas al tratamiento y factores de riesgo que se han observado en pacientes que desarrollaron meningoencefalitis por virus varicela zóster.

Objetivos: Difundir información acerca de una enfermedad potencialmente tratable cuya sospecha diagnóstica suele ser baja.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en que se incluyeron 11 historias clínicas de pacientes internados en el Sanatorio Parque desde enero de 2020 a agosto de 2024 diagnosticados con meningoencefalitis por virus varicela zóster mediante métodos moleculares.

Resultados: El 27 % de los pacientes presentaban una causa de inmunosupresión subyacente. De estos, el 66 % de los pacientes con trasplante de órgano sólido. La resonancia magnética no aportó ninguna herramienta a la hora de arribar al diagnóstico. El 91 % de los pacientes fueron diagnosticados mediante el método de Filmarray.

Conclusión: No se debe esperar la presencia de le-

DIAGNOSTIC AND CLINICAL CHALLENGES IN VARICELLA-ZOSTER VIRUS MENINGOENCEPHALITIS

Abstract

Introduction: The following article describes the most frequently observed presentation, diagnostic methods used, complications associated with treatment, and risk factors observed in patients who developed meningoencephalitis due to varicella-zoster virus.

Objectives: To share information about a potentially treatable disease for which diagnostic suspicion is often low.

Material and Methods: A retrospective, observational, and descriptive study was conducted; 11 medical records of patients admitted to Sanatorio Parque from January 2020 to August 2024 diagnosed with varicella zoster virus meningoencephalitis by molecular methods were included

Results: 27% of patients had an underlying cause of immunosuppression, with 66% of these being patients with solid organ transplants. The magnetic resonance imaging did not provide any tool to reach the diagnosis. Ninety-one percent of the patients



siones en piel o de cambios en la resonancia magnética para instaurar el tratamiento.

Palabras clave: Meningoencefalitis, varicela zóster, diagnóstico, inmunosupresión.

were diagnosed using the FilmArray method.

Conclusion: The presence of skin lesions or MRI changes should not be awaited to start treatment.

Keywords: Meningoencephalitis; varicella-zoster; diagnosis; immunosuppression.

Introducción:

Los virus de la familia Herpesviridae, particularmente los virus herpes simple tipo 1 y 2 y el virus varicela zóster (VVZ), son responsables de numerosas infecciones del sistema nervioso central. Esto se debe en gran parte a su capacidad de establecer una infección latente durante la vida del huésped humano en el sistema nervioso periférico y en los ganglios de la raíz dorsal.

El VVZ es el de menor incidencia. Esto sumado a su presentación inespecífica y falta de disponibilidad de pruebas llevan a que el diagnóstico requiera un alto índice de sospecha. Los síntomas neurológicos aislados que se presentan sin erupción pueden pasarse por alto fácilmente una vez que se descarta la meningitis por virus herpes simple y pueden dar lugar a la interrupción prematura de los antivirales.

Objetivos:

Difundir información acerca de esta patología para aumentar su sospecha diagnóstica.

Optimizar la utilización de métodos específicos para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Detallar efectos adversos secundarios al tratamiento y complicaciones en relación a la infección.

Revisar cuáles son las situaciones de inmunosupresión más relacionadas al desarrollo de la enfermedad.

Analizar cuál es la forma de presentación más frecuente.

Material o población y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se incluyeron 11 historias clínicas de pacientes internados en el Sanatorio Parque desde enero de 2020 a agosto de 2024 diagnosticados con meningoencefalitis por VVZ mediante métodos moleculares. Las muestras obtenidas fueron de líquido cefalorraquídeo, a través de la técnica de punción lumbar.

Resultados:

El 73 % de los pacientes analizados fueron hombres. El

rango etario se encontró entre los 18 y 72 años. La principal manifestación clínica fue la cefalea de gran intensidad que no cedía con analgésicos comunes y con menor frecuencia la focalización y convulsiones. El 45 % de los pacientes presentó manifestaciones cutáneas. La duración de los síntomas antes del ingreso fue de 5 días en promedio, con una mediana y moda de 7 días.

El 91 % de los pacientes fueron diagnosticados mediante técnica de Filmarray. La mortalidad fue del 18 %. La resonancia magnética no resultó un método diagnóstico sensible, ya que no se vieron alteraciones en ninguno de los pacientes.

El 27 % de los pacientes analizados presentaron una causa de inmunosupresión subyacente (18 % trasplante renal, 9 % cáncer activo). En promedio, el tiempo de internación fue de 7,6 días.

La principal complicación fue la aparición de falla renal aguda (54 %); en promedio, luego de 3 días de tratamiento con aciclovir endovenoso. La complicación más grave fue el deterioro del sensorio con necesidad de intubación orotraqueal, en el 18 % de los pacientes.

Discusión:

El VVZ es un virus neurotrópico perteneciente a la familia herpesvirus. Causa una enfermedad exantemática infantil de curso benigno y autolimitado en la mayoría de los casos, denominada varicela. Tras la primoinfección, el virus puede permanecer latente en los ganglios dorsales y craneales y reactivarse generando una erupción vesicular acompañada de dolor neurítico de distribución dermatomérica llamado zóster. Esta reactivación también puede implicar manifestaciones neurológicas (meningitis, encefalitis, parálisis de los nervios craneales, vasculopatía), cuya incidencia aumenta con la edad y el descenso de la inmunidad celular, siendo poco común en inmunocompetentes.

El exantema del zóster suele acompañar a la enfermedad neurológica, excepto en pacientes inmunodeprimidos en los que suele estar ausente. Sin embargo, se han descrito casos de meningitis por VVZ en immuno-



competentes, sin exantema, ya que se cree que el virus reactivado podría circular directamente al sistema nervioso central (SNC), sin viajar a la epidermis.

Desde el punto de vista clínico la meningoencefalitis por VVZ puede presentarse con cefalea intensa, vómitos, fiebre, alteración del sensorio, focalidad neurológica, convulsiones, entre otros. Al ser las manifestaciones clínicas inespecíficas y estar presentes en otras causas de encefalitis obliga al personal de salud a considerar la meningoencefalitis por varicela zóster como diagnóstico diferencial.

Las características del líquido cefalorraquídeo en la meningitis por VVZ son indistinguibles de otras meningitis virales, pero ha sido descrita la hipogluorraquia en casos de meningitis por este virus en niños y adultos inmunocompetentes. La prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) para VVZ en líquido cefalorraquídeo, con o sin exantema, es esencial en el diagnóstico. Sin embargo, la introducción de nuevos métodos moleculares como el Panel Meningitis/Encefalitis FilmArray facilitó el arribo a un diagnóstico más certero. Este último es un sistema automatizado con técnica de PCR-múltiple, que mediante una única muestra permite la identificación de los 14 patógenos más frecuentes implicados en esta patología. La muestra debe ser obtenida

a través de una punción lumbar que, a pesar de considerarse una técnica mínimamente invasiva, requiere de cierta destreza y entrenamiento por parte del operador. Además, solo los centros de alta complejidad tienen acceso rápido a estos nuevos métodos moleculares, y su alto costo puede significar un problema para el sistema de salud. En general, no se observan alteraciones imagenológicas en las infecciones del sistema nervioso central por VVZ.

El tratamiento de elección es el aciclovir durante 10-14 días para encefalitis VVZ en pacientes inmunosuprimidos y 7 días para pacientes inmunocompetentes. Se ha descrito una mortalidad del 9-20 %, pudiendo evolucionar con secuelas leves a severas en un 15 %.¹⁻⁴

Conclusiones:

No se debe esperar la presencia de lesiones en piel o de cambios en la resonancia magnética para instaurar el tratamiento. A pesar de la terapéutica con aciclovir la mortalidad fue de un 18 %, estando el pronóstico de la enfermedad principalmente ligado al estado de inmunocompromiso.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Oliveira K, Fonseca J, Moreira D, y col. Meningitis causada por el virus varicela-zóster en un niño inmunocompetente. *Neurología*. 2018;33:623-624. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.06.011>.
2. Khaliq MF, Kochar T, John M. Varicella zoster meningitis: an atypical case of zoster reactivation in immunocompetent young adult. *BMJ Case Rep*. 2018;1:1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223257>.
3. Mensa Pueyo Marco Reverte JF. Infecciones del sistema nervioso central. En: Ferreras P, Rozman C, editores. *Medicina Interna*. 18a ed. España: Elsevier; 2016. p. 1347-1356.
4. García Moncó Y. Infecciones causadas por los virus del Herpes Simple y de la Varicela Zóster. En: Ferreras P, Rozman C, editores. *Medicina Interna*. 18a ed. España: Elsevier; 2016. p. 2313-2315.