

ENCEFALITIS POR VIRUS DE EPSTEIN BARR EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Rosario Martínez García¹ Irene Gutiérrez Rosa¹ Estrella Peromingo Matute²

¹Unidad de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

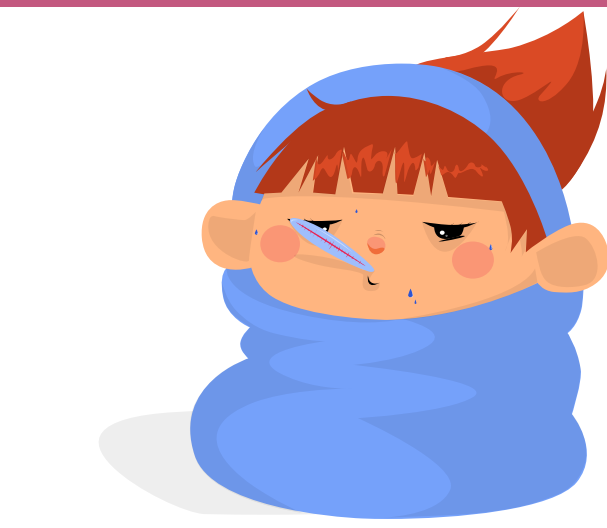
²Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

El virus de Epstein Barr (VEB) es un virus herpes de doble cadena que infecta a linfocitos B y células epiteliales. La presentación típica en pacientes sintomáticos es la mononucleosis infecciosa. Con menos frecuencia, el VEB puede provocar manifestaciones a nivel del sistema nervioso central como **encefalitis**, meningitis, cerebelitis, encefalomiелitis aguda diseminada, miелitis transversa o radiculopatía

La encefalitis es la manifestación a nivel del sistema nervioso central más frecuente y puede aparecer **focalidad neurológica** con convulsiones, alteraciones del comportamiento, parkinsonismo y coma. El diagnóstico se realiza mediante **serología** y por reacción en cadena de la polimerasa (**PCR**) en líquido cefalorraquídeo (LCR). La citoquímica del LCR suele presentar **pleocitosis linfocitaria**, con proteínas y niveles de glucosa normales. La resonancia magnética nuclear (**RNM**) es inespecífica, con engrosamiento leptomeníngeo, edema cortical, compromiso de los núcleos basales, tálamos, cerebelo y corteza límbica

CASO CLÍNICO



Primera consulta

Edad	3 años
AP	Sin interés
Alergias	No
Vacunación	Completa

Fiebre alta de 3 días de evolución con tos, mucosidad y odinofagia. A la exploración **faringoamigdalitis con exudados en sábana y adenopatías subcentimétricas cervicales**. Analítica con linfomonocitosis y serología positiva para infección aguda por VEB con IgM e IgG anti ACV positivos e IgG anti EBNA negativos



Dos semanas después

Reacude por **temblor de manos, ataxia, incontinencia de esfínteres y alteración progresiva del comportamiento, con irritabilidad y mutismo**. A la exploración, hiperextensión cervical, sialorrea, reflejos osteotendinosos exaltados, clonus bilateral y temblor intermitente en manos. Dudosa rigidez de nuca. TAC craneal sin hallazgos patológicos. Punción lumbar con citoquímica normal, panel de virus y autoanticuerpos negativos



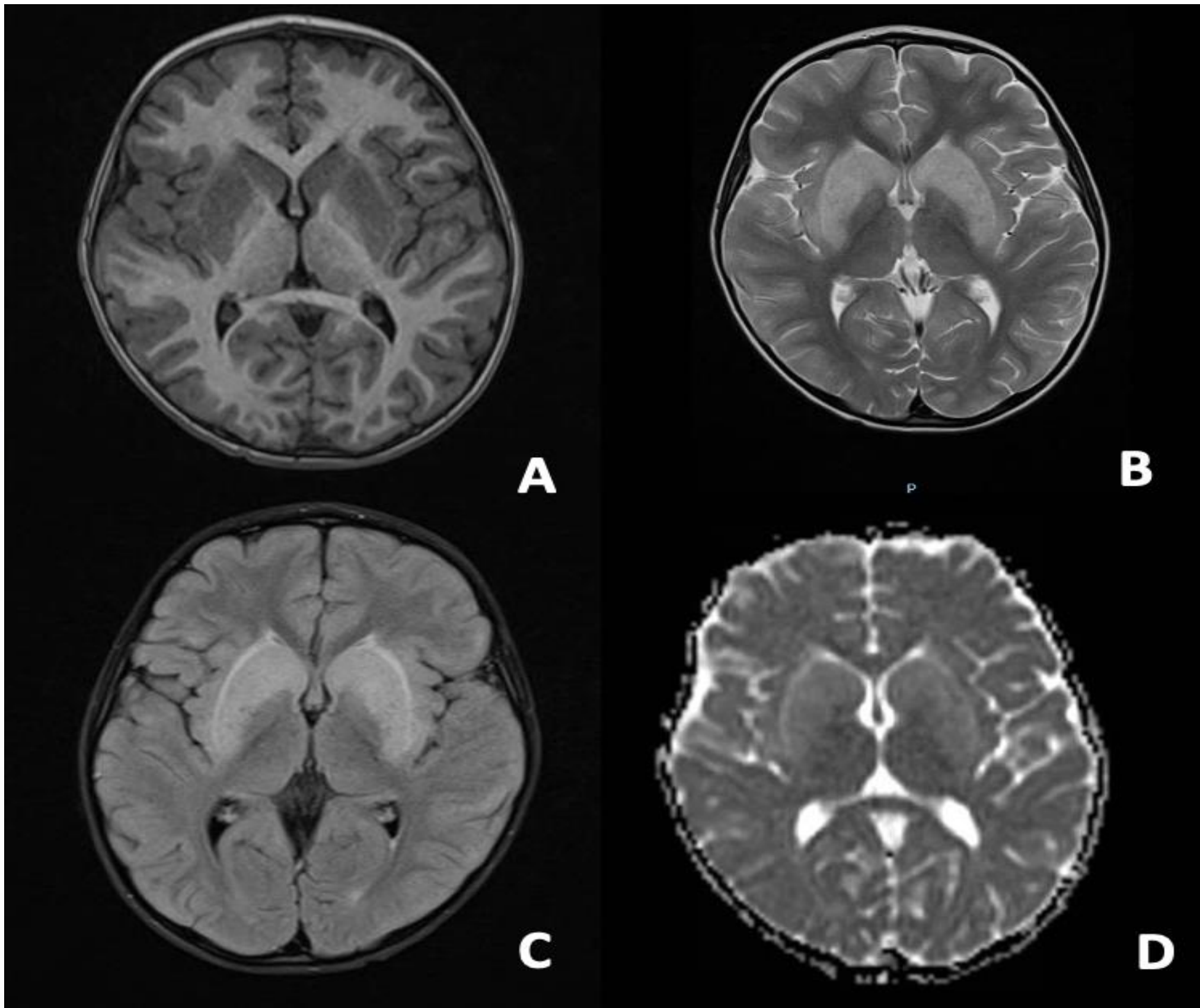
Ingreso

RMN craneal en la que se observan hallazgos compatibles con **encefalitis aguda por VEB** (Figura 1). Ingresa en UCIP. Realiza tratamiento con **ganciclovir, metilprednisolona e inmunoglobulinas**. Carga viral de VEB baja, por lo que se pautan mega **bolos de corticoides**. Mejoría progresiva del temblor aunque persistencia de distonía y opistótonos



Alta

Figura 1. A-B-C. Lesiones hiperintensas multifocales en región córtico - subcortical de región frontoparietal hemisférica izquierda, región cortical de ambos lóbulos parietales y córtico-subcortical temporoparietal también de forma bilateral. D. Aumento de la señal en la imagen ponderada en difusión en núcleos grises profundos (núcleo lenticular y caudado) sin evidencia de restricción en el mapa del coeficiente difusión aparente



Tratamiento con **corticoides y tetrabenazina** al alta por movimientos coreicos persistentes. Actualmente recuperación completa **sin secuelas, sin tratamiento** y pendiente de RMN de control.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de encefalitis por VEB es **poco frecuente en niños inmunocompetentes** y plantea un reto diagnóstico debido a la superposición de su presentación clínica con otras entidades y a la heterogeneidad de los hallazgos radiológicos
- Otras causas de encefalitis como la encefalomiелitis aguda diseminada o la encefalitis autoinmune se consideraron poco probables en este caso debido a la coincidencia de aparición de los síntomas infecciosos y precocidad de síntomas neurológicos
- A pesar de los hallazgos iniciales en la neuroimagen, el paciente tuvo una **evolución favorable**
- Las **lesiones simétricas bilaterales con afectación de los ganglios basales** podrían ser un patrón neuroanatómico a tener en cuenta en la encefalitis por el VEB