



## Fiebre e impotencia funcional en lactante de cinco meses: cuando las cosas no son lo que parecen

P. Magariño Noguera<sup>a</sup>, S. Guillén Martín<sup>b</sup>, J. L. de Unzueta Roch<sup>c</sup>, A. Serrano González<sup>d</sup>

Publicado en Internet:  
13-julio-2015

Paula Magariño Noguera:  
paulamagarino@gmail.com

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. España • <sup>b</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. España • <sup>c</sup>Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid. España • <sup>d</sup>Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid. España.

### Palabras clave:

- Encefalitis
- Virus del herpes simple
- Lactante
- Aciclovir
- Inmunodeficiencias
- Prevención y control

### Resumen

Lactante de cinco meses traído al Servicio de Urgencias por fiebre e impotencia funcional del miembro superior izquierdo. Tras las pruebas complementarias correspondientes, es diagnosticado de encefalitis herpética. El texto repasa las novedades en cuanto al tratamiento, la necesidad de profilaxis y la inmunodeficiencia específica.

### Key words:

- Encephalitis
- Herpes simplex virus
- Breastfed baby
- Acyclovir
- Immunologic deficiency syndromes
- Prevention and control

### Abstract

### Fever and functional impotence in a five-month-old infant: when things are not what they seem

A five-month-old infant brought to the Emergency Room due to fever and functional impotence of the left arm. After various additional tests, the infant is diagnosed with herpes simplex encephalitis. The article reviews recent developments regarding herpes simplex encephalitis treatment, the need for prophylaxis and the infant's immunodeficiency.

## INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de un lactante varón de cinco meses de vida que consulta en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario por fiebre de 48 horas de evolución, junto con impotencia funcional de miembro superior izquierdo.

## CASO CLÍNICO

Ante la sospecha de una infección osteoarticular, se extraen hemograma (leucocitos 8740/ $\mu$ l, neutrófilos 5310/ $\mu$ l, linfocitos 2580/ $\mu$ l) y bioquímica (proteína C reactiva [PrCR] 2,9 mg/l y procalcitonina 0,09 ng/ml) y hemocultivo. La radiografía de hombro y antebrazo izquierdo no muestran lesiones óseas. Ingresa y se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y cloxacilina.

**Cómo citar este artículo:** Magariño Noguera P, Guillén Martín S, de Unzueta Roch JL, Serrano González A. Fiebre e impotencia funcional en lactante de cinco meses: cuando las cosas no son lo que parecen. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e201-e203.

Durante el ingreso, se repiten hemograma y bioquímica, que no muestra cambios, y se realiza gammagrafía ósea, que es normal. A las 24 horas, se objetiva paresia de miembro inferior izquierdo, motivo por el que se realiza una resonancia magnética craneal en la que se aprecian múltiples áreas de restricción que afectan ambos hemisferios, de localización corticosubcorticales, parietales bilaterales, occipitales, lóbulo temporal izquierdo extenso y menos el lado derecho, junto con alteraciones en ambos tálamos y rodilla posterior de cuerpo calloso, siendo estos cambios compatibles con meningoencefalitis.

La punción lumbar pone de manifiesto pleocitosis (260 células/ $\mu$ l) de predominio mononuclear (81% monocitos), 10 eritrocitos/ $\mu$ l, proteínas 66 mg/dl y glucosa 64 mg/dl. La reacción de la cadena de polimerasa (PCR) para virus herpes simple (VHS) resulta positiva y tanto el hemocultivo al ingreso como el líquido cefalorraquídeo (LCR) son estériles.

## DISCUSIÓN

La incidencia de la encefalitis herpética varía entre los uno a cuatro casos/100 000 habitantes/año<sup>1</sup> con una distribución binomial. Un tercio de los casos aparecen por debajo de los 20 años, fundamentalmente por primoinfección, y un 50% por encima de los 50 años por reactivación. El serotipo más prevalente en este cuadro es el VHS tipo 1, a diferencia de los neonatos que es el tipo 2.

Las pruebas de imagen, la serología y el citoquímico del LCR sirven para orientar el diagnóstico. La prueba de elección es la PCR para VHS en el LCR, cuya sensibilidad y especificidad es mayor al 95%<sup>2</sup>. Hasta en el 10% de los casos de encefalitis herpética el LCR será normal.

Recientemente han surgido novedades respecto al tratamiento de esta entidad. La Academia Americana de Pediatría recomienda aciclovir intravenoso a dosis de 20 mg/kg/dosis cada ocho horas en menores de 12 años<sup>3</sup>, en pacientes con 12 años o edad superior las dosis recomendadas varían entre 10 y 30 mg/kg/dosis cada ocho horas, no existiendo consenso. En cuanto la duración del tratamiento intravenoso, es recomendable completar 21 días en

menores de 12 años e inmunodeprimidos, dado el alto índice de recidivas. En el resto de los casos, se deben completar 14 días y realizar nueva PCR en LCR para VHS, pudiéndose suspender el tratamiento intravenoso si esta es negativa. En todos los casos, antes de la retirada del tratamiento intravenoso, es necesario repetir la PCR para VHS, siendo preceptivo la continuación del mismo si continúa siendo positiva<sup>2</sup>.

La profilaxis secundaria para prevenir la recidiva está aceptada en neonatos, aunque fuera de este periodo es controvertida. La dosis aceptada son 300 mg/m<sup>2</sup>/dosis vía oral cada 8 horas durante seis meses<sup>4</sup>.

No existe consenso sobre la necesidad de estudiar la inmunodeficiencia específica que puede condicionar la infección por VHS. Lo que está claro es que deficiencias en la producción de interferón por alteración de las proteínas TLR3, TRIF, TRAF3 o UNC93B1 facilitan este tipo de infecciones. En muchas ocasiones, estas anomalías no se objetivan en el estudio genético, pero pueden demostrarse mediante el estímulo de fibroblastos obtenidos de biopsia cutánea y comprobando el defecto de producción de interferón en los mismos<sup>5</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se debe realizar un amplio diagnóstico diferencial en un lactante con fiebre e impotencia funcional localizada, teniendo en cuenta la patología neurológica. Ante la sospecha diagnóstica de encefalitis herpética es fundamental realizar una PCR para VHS en el LCR. Se debe ajustar la dosis adecuada de tratamiento con aciclovir, así como la necesidad de pautar tratamiento profiláctico y realizar estudio de inmunodeficiencia específica.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

• **LCR:** líquido cefalorraquídeo • **PCR:** reacción de la cadena de polimerasa • **PCT:** procalcitonina • **PrCR:** proteína C reactiva • **RM:** resonancia magnética • **VHS:** virus del herpes simple.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Navarro Gómez ML, González F, Santos Sebastián M, Saavedra Lozano J, Hernández Sampelayo Matos T. Encefalitis. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Madrid: Ergon, 2011.
2. Kneen R, Michael BD, Menson E, Mehta B, Easton A, Hemingway C, *et al.* Management of suspected viral encephalitis in children. *J Infect.* 2012;64:449-77.
3. Herpes simplex. En: Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics; Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, *et al.* Red Book. 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2012. p.398.
4. Kimberlin DW, Whitley RJ, Wen Wan, Powell DA, Storch G, Ahmed A, *et al.* Oral acyclovir suppression and neurodevelopment after neonatal herpes. *N Engl J Med.* 2011;365:1284-92.
5. Pérez de Diego R, Mulvey C, Crawford M, Trotter M, Lorenzo L, Sancho-Shimizu V, *et al.* The proteome of TLR3-stimulated human immortalized fibroblasts; implications for susceptibility to herpes simplex encephalitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131:1157-66.