

ENCEFALITIS VÍRICA

Varón de 83 años.
HTA, DLP, EPOC, DMNID y AIT previo.
Revisión por NRL con EDTSC con placas sin estenosis

Acude al Sº Urgencias por **disartria de 3 días** de evolución, no presente en días anteriores.
Cefalea leve y transitoria desde hace **5 días**.

TA 153/62, FC 74, SatO2 100 %, Tº 36.2ºC

Consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado, Eupneico en reposo.

ACP: soplo sistólico panfocal, resto sin alteraciones.

Exp. Abdominal: normal.

Exp. neurológica: destaca **disartria transitoria**. Signos meníngeos negativos. Resto sin alteraciones.

AS: PCR 8.67, leucos 15800. Lactato de 2.9. Resto anodino

Análisis orina: sin anomalías.

ECG: ritmo sinusal a 87 lpm con BCRDHH ya conocido.

Comienza con cuadro de **agitación psicomotriz, desorientación y pico febril de 39ºC**.

Se administra 8 mg midazolam iv, sin conseguir control de la situación, por lo que se decide perfusión continua de propofol, obteniendo la sedación del paciente para poder realizar pruebas de imagen complementarias.



“Lesión hipodensa occipital izquierda, que no capta contraste, sospechosa de infarto isquémico subagudo”.

**Possible encefalitis vírica.
Ictus isquémico subagudo.
Síndrome confusional agudo en
contexto febril.**

Tras TAC Cerebral, se decide punción lumbar con resultado de LCR de 10 hematíes, 8 células, glucosa 1.15 y proteínas de 1.92.

Se solicita PCR de LCR para confirmación y se contacta con Neurología para ingreso y completar estudio y tratamiento.

Las infecciones del SNC representan una verdadera urgencia médica, ya que el retraso en su diagnóstico y tratamiento conlleva una alta tasa de complicaciones neurológicas, discapacidad y mortalidad.

Las encefalitis (inflamación de parénquima cerebral), se clasifican en infecciosas, post-infecciosas y no infecciosas; dentro de éstas últimas se engloban las causas vasculares, inmunológicas, etc. La causa más común de encefalitis es la infección por VHS tipo 1.

El LCR normal al inicio no descarta el cuadro, ya que del 5-10% pueden ser normales. La determinación de PCR para VHS en LCR es uno de los métodos más utilizados su alta S y E, por lo que ante un resultado negativo se podría suspender el tratamiento. Si aún así la sospecha clínica es muy alta, podríamos considerar repetir el estudio 24-48 hrs después, especialmente si la muestra se tomó el primer día de inicio de los síntomas.

Las secuelas neurológicas son imprevisibles.