

Crisis tónico clónica en paciente con varicela

AUTORES: Cestero, C (1); Flores, C (2); Chico, P (3); Barranca, M (4); Risco, JC (5); Dorado, MA (6).

CENTRO DE TRABAJO:

1. Médico Interno Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. 2. Médico Interno Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. 3. Médico Interno Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. 4. Médico Interno Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. 5. Médico de Familia. Área de Salud Don Benito. 6. Médico de Familia. Centro de Salud Jerez de los Caballeros. Jerez de los Caballeros

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente mujer de 32 años de edad, con antecedentes de Mononucleosis Infecciosa con hepatoesplenomegalia en 2007, asma bronquial y síndrome ansioso depresivo, que acude a urgencias traída por 112 por episodio de mareo asociado a visión borrosa al levantarse de la cama, seguida de pérdida de consciencia con hipotonía primero y crisis tónico-clónica generalizada después, con mordedura de lengua sin relajación de esfínteres y recuperación ad integrum y posteriormente marcha atáxica. Tras la llegada del 112 nuevo episodio de pérdida de conciencia con hipotensión (92/49) que remonta tras la administración de sueroterapia. A su llegada al hospital se administra Levetiracetan y Aciclovir. Además, nos explican los familiares que desde hace 48h refiere fiebre de hasta 39°C con posterior aparición de exantema maculopapuloso. No otros síntomas en el momento actual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

A la exploración física presenta mal estado general, palidez mucocutánea y exantema papuloso en cielo estrellado. TA: 120/74 mm Hg; FC 75 Lpm; SatO₂ 94% y T^a 37.8°C. Marcha atáxica, Romberg positivo, disimetría mano- nariz. Resto de la exploración normal.

Las analíticas muestran 14900 leucocitos, 80.6% de Neutrófilos, 142000 plaquetas, TP 55%, TTPa 48.5 seg, VVZ positivo, siendo resto normal.

La Rx tórax y el TAC de cráneo fueron normales.

El EEG muestra patrón compatible con crisis parcial (focalidad temporal).

La PL muestra proteinorraquia y linfocitosis en LCR.

JUICIO CLÍNICO: Meningoencefalitis varicelosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Sepsis varicelosa.

COMENTARIO FINAL y CONCLUSIONES:

Tras los resultados, cursa en la Unidad de Patología Infecciosa, donde es tratada con Aciclovir y Metilprednisolona, mejorando la paciente y siendo dada de alta cinco días después, con paso de tratamiento a vía oral para completar tratamiento de forma domiciliaria.

La meningoencefalitis varicelosa es una complicación de la varicela rara que se caracteriza por ataxia, fiebre elevada y focalidad del lóbulo temporal, así como distintos grados de disminución de consciencia. EL TAC puede mostrar datos de hipodensidades a nivel temporal (no es el caso) y en el EEG se confirma con alteraciones del lóbulo temporal. El tratamiento es empírico y consiste en aciclovir a 10 mg/kg/8h durante 7 días asociado a tratamiento de sostén.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Betts RF, Chapman SW, Penn RL, Reese and Betts. A Practical Approach to Infectious Diseases, 5ª ed. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins, 2003.
2. Lo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo L (eds.). Principios de Medicina Interna Harrison. 18 ed. Parte 8. Enfermedades Infecciosas. México. Mc Graw-Hill, 2012.
3. Mandell LG, Bennett JE, Dolin R (Eds). Mandell, Douglas y Bennet Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica, 7ª ed. Elsevier España, 2011. 8ª ed. en inglés (2014).
4. Rozman C, Cardellach López F (Eds). Farreras-Rozman Medicina Interna. 17ª ed. Elsevier, España, 2012.

