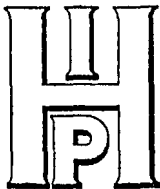


11237.

(97) 1er 1987



HOSPITAL INFANTIL PRIVADO

AFILIADO A LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. N. A. M.

**ENCEFALITIS VIRAL POR HERPES SIMPLE
EN NIÑOS**

TESIS Y TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PARA OBTENER EL TITULO EN
P E D I A T R I A M E D I C A

DR. JOSE RUFINO GUILLERMO LIMA SANCHEZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	PÁGINA	
I.-	INTRODUCCIÓN	1
II.-	OBJETIVOS	14
III.-	MATERIAL Y MÉTODOS	15
IV.-	DISCUSIÓN	19
V.-	CONCLUSIONES	21
VI.-	BIBLIOGRAFÍA	22

I.- INTRODUCCION

LOS VIRUS DEL GRUPO HERPES SE CLASIFICAN EN CUATRO SUBGRUPOS:

HERPES SIMPLE
VARICELA ZOSTER
CITOMEGALOVIRUS
EPSTEIN-BARR

LA INFECCIÓN POR EL GRUPO HERPES APARECE EN TODO EL MUNDO, PUDIENDO -- DAR LUGAR A CUADROS CLÍNICOS TANTO INSIGNIFICANTES COMO GRAVES Y COM-- PROMETEDORES PARA LA VIDA. LA COMPLEJA E ÍNTIMA ASOCIACIÓN DE ÉSTOS -- VIRUS CON SUS HUÉSPEDES Y SU AMPLIA DISTRIBUCIÓN FILOGENÉTICA, INDICAN QUE LOS VIRUS HERPES HAN ESTADO ASOCIADOS EVOLUTIVAMENTE DURANTE UN -- LARGO PERIODO DE TIEMPO CON TODAS LAS FORMAS DE VIDA.

LA MORFOLOGÍA DE TODOS VIRUS HERPES ES SIMILAR, EL RANGO DE TAMAÑO DE- LAS PARTÍCULAS VARÍA DE 1800 AMSTRONGS A 2000. LA NATURALEZA CONSISTE- EN CONTENIDO DE DNA EN EL NÚCLEO, CÁPSULA ICOSAHÉDRICA, UNA ENVOLTURA - GRANULAR QUE SE ACOMPAÑA DE CORTAS Y PERIÓDICAS PROYECCIONES. EN ALGU- NAS POBLACIONES DE VIRIONES MUCHAS PARTÍCULAS NO POSEEN ENVOLTURA Y - EN ALGUNAS SU CÁPSULA SE ENCUENTRA "EMPASTADA". SE REPLICAN EN EL NÚ-- CLEO CELULAR.

TODO ESTE GRUPO PUEDE INFECTAR AL HOMBRE AUNQUE PRINCIPÁLMENTE INFECTA ANIMALES COMO LOS MONOS, CERDOS, RATONES, GATOS, CABALLOS, Y AVES. LA - ENVOLTURA VIRAL PROVOCA EL ATAQUE NORMAL DE LOS VIRIONES A LA CÉLULA - SUSCEPTIBLE. LA HEPARINA, EL SULFATO DE DEXTRÁN Y OTROS POLISACÁRIDOS- SULFATADOS PUEDEN REACCIONAR CON LA ENVOLTURA Y PREVENIR LA ABSORCIÓN- VIRAL EN FORMA REVERSIBLE ASÍ COMO LA INFECCIÓN.

TODOS LOS VIRUS DEL HERPES SIMPLE PERTENECEN A UN SOLO GRUPO INMUNOLÓGICO, LOS CUALES PUEDEN SER IDENTIFICADOS POR NEUTRALIZACIÓN Y FIJACIÓN DE COMPLEMENTO, LOS ANTÍGENOS SOLUBLES SON RECUPERADOS JUNTO CON LOS VIRIONES DE LAS CÉLULAS INFECTADAS.

VIRUS HERPES SIMPLE TIPO I.

EL HERPES SIMPLE ES RELATIVAMENTE INESTABLE, SE DESCOMPONE A LA TEMPERATURA AMBIENTAL, Y TAMBIÉN ES RÁPIDAMENTE INACTIVADO POR ÉTER Y CLOROFORMO (SOLVENTES LÍPIDOS), EL VIRUS PUEDE SER PRESERVADO EN ESTADO DE CONGELACIÓN DE -50°C A -70°C , LA VIDA MEDIA DE INEFECTIVIDAD ES DE 5 HR. A 37°C , O DE 24 HR. A LA TEMPERATURA AMBIENTAL. LA INEFECTIVIDAD VIRAL ES MANTENIDA EN SUSENSIONES DE ALIMENTACIÓN CON ELECTRÓLITOS CON UN PH NEUTRAL.

ENTRE LOS 14-21 DÍAS DESPUÉS DE LA INFECCIÓN PRIMARIA, APARECEN ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y PUEDEN SER DETECTADOS POR PRUEBAS DE NEUTRALIZACIÓN O FIJACIÓN DE COMPLEMENTO. ÉSTOS ANTICUERPOS GENERALMENTE PERSISTEN TODA LA VIDA, PORQUE DE ESTOS NIVELES ALTOS CONSTANTES DE ANTICUERPOS SÉRICOS UN INCREMENTO NO PUEDE SER DETECTADO EN ENFERMEDAD RECURRENTE. SIN EMBARGO, LOS VIRUS INFECCIOSOS PUEDEN SER CULTIVADOS RÁPIDAMENTE DE LAS LESIONES.

VIRUS HERPES SIMPLE TIPO II.

MANTIENE TODAS LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HERPES SIMPLE TIPO I. SE HA RELACIONADO QUE LAS INFECCIONES SITUADAS POR DEBAJO DE LA CINTURA, SE ASOCIAN CON EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO II, TAMBIEN SE MENCIONA QUE ESTA INFECCIÓN SE ADQUIERE POR CONTACTO DE CEPAS GENITALES DE LA MADRE.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIRUS DEL HERPES SIMPLE.

LAS INFECCIONES POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE, SE ENCUENTRAN DISTRIBUIDAS EN TODAS PARTES DEL MUNDO, AFECTA A TODAS LAS POBLACIONES, INCLUSO A LAS COMUNIDADES MÁS REMOTAS Y AISLADAS Y NO SIGUE UN PATRÓN ESTACIONAL DEFINIDO.

LA EDAD DE APARICIÓN DE LAS INFECCIONES POR EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE- DEPENDE DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ÉTNICOS Y FACTORES AMBIENTALES. EL HOMBRE ES EL HUESPED NATURAL PARA EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE, PERO EXISTE, UNA AMPLIA VARIEDAD DE ANIMALES QUE TAMBIÉN SON SUSCEPTIBLES DE PADecer LA INFECCIÓN, LA REACTIVACIÓN DE UN VIRUS HERPES SIMPLE EN FASE LATENTE PUEDE DEBERSE A DISTINTAS INFLUENCIAS: EXPOSICIÓN A LA LUZ SOLAR (RAYOS ULTRAVIOLETA), ALGUNAS ENFERMEDADES FEBRILES, TRASTORNOS EMOCIONALES E INMUNODEPRESIÓN; POR LO TANTO, ÉSTOS FACTORES DEFINEN NUEVOS PATRONES EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DEL VIRUS HERPES SIMPLE.

DEPENDIENDO DE FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS A LA EDAD DE 5 AÑOS, ENTRE 40 Y 60% DE LOS NIÑOS SON SEROPOSITIVOS PARA HERPES SIMPLE, LA MAYORÍA DE LOS ADULTOS (MÁS DEL 90%) TIENEN ANTICUERPOS ESPECÍFICOS PARA EL VIRUS HERPES SIMPLE TIPO I. EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIENDE A INFECTAR CÉLULAS DE ORIGEN ECTODÉRMICO.

OBSERVACIONES CLÍNICAS Y EXPERIMENTALES, INDICAN QUE EL VIRUS QUEDA "ACANTONADO" EN FASE LATENTE EN LOS GANGLIOS NEURALES SENSITIVOS QUE INERVAN LA ZONA DE LA PIEL O MEMBRANAS MUCOSAS QUE SE AFECTARON ORIGINALMENTE. POR LO TANTO, LAS INFECCIONES RECURRENTES POR EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE CASI SIEMPRE SE PRODUCEN EN ZONAS IDÉNTICAS O PRACTICAMENTE IDÉNTICAS.

BAJO LA INFLUENCIA DE UNO O VARIOS ESTÍMULOS ADECUADOS EL VIRUS DEL --
HERPES SIMPLE LATENTE ES REACTIVADO Y DESCIENDE DESDE EL GANGLIO NER--
VIOSO HASTA LA ZONA CORRESPONDIENTE DE PIEL POR LOS TRACTOS NERVIOSOS--
SENSITIVOS.

A CONTINUACIÓN DE LA PRIMERA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE--
LA MAYORÍA DE LOS INDIVIDUOS DESARROLLAN UNA RESPUESTA INMUNOLÓGICA A--
DECUADA, TRAS LO CUAL, LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS SE ESTA--
BILIZAN NO ALTERÁNDOSE SIGNIFICATIVAMENTE, LA APARICIÓN DE ESTA RES--
PUESTA INMUNITARIA HUMORAL PROBABLEMENTE ES LA QUE EVITA LA DISEMINA--
CIÓN ÁMPLIA DEL VIRUS, AUNQUE NO SE CONSIGA LA ERRADICACIÓN TOTAL DEL--
MISMO.

LA INMUNIDAD CELULAR ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE PARA EL CONTROL DE
LAS INFECCIONES POR EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE.

CUADROS CLINICOS.

- GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA.
- HERPES NEONATAL-
- HERPES DISEMINADO.
- QUERATOCONJUNTIVITIS HERPÉTICA.
- ENCEFALITIS HERPÉTICA.
- VULVOVAGINITIS HERPÉTICA.

GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA:

EL CONTACTO CERRADO PERSONA-PERSONA ES EL MECANISMO MÁS COMÚN DE TRANSMISIÓN VIRAL, LAS SECRESIONES ALREDEDOR DE LA BOCA (HERPES LABIAL Y ESTOMATITIS) SON EL ORIGEN MÁS FRECUENTE, EL VIRUS TAMBIÉN PUEDE TRANSMITIRSE EN COMIDAS Y BEBIDAS O UTENSILIOS PARA TOMARLOS POR UN CORTO PERIODO DE TIEMPO DESPUÉS DE SER CONTAMINADOS. OCASIONALMENTE SE HAN ENCONTRADO VIRUS INFECCIOSOS EN LA SALIVA DE NIÑOS SANOS Y CASOS RAROS DE INFECCIÓN PRIMARIA HA SIDO REPORTADA EN ADULTOS.

EL CUADRO CLÍNICO CONSISTE EN LA PRESENCIA DE LESIONES EN LA MUCOSA OROFARÍNGEA, DE TIPO MEMBRANOSO O ULCERATIVO SUPERFICIAL, BLANCAS, CIRCULARES DE 3-5 MM, DE DIÁMETRO, FACILMENTE SANGRANTES, DOLOROSAS Y EVENTUALMENTE COALESCENTES. HAY TAMBIÉN, ADENOMEGALIAS REGIONALES Y EN LOS CASOS SEVEROS PUEDE EXISTIR FIEBRE Y ATAQUE AL ESTADO GENERAL. LA DURACIÓN DEL CUADRO VARÍA ENTRE 5 Y 15 DÍAS.

HERPES NEONATAL.

LA INFECCIÓN POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE EN EL PERIODO NEONATAL PRODUCE INCAPACIDADES SEVERAS O MUERTE. PUEDE APARECER CLÍNICAMENTE EN 1 DE CADA 3500 NACIMIENTOS (6).

UN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO TIEN UN 50% DE RIESGO DE PADECER INFECCIÓN SI EXISTE INFECCIÓN MATERNA ACTIVA, AUNQUE SE MENCIONA QUE ÉSTO VARÍA CON EL TIEMPO QUE LA MADRE PADEZCA INFECCIÓN Y LA EDAD GESTACIONAL (6).

LA INFECCIÓN MATERNA GENITAL ES CON VIRUS HERPES SIMPLE TIPO II QUE ES EL ORIGEN PRINCIPAL DE LA ENFERMEDAD NEONATAL AUNQUE SE MENCIONA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA INFECTADO U OTROS NIÑOS TAMBIÉN PUEDE ORIGINAR LA INFECCIÓN, (6).

LA EXPOSICIÓN AL VIRUS HERPES SIMPLE PUEDE OCURRIR TRANSPLACENTARIAMENTE PERO USUALMENTE SUCEDE CUANDO EL NIÑO PASA A TRAVÉS DEL CANAL DE PARTO INFECTADO, (6,7,14),

LA INFECCIÓN INICIAL OCURRE A TRAVÉS DE UNA ROTURA EN LAS MEMBRANAS MUCOSAS (OJO, BOCA, GARGANTA, GENITALES O PIEL) DONDE LA MULTIPLICACIÓN VIRAL SOBREVIENTE, DESDE ESTE FOCO EL VIRUS SE DISEMINA A LOS GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES, DONDE SE MULTIPLICA FUÉRTEMENTE, EN OCASIONES LA DISEMINACIÓN VIRAL NO ES RESTRINGIDA POR LOS ANTICUERPOS EN LA SANGRE O EN DISTINTOS ÓRGANOS, LA INMUNIDAD TRANSPLACENTARIA POR LOS ANTICUERPOS NO PREVIENE A LOS RECIÉN NACIDOS DE ADQUIRIR INFECCIÓN HERPÉTICA (6),

LOS DATOS CLÍNICOS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR SON : MÚLTIPLES VESÍCULAS CON BORDES ERITEMATOSOS EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO, MAL ESTADO GENERAL, FRECUENTEMENTE PRESENTAN PERIODOS DE APNEA, CRISIS CONVULSIVAS SUTÍLES, BRADICARDIA Y PUEDEN LLEGAR A DESARROLLAR NEUMATOSIS INTESTINAL (6,7),

HERPES DISEMINADO,

EXISTEN REPORTES QUE LOS PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS TAMBIÉN PUEDEN SER AFECTADOS POR EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO II EN ADULTOS, (10), AUNQUE TAMBIÉN ES RESULTANTE DE INFECCIÓN PRIMARIA Y SE PRESENTA EN RECIÉN NACIDOS, MÁS FRECUENTEMENTE EN PREMATUROS O EN LACTANTES MENORES DESNUTRIDOS,

EL CUADRO CLÍNICO SEMEJA UNA SEPTICÉMIA CON ATAQUE AL ESTADO GENERAL - HEPATO-ESPLENOMEGALIA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, HEMATÚRIA, CHOQUE - ETC, CASI SIEMPRE ES MORTAL,

QUERATOCONJUNTIVITIS HERPÉTICA.

ES DEBIDA A INFECCIÓN PRIMARIA, AFORTUNADAMENTE ES RARA, YA QUE PUEDE -- DEJAR SECUELAS GRAVES. GENERALMENTE ES UNILATERAL Y SE CARACTERIZA POR LA EXISTENCIA DE OPACIDAD CORNEAL, ENROJECIMIENTO CONJUNTIVAL Y EDEMA -- QUE PUEDE OCLUIR EL OJO. LOS PÁRPADOS Y LA PIEL CERCANA A ELLOS TAMBIÉN MUESTRA ENROJECIMIENTO Y EDEMA Y EVENTUALMENTE LESIONES VESICULARES. LA ENFERMEDAD DURA APROXIMADAMENTE 2 SEMANAS. LAS LESIONES PROFUNDAS SON -- AUN MÁS RARAS HABIÉNDOSE DESCRITO QUERATITIS DISCOIDES, ÚLCERAS CORNEALES E IRIDOCICLITIS QUE PUEDEN LIMITAR SERIAMENTE LA VISIÓN.

ENCEFALITIS HERPÉTICA.

LOS DATOS CLÍNICOS PUEDEN AGRUPARSE EN DIVERSOS SÍNDROMES, CUYA FRECUENCIA VARÍA DE ACUERDO A LA GRAVEDAD DEL CUADRO.

SÍNDROME INFECCIOSO.- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE INICIA CON FIEBRE -- DE MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS VARIABLES, HABITUALMENTE DURA POCOS DÍAS -- Y EXCEPCIONALMENTE SE PROLONGA MÁS DE UNA SEMANA, PUDIÉNDOSE ACOMPAÑAR -- DE ANORÉXIA, VÓMITOS Y MAL ESTADO GENERAL, SOBRE TODO EN MENORES DE 2 -- AÑOS. EN CASI TODOS LOS CASOS, LOS SIGNOS NEUROLÓGICOS APARECEN POCOS -- DÍAS DESPUÉS DE INICIADA LA FIEBRE.

SÍNDROME MENÍNGEO.- LOS SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA EVENTUALMENTE -- PUEDEN SER LA PRIMERA MANIFESTACIÓN. CONSISTEN EN RIGIDEZ DE NUCA Y -- ESPALDA, BRUDZINSKY CEFÁLICO Y CONTRALATERAL Y KERNIG. SE LES ENCUENTRA -- CON MENOS FRECUENCIA EN LOS LACTANTES, EN LOS LACTANTES, EN LOS QUE -- TAMBIÉN ES MÁS DIFÍCIL IDENTIFICARLOS. GENERALMENTE PERSISTEN POCOS -- DÍAS, DESAPARECIENDO JUNTO CON LA FIEBRE.

SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA.- ESTE SÍNDROME SE OBSERVA EN -- APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LOS CASOS, EN LOS LACTANTES SE MANIFIESTA -- FUNDAMENTALMENTE CON ABOMBAMIENTO E HIPERTENSIÓN DE LA FONTANELA Y DIAS TASIS DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO. EN LOS NIÑOS MAYORES Y EN LOS ADULTOS -- LO HACE CON CEFALÉA Y VÓMITOS EN PROYECTIL, ASÍ COMO PAPILEDEMA. HABI-- TUALMENTE SE OBSERVA AL PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD,

SÍGNOS DE DAÑO NEURONAL.- SE ENCUENTRA EN APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LOS CASOS. ES MAS FRECUENTE Y GRAVE EN LOS LACTANTES. SE PUEDE ENCON-- TRAR ; CONVULSIONES TONICOCLÓNICAS, CONFUSIÓN MENTAL, SOMNOLENCIA, SOPOR ESTADO DE COMA Y DELIRIO, HIPERREFLEXIA OSTEOTENDINOSA, CLONUS E HIPER-- TONÍA MUSCULAR; ATAXIA Y NISTAGMUS; ATAQUE A PARES CRANEALES O PARÁLI-- SIS DE EXTREMIDADES; HIPOTONÍA MUSCULAR E HIPORREFLEXIA OSTEOTENDINOSA,

DATOS CLÍNICOS NO NEUROLÓGICOS.- UNA PROPORCIÓN IMPORTANTE DE PACIEN-- TES TIENE MANIFESTACIONES CLÍNICAS RESULTANTES DE LA INVASIÓN VIRAL A -- OTROS TERRITORIOS, SE OBSERVA EN UN 53% EN LOS LACTANTES Y DISMINUYE -- HASTA UN 22% EN LOS MAYORES DE 6 AÑOS, LOS MÁS FRECUENTES SON ; RINO-- RREA.TOS, DOLOR TORÁCICO, NEUMONÍA, DIARREA, CONJUNTIVITIS Y EXANTEMA

PUESTO QUE LOS VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIENEN UN TROPISMO ESPECIAL -- PARA ATACAR A CÉLULAS DE ORIGEN ECTODÉRMICO TAMBIÉN PUEDEN INVADIR AL -- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LAS ENCEFALITIS PUEDEN PRODUCIRSE DURANTE LA PRIMOINFECCIÓN DEL VIRUS DEL HERPES SIMPLE, O DESPUÉS DE ÉSTA, PERO --- TAMBIÉN PUEDEN REPRESENTAR UNA REACTIVACIÓN DEL VIRUS LATENTE,

CON EL VIRUS TIPO I SE ENCUENTRAN CUERPOS DE INCLUSIÓN EN LAS CÉLULAS NERVIOSAS, ASTROCITOS Y OLIGODENDROCITOS, ESTOS SON ; GRANDES MASAS IN-- TRANUCLEARES RODEADAS DE UN HALO CLARO (4), LA PRESENCIA DE CUERPOS DE INCLUSIÓN INTRANUCLEAR EOSINOFÍLICA EN LAS CÉLULAS EPITELIALES, MU-- CHAS VECES CÉLULAS GIGANTES, ES LA CARACTERÍSTICA DE TODAS LAS LESIONES OTROS DETALLES VARIÁN CON LOS ÓRGANOS INVOLUCRADOS.

VULVOVAGINITIS HERPÉTICA. - SE CARACTERIZA POR LESIONES DE TIPO MEMBRANOSO O ULCERATIVO SUPERFICIAL, BLANCAS, CIRCULARES DE 3-5 MM. DE DIÁMETRO, FACILMENTE SANGRANTES, DOLOROSAS Y EVENTUALMENTE COALESCENTES. Y -- LAS LESIONES SE LOCALIZAN EN LAS MUCOSAS DE LOS GENITALES EXTERNOS FEMENINOS.

ENCEFALITIS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE.

EL TÉRMINO "HERPES" DERIVA DEL VERBO GRIEGO CUYO SIGNIFICADO ES "REPORTAR" O "AVANZAR SILENCIOSAMENTE", DESIGNACIÓN QUE SE DEBE PROBABLEMENTE EN SU ORIGEN A LA FORMA PECULIAR CON LA QUE LAS LESIONES CUTÁNEAS VESICULARES TIENDEN A AVANZAR.

ENCEFALITIS: PUEDE DEFINIRSE COMO UNA REACCIÓN INFLAMATORIA DE LA -- SUSTANCIA CEREBRAL. LA ENCEFALITIS DEBIDA A HERPES SIMPLE SE ASOCIA CON NECRÓISIS ASÍMETRICA DE LA REGIÓN MEDIA TEMPORAL Y ORBITAL CON MAS DAÑO A LA CORTEZA CEREBRAL QUE A LA SUSTANCIA BLANCA. (4).

- FRECUENCIA.- LA ENCEFALITIS CAUSADA POR HERPES SIMPLE NO ES COMÚN LA INCIDENCIA ESTIMADA, DERIVA DE LARGAS SERIES Y ES DE 2-4 CASOS POR MILLÓN DE LA POBLACIÓN POR AÑO. (1).

- CUADRO CLÍNICO.- LOS HALLAZGOS CLÍNICOS NO SON ESPECÍFICOS ESPECIALMENTE EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS, HASTA QUE UNA ENFERMEDAD FEBRIL ES COMPLICADA POR CRISIS CONVULSIVAS MUCHAS VECES FOCALES. EL CURSO DE LA ENFERMEDAD ES RÁPIDO CON EVENTUAL COMA, SEVERO INCREMENTO EN LA PRESIÓN INTRACRANEANA. (1).

EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE DOCUMENTADA, LA ENFERMEDAD INICIA CON SÍNTOMAS INESPECÍFICOS COMO VÓMITO, -

PÉRDIDA DEL APETITO, CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD, LETARGIA, INTRANQUILIDAD Y CEFALÉA. EL MAYOR SIGNO ES FIEBRE Y CONVULSIONES (ESPECIALMENTE FOCALIZADAS), LOS SÍNTOMAS SE PRESENTAN 3-4 DÍAS ANTES DE LA ADMISIÓN A UN HOSPITAL (PROMEDIO 0-8 DÍAS), (1),

A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE:

- FIEBRE
- ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA
- CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD
- CEFALÉA
- VÓMITO
- CRISIS CONVULSIVAS
- DESORIENTACIÓN
- HEMIPARESIA
- DISFASIA
- LETARGIA
- SEMICOMA
- COMA

DIAGNÓSTICO.

LA IDENTIFICACIÓN ESPECÍFICA DEL VIRUS HERPES SIMPLE QUE PRODUCE LA ENCEFALITIS SE PUEDE HACER DE VARIAS FORMAS:

A).- SOSPECHA CLÍNICA:

CON SÍGNOS Y SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE UNA ENCEFALOPATÍA COMO SON : FIEBRE ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA, CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD, CONFUSIÓN, DESORIENTACIÓN, CONVULSIONES, DISFASIA, HEMIPARESIA, Y/U OTROS SÍNTOMAS LOCALES NEUROLÓGICOS, (1),

B).- ANÁLISIS DE LÍQUIDO CEFALORRÁQUIDEO:

POR LA LESIÓN Y NECRÓISIS IMPORTANTE DEL CEREBRO SE DEBEN DE BUSCAR PREDOMINANTEMENTE ERITROCITOS E INCREMENTO DE LAS PROTEINAS Y AUSENCIA DE PLEOCITOSIS EN LAS FASES INICIALES. SE MENCIONA QUE EN LCR TEMPRANO --- EXISTE 1-30% DE LINFOCITOS Y DEL 1-6% DE ERITROCITOS (13),

EL EXÁMEN DE LÍQUIDO CEFALORRÁQUIDEO PUEDE PRESENTAR ELEVACIÓN DE LAS - PROTEINAS, PLEOCITOSIS A EXPENSAS DE MONONUCLEARES Y AUSENCIA DE ERITROCITOS COMO SE MENCIONA EN LA LITERATURA (1).

SIN EMBARGO, EL EXÁMEN DEL LÍQUIDO PUEDE SER NORMAL Y ESTO NO DESCARTA EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE, (15).

C).- EXÁMEN ELECTROENCEFALOGRÁFICO :

SE HAN DESCRITO PATRONES ELECTROENCEFALOGRÁFICOS CONSISTENTES EN : ESPIGAS Y ONDAS LENTAS LOCALIZADAS EN LÓBULO TEMPORAL O FRONTAL. ES EL -- ÚNICO EXÁMEN NO INVASIVO MAS SENSITIVO; (1).

D).- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA :

REVELA ÁREAS DE ATENUACIÓN DECRECIENTE EN EL LÓBULO TEMPORAL, ÉSTAS --- ÁREAS MUCHAS VECES SE EXTIENDEN A LA CORTEZA INSULAR, LÓBULO FRONTAL Ó PARIETAL. OBSERVÁNDOSE ESTOS CAMBIOS ENTRE EL 3-11 DIA. (4), TAMBIÉN SE PUEDEN ENCONTRAR ÁREAS DE EDEMA LOCALIZADO, EL ENCONTRAR UNA TOMOGRAFÍA NORMAL NO EXCLUYE QUE EL PACIENTE CURSE CON ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE. TAMBIÉN SE MENCIONA QUE LOS HALLAZGOS CONSISTEN EN DEGENERACIÓN -- MULTIQUÍSTICA CEREBRAL O AREAS RESTRINGIDAS DE PÉRDIDA DE TEJIDO EN LA REGIÓN ORBITO-FRONTAL Y TEMPORAL SEMEJANDO ENCEFALITIS EN LOS ADULTOS, (6,12). REGIONES HIPODENSAS SON DEMOSTRADAS DESPUÉS DEL 5 DIA DE ENFERMEDAD EN EL LÓBULO TEMPORAL (9).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL :

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ES EXTENSO Y EN ÉSTE SE INCLUYE:

- ABSCESO CEREBRAL BACTERIANO.
- LISTERIOLOSIS.
- INFECCIÓN POR MYCOBACTERIAS.
- CRIPTOCOCOSIS.
- TOXOPLASMOSIS.
- AMIBIASIS CEREBRAL.
- INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR.

- CORIOMENINGITIS VIRAL LINFOCÍTICA.
- MENINGOENCEFALITIS POR INFLUENZA.
- MENINGOENCEFALITIS POR RABIA.
- PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA.
- MENINGOENCEFALITIS POR ARBOVIRUS.
- MENINGOENCEFALITIS POR ADENOVIRUS.
- MENINGOENCEFALITIS POR RUBEOLA.
- MALFORMACIONES VASCULARES.
- TUMORES CEREBRALES.
- SÍNDROME DE REYE.

ESTE ÁMPLIO RANGO DE POSIBILIDADES HACE IMPOSIBLE TRATAR EMPÍRICAMENTE SIN UNA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEFINITIVA. (1),

TRATAMIENTO:

EL AVANCE MÁS IMPORTANTE EN EL CAMPO DE LA QUIMIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE HA SIDO EL DESARROLLO DE FÁRMACOS DIRIGIDOS ESPECÍFICAMENTE CONTRA LAS FUNCIONES BIOQUÍMICAS QUE PARTICIPAN EN LA REPLICACIÓN VIRAL, Y QUE NO TIENEN EFECTOS IMPORTANTES SOBRE LA REPLICACIÓN CELULAR.

SE MENCIONA QUE EL ACYCLOVIR TIENE UNA BAJA TOXICIDAD TANTO IN VITRO -- COMO IN VIVO, ASÍ COMO ES IGUALMENTE EFECTIVO TANTO EN PACIENTES PREVIAMENTE SANOS COMO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS QUE CURSAN CON ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE. (2),

EL ACYCLOVIR (WELLCOME) SE RECOMIENDA SEA UTILIZADO A 10 MG/KG/DÍA EN INFUSIÓN INTRAVENOSA DURANTE UNA HORA CADA 8 HORAS DURANTE 10 DÍAS.

LOS EFECTOS COLATERALES QUE PUEDE PRODUCIR SON : ERITEMA NO PRURIGINOSO FLEBITIS, ELEVACIÓN TRANSITORIA DE LA ALANINA AMINOTRANSFERASA SÉRICA - E INCREMENTO TRANSITORIO DE LA CREATININA SÉRICA.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO :

EL PROMEDIO DE MORTALIDAD EN PACIENTES QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO PARA LA ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE ES DEL 70% APROXIMADAMENTE. (4), SIN EMBARGO, ESTO DISMINUYE A UN 50% CUANDO SE ADMINISTRA TRATAMIENTO CON VIDARABINA, Y ESTO SE VE DISMINUIDO A UN 19% CUANDO SE ADMINISTRA TRATAMIENTO CON ACYCLOVIR.

POSTERIOR AL TRATAMIENTO RECOMENDADO A LOS 6 MESES DE OBSERVACIÓN, EL 68% DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON RETORNAN A SU VIDA NORMAL; COMPARADO CON EL 13% DE LOS PACIENTES TRATADOS CON VIDARABINA; Y LOS PACIENTES QUE MURIERÓN O PRESENTARON SECUELAS IMPORTANTES AL SER TRATADOS CON ACYCLOVIR FUÉ DEL 33%, EN CAMBIO LOS PACIENTES TRATADOS CON VIDARABINA EL PROMEDIO DE MORTALIDAD O SECUELAS IMPORTANTES FUÉ DEL 76% (2).

LAS SECUELAS FUERON CLASIFICADAS COMO :

- A).- MENORES O NO EXISTENTES.- SÍ EL PACIENTE REGRESA A CASA, ESCUELA O TRABAJO TENIENDO EL MISMO NIVEL QUE PRESENTABA ANTES DE PADECER ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE.
- B).- MODERADO.- AL PRESENTAR ALGÚN DÉFICIT NEROLÓGICO QUE REDUCE EL NIVEL QUE DESARROLLABA ANTES DE ENFERMARSE.
- C).- SEVERA.- QUE AMERITA CUIDADOS NECESARIOS EN CASA O EN UNA INSTITUCIÓN. (2).

II.- OBJETIVOS.

LA ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE ES UNA ENTIDAD AFORTUNADAMENTE POCO - COMÚN PERO DE CONSECUENCIAS DEVASTADORAS POR SU ENORME LETALIDAD (70%) Y SECUELAS (87%). EL DESCUBRIMIENTO DE UN NUEVO AGENTE TERAPÉUTICO --- (ACYCLOVIR) CON PROPIEDADES ANTIVIRALES ESPECÍFICAS, HA REVOLUCIONADO EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD, LOGRANDO REDUCIR LA LETALIDAD AL -- 19% Y LAS SECUELAS EN LOS SOBREVIVIENTES AL 32% (2). AUNQUE EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE CERTEZA IMPLICA LA TOMA DE BIOPSIA CEREBRAL, EN --- VIRTUD DE LA ENORME MORBILIDAD DEL PROCEDIMIENTO Y SU ELEVADO COSTO SON POCAS LAS OCASIONES EN LAS QUE SE RECURRE A ELLA.

EXISTE EVIDENCIA EN LA LITERATURA DE QUE UN CUADRO CLÍNICO DETERMINADO ASOCIADO A ALTERACIÓN ESPECÍFICA EN EL ELECTROENCEFALOGRAMA Y LA TOMO- GRAFÍA AXIAL COMPUTADA PUEDEN SUGERIR EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO POR -- HERPES SIMPLE CON UN MARGEN DE SEGURIDAD APROXIMADO AL DE LA BIOPSIA - CEREBRAL (2).

TOMANDO EN CUENTA EL BENEFICIO QUE BRINDA EL USO TEMPRANO DEL ACYCLO- VIR EN ESTA ENTIDAD, ES PRUDENTE EL USO EMPÍRICO DE ÉSTE MEDICAMENTO - EN LOS CASOS CON CUADRO CLÍNICO Y DE GABINETE SOSPECHOSOS.

SE PRESENTA EL CASO CLÍNICO DE UNA NIÑA PREESCOLAR CON UNA ENCEFALITIS VIRAL SOSPECHOSA DE ETIOLOGÍA POR VIRUS HERPES SIMPLE QUIEN FUÉ ASIS- TIDA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y TRATADA CON ACYCLOVIR CON -- BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA.

SE HACEN CONSIDERACIONES EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE --- ESTA ENTIDAD Y SE RESALTA EL BENEFICIO QUE PUEDE BRINDAR EL USO OPOR-- TUNO DEL ACYCLOVIR EN LOS CASOS ALTAMENTE SOSPECHOSOS.

III.- MATERIAL Y METODOS.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO:

NOMBRE:	L.L.M.
EDAD:	4 AÑOS
SEXO:	FEMENINO
FECHA DE INGRESO:	23/OCTUBRE/1985.
FECHA DE EGRESO:	16/NOVIEMBRE/1985.
ESTANCIA HOSPITALARIA:	24 DIAS
Dx. DE INGRESO:	PROBABLE ENCEFALITIS VIRAL.

SE TRATA DE FEMENINO DE 4 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DE LA Cd. DE COZUMEL Q.R., SIN ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES DE IMPORTANCIA PARA -- SU PADECIMIENTO ACTUAL.

MADRE DE 32 AÑOS D. EDAD, SE DEDICA A LAS LABORES DEL HOGAR, SE ENCUEN-
TRA EN APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD, PRODUCTO DE LA I GESTA, LA MADRE
CURSA EL EMBARAZO SIN COMPLICACIONES, CON DURACIÓN DE 9 MESES, OBTE- --
NIÉNDOSE PRODUCTO ÚNICO VIVO POR EUTÓCICO, CON PESO AL NACIMIENTO DE --
3,680 KG. CO. VALORACIÓN DE APGAR DE 9-9, CURSA EL PERIODO NEONATAL SIN
COMPLICACIONES, ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO DURANTE 2 MESES, POSTERIOR
MENTE LECHE MATERINIZADA HASTA LOS 6 MESES, ABLACTACIÓN A LOS 3 MESES --
CON PURÉS DE FRUTA. EL DESARROLLO PSICOMOTOR ES NORMAL.

PADRE DE 35 AÑOS DE OCUPACIÓN COMERCIANTE, QUIEN 15 DÍAS PREVIOS HABÍA-
PADECIDO LESIONES HERPÉTICAS EN MUCOSA BUCAL SIN COMPLICACIONES, CURAN-
DO EN FORMA EXPONTÁNEA.

HERMANA DE 2 AÑOS DE EDAD, LA CUAL SE ENCUENTRA EN APARENTE BUEN ESTADO
DE SALUD.

PADECIMIENTO ACTUAL :

LO INICIA 15 DÍAS ANTES DE SU INGRESO CON :

HIPERTERMIA.- DE TIPO INTERMITENTE, CON PICO MÁXIMO DE 40° C, DE PREDOMINIO NOCTURNO CONTROLADA PARCIALMENTE CON NEOMELUBRINA Y MEDIOS FÍSICOS, SE ACOMPAÑA DE ESCALOFRÍOS REMITIENDO DURANTE 5 DIAS PARA REAPARECER NUEVAMENTE 5 DÍAS PREVIOS A SU INTERNAMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DESCRITAS PREVIAMENTE,

CRISIS CONVULSIVAS.- CON DURACIÓN DE 15 MINUTOS, UNA SOLA OCACIÓN 3 DIAS PREVIOS A SU INTERNAMIENTO, TÓNICO-CLÓNICA, LOCALIZADA A HEMICUERPO IZQUIERDO, CON FIJACIÓN DE LA MIRADA AL FRENTE, SE ACOMPAÑA DE PÉRDIDA EN EL CONTROL DE ESFÍNTER VESICAL, YUGULÁNDOSE CON DIAZEPAM,

SOMNOLÉNCIA.- SE PRESENTA 24 HR, PREVIAS A SU INTERNAMIENTO, SE ACOMPAÑA DE DIFICULTAD EN LA ARTICULACIÓN DE PALABRAS ASÍ COMO DIFICULTAD PARA LA DEGLUSIÓN DE ALIMENTOS,

PERMANECE HOSPITALIZADA EN UNA CLÍNICA DEL IMSS, DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE SALMONELOSIS Y CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES, INICIÁNDOSE TRATAMIENTO CON PENICILINA SÓDICA CRISTALINA LA CUAL SE CAMBIA POSTERIORMENTE A GENTAMICINA Y AMPICILINA

EXPLORACIÓN FÍSICA.- SE ENCUENTRA CON LOS SIGUIENTES DATOS CLÍNICOS: PUPILAS ISOCÓRICAS Y CON RESPUESTA LENTA A ESTÍMULOS LUMINOSOS, CON PRESENCIA DE RIGIDEZ DE NUCA, CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN SIN ALTERACIÓN. EXTREMIDADES INFERIORES CON HIPERREFLEXIA OSTEOTENDINOSA, SIGNO DE KERNIG Y BRUDZINSKY POSITIVOS. SE TOMÓ UN EXÁMEN DE LCR EL CUAL FUÉ DE ASPECTO TRANSPARENTE, GLUCOSA DE 67,5 MG/DL, PROTEINAS DE 24,6 MG/DL-25 LEUCOCITOS CON 100% DE MONONUCLEARES,

SU MANEJO INICIAL FÚE: AYUNO, SOLUCIONES PARENTERALES CON SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5% /FISIOLÓGICA 241 A 70 ML/KG/DIA, POTASIO A 2 MEQ/KG/DIA -- FENITOINA 7 MG/KG/DIA, DEXAMETASONA 0,7 MG/KG/DIA, MANITOL AL 20% A 0,9 GR/KG/DOSIS CADA 8 HR, PENICILINA SÓDICA CRISTALINA 170 000 UI/KG--DIA, CLORANFENICOL 90 MG/KG/DIA,

EVOLUCIÓN:

24/OCT/85.- PRESENTA CRISIS CONVULSIVA CLÓNICA EN HEMICUERPO IZQUIERDO QUE EVOLUCIONA A STATUS EPILÉPTICUS, SE AGREGA RESPIRACIÓN SUPERFICIAL-

ASÍ COMO CIANOSIS DISTAL POR LO QUE SE DECIDE PRACTICAR INTUBACIÓN EN--
DOTRAQUEAL, RECIBIENDO TRATAMIENTO CON BROMURO DE PANCURONIO Y TIOPEN--
TAL SÓDICO PARA YUGULAR LAS CRISIS CONVULSIVAS. SE INSTALA VENTILADOR -
VOLUMÉTRICO OHIO 560 CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: FIO₂ 70%, VOLUMEN-
CORRIENTE 200 ML, FRECUENCIA 35 POR MINUTO.

SE AGREGA AL TRATAMIENTO ACYCLOVIR A 9 MG/KG/DIA, ASÍ COMO SE INSTALA -
CATETER DE VENODISECCIÓN. SE TOMA NUEVAMENTE PUNCIÓN LUMBAR PARA ESTU--
DIO DE LCR EN EL CUAL PRACTICAMENTE SE ENCUENTRA CON LAS MISMAS CONSTAN-
TES QUE EL ANTERIOR.

25/OCT/85.- SE TOMA UN ELECTROENCEFALOGRAMA : EL CUAL MUESTRA SEVERA --
DISRRITMIA GENERALIZADA CON ACTIVIDAD FOCAL ALTERNA EN REGIONES FRONTA-
LES, SUGESTIVA DE ETIOLOGÍA HERPÉTICA. SE SUSPENDE DEXAMETASONA.

26/OCT/85.- SE INICIA VIA ORAL CON DIETA LICUADA A 60 ML/KG/DIA CON 60-
CALORÍAS/KG/DIA.

28/OCT/85.- CONTINÚA PRESENTANDO CONVULSIONES TÓNICO-CLÓNICAS GENERALI-
ZADAS EN FORMA ESPORÁDICA. SE ENCUENTRA CON NIVELES ALTOS DE FENOBARBI-
TAL Y FENITOINA POR LO QUE SE SUSPENDEN DURANTE UN DIA.

29/OCT/85.- SE AGREGA AL TRATAMIENTO ÁCIDO VALPRÓICO A 21 MG/KG/DIA POR
NO LOGRARSE EL CONTROL DE CRISIS CONVULSIVAS. POR PRESENTAR SECRESIONES
AMARILLAS EN CÁNULA ENDOTRAQUEAL Y PERSISTENCIA DE FIEBRE SE DECIDE ---
CAMBIAR ANTIBIÓTICOS: SE INSTALA AMIKACINA A 18.8 MG/KG/DIA Y DICLOXA--
CILINA 117MG/KG/DIA.

30/OCT/85.- SE DETECTA ATELECTASIA DEL LÓBULO SUPERIOR DERECHO.PERSISTE
CON CRISIS CONVULSIVAS QUE HAN DISMINUIDO DE INTENSIDAD Y SOLO SE LOCA-
LIZAN A MANO Y CARA IZQUIERDA.

31/OCT/85.- SE RETIRA VENTILADOR VOLUMÉTRICO.

1/NOV/85.- SE RETIRA CATETER DE VENODISECCIÓN.

2/NOV/85.- EVOLUCIÓN DESFAVORABLE QUE AMERITA NUEVA INTUBACIÓN ENDOTRA-
QUEAL Y NUEVA VENODISECCIÓN EN YUGULAR EXTERNA IZQUIERDA.

3/NOV/85.- SE RETIRA ACYCLOVIR.

5/NOV/85.- SE INCREMENTA DOSIS DE ÁCIDO VALPRÓICO A 30 MG/KG/DIA , SE-
ENCUENTRA MÁS REACTIVA, HA CONTINUADO PRESENTANDO CRISIS CONVULSIVAS-
FOCALIZADAS EN FORMA ESPORÁDICA.

7/NOV/85.- CONTINÚA PRESENTANDO CRISIS CONVULSIVAS TÓNICO-CLÓNICAS ---
FOCALIZADAS A MIEMBROS SUPERIORES POR LO QUE SE SUSPENDE FENITOINA Y -
SE AGREGA CLONAZEPAM A 0,1 MG/KG/DIA.

8/NOV/85.- EGRESA DE LA UNIDAD DE TERÁPIA INTENSIVA POR MEJORÍA, SE --
SUSPENDE FENOBARBITAL.

16/NOV/85.- ALTA POR MEJORÍA DEL HOSPITAL INFANTIL PRIVADO.

RESULTADOS:

ACTUALMENTE LA PACIENTE TIENE 5 AÑOS DE EDAD, HA AMERITADO HOSPITALI--
ZARSE EN 3 OCASIONES POR CRISIS FEBRILES DE DIFÍCIL CONTROL,
SIN EMBARGO, SU DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO Y LAS SECUELAS QUE --
PRESENTA POSTERIOR A HABER PADECIDO ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE SON
CRISIS FEBRILES DE DIFÍCIL CONTROL Y DISCRETA DIFICULTAD PARA LA ARTI-
CULACIÓN DEL LENGUAJE. LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON SUS FAMILIA-
RES SON ADECUADAS

IV.- DISCUSION.

EL CUADRO CLÍNICO (SÍNDROME INFECCIOSO Y DE NEURONA MOTORA SUPERIOR)- Y SU EVOLUCIÓN SUGIEREN EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS; LAS CARACTERÍSTICAS "ASÉPTICAS" DE AMBOS ANALISIS DEL LCR SON COMPATIBLES CON ETIOLOGÍA VIRAL (2). AUNQUE EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE CERTEZA SOLAMENTE SE HUBIERA PODIDO OBTENER MEDIANTE EL ESTUDIO VIROLOGICO ESPECIALIZADO (CULTIVOS Y SEROLOGÍA) Y LA BIÓPSIA CEREBRAL, AMBOS PROCEDIMIENTOS NO FUERÓN EFECTUADOS EN ESTA PACIENTE.

EN LOS NIÑOS QUE PRESENTAN DATOS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE ENCEFALITIS -- PREDOMINANTEMENTE FIEBRE Y CRISIS CONVULSIVAS GENERALMENTE FOCALIZADAS SE DEBE DE SOSPECHAR LA ETIOLOGÍA POR HERPES SIMPLE Y SÍ ÉSTO SE ACOMPAÑA DE ALTERACIONES EN UN ELECTROENCEFALOGRAMA Y/O TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA LA CONDUCTA ADECUADA ES INSTALAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON ACYCLOVIR YA QUE LA MORTALIDAD QUE SE PRESENTA ES DEL 70% Y SE PUEDE DISMINUIR LA TASA DE SECUELAS INCAPACITANTES QUE SE PRESENTAN SI NO SE INSTALA TRATAMIENTO.

LAS SECUELAS QUE PUEDEN PRESENTARSE SON CUADRIPIRESIA ESPÁSTICA, MIGRAÑA, RETRASO MENTAL SEVERO, TRASTORNOS EN LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE, CRISIS FEBRILES, STATUS EPILEPTICUS ASOCIADOS A FIEBRE.

EXISTEN MUCHOS RECURSOS DE DIAGNÓSTICO QUE NOS BRINDAN AYUDA PARA ESTABLECER LA ETIOLOGÍA COMO SON :

1.- EXÁMENES DE LABORATORIO.

- A).- DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS CON TÉCNICA DE INMUNOFLORESCENCIA ASÍ COMO CON TÉCNICA DE ELISA (INMUNOABSORBENCIA),
- B).- DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS POR MEDIO DE FIJACIÓN DE COMPLEMENTO O NEUTRALIZACIÓN.
- C).- DETECCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE POR INMUNOMEDIADORES : (HEMAGLUTINACIÓN Y HEMADSORCIÓN),

SIN EMBARGO, ESTOS EXÁMENES NO SE REALIZAN EN EL PAÍS PORQUE NO SE CUENTA CON LA TECNOLOGÍA NECESARIA. ADEMÁS DE QUE ÉSTOS EXÁMENES TARDAN MÁS DE 10 DÍAS EN HACERSE POSITIVOS. (2).

2.- BIOPSIA CEREBRAL.

SE MENCIONA QUE EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE LA ENCEFALITIS POR HERPES-SIMPLE SE ESTABLECE CON LA BIOPSIA CEREBRAL; SIN EMBARGO, ÉSTA DEBE DE EFECTUARSE DEL SITIO ADECUADO YA QUE AL INICIO DE LA ENCEFALITIS EXISTE UNA DISTRIBUCIÓN IRREGULAR Y AL TOMARSE LA BIOPSIA NO SEA DEL SITIO ADECUADO CON LO QUE LA ANTERIOR SE REPORTA NEGATIVA Y ÉSTO NO EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO. (2).

POR LO TANTO, SE CONCLUYE QUE ES UN PROCEDIMIENTO COSTOSO, DE ALTA MORTALIDAD, QUE REQUIERE DE UN NEUROCIRUJANO Y PUEDE PRESENTAR COMPLICACIONES (INFECCIÓN DEL SITIO DONDE SE EFECTUÓ LA TOMA DE BIOPSIA),

EN RESUMEN, LOS SIGNOS CLÍNICOS Y ELECTROENCEFALOGRÁFICOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA EN UN NIÑO CON EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS VIRAL SON SUGESTIVOS DE ETIOLOGÍA POR VIRUS HERPES SIMPLE. (2).

ESTA DESCRITO EN LA LITERATURA QUE EN LOS CASOS EN QUE NO SE PUEDA DISPONER DE OTROS RECURSOS DIAGNÓSTICOS MÁS ELABORADOS UN CUADRO CLÍNICO Y ELECTROENCEFALOGRÁFICO COMPATIBLES PUEDEN SER SUFICIENTE PARA SUGERIR DICHA ETIOLOGÍA Y EN VIRTUD DEL BENEFICIO POTENCIAL QUE EL ACYCLOVIR EN ÉSTA ENFERMEDAD (REDUCCIÓN DE LA LETALIDAD DEL 70% AL 17% Y SECUELAS DEL 87% AL 32%) ES CONVENIENTE EN LOS CASOS SOSPECHOSOS EL USO EMPIRICO DEL MEDICAMENTO.

V.- CONCLUSIONES.

- 1.- LA ENCEFALITIS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE ES UNA ENFERMEDAD -- DE CONSECUENCIA DEVASTADORA EN LA POBLACIÓN INFANTIL.
- 2.- DE TODOS LOS AGENTES ANTIVIRALES ESTUDIADOS EL ACYCLOVIR ES --- CONSIDERADO DE ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD, -
- 3.- EL USO OPORTUNO DE ACYCLOVIR PERMITE REDUCIR LA LETALIDAD AL -- 19%, Y DE LOS PACIENTES SOBREVIVIENTES LAS SECUELAS SE REDUCEN A 32%.
- 4.- EL CUADRO CLÍNICO Y LOS HALLAZGOS DE GABINETE (ELECTROENCEFALOGRAMA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA) BRINDAN UNA BUENA APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO; ELIMINA EL RIESGO Y COSTO DE -- BIOPSIA CEREBRAL Y PERMITEN EL INICIO DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO.

VI.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- KOHL S, JAMES AR, HERPES SIMPLEX VIRUS ENCEPHALITIS DURING ---
CHILDHOOD: IMPORTANCE OF BRAIN BIOPSY DIAGNOSIS. J. PEDIATR,
1985; 107 : 212-215.
- 2.- SKOLDENBERG B, ALESTIG K, BURMAN L, FORMAN A, LOVGREN K, NORRBY
R, STIENRNSTEDT G, FORSGREN M, BERGSTROM T, DAHLOVIST E, FRYDEN
A, NORLIN K, UHNOO I, OLDING-STENKVIST E, VAHL K: ACYCLOVIR --
VERSUS VIDARABINA IN HERPES SIMPLEX ENCEPHALITIS. LANCET, 1984;
SEPTEMBER 29: 707-11.
- 3.- LANG DJ; VIRUS HERPES HOMINIS POSTNATAL. EN : ENFERMEDADES IN---
FECCIOSAS PEDIATRICAS. FEIGIN R, CHERRY J. (ED) IA, ED., INTE--
RAMERICANA, MÉXICO D.F. 1983 : 1385-92.
- 4.- FARMER TW.: INTRACRANEAL INFECTIONS, EN PEDIATRIC NEUROLOGY,
THIRD ED. HARPER AND ROW PUBLISHERS PHI. 1983 : 487-506.
- 5.- DAVIS B, DULBECCO R, EISEN H, GINSBERG H, MOOD B. ; HERPES --
VIRUSES. EN : MICROBIOLOGY. FIRST ED. HARPER AND ROW PUBLIS--
HERS, NEW YORK 1969: 1238-44.
- 6.- KAYE E, DOOLING E. NEONATAL HERPES SIMPLEX MENINGOENCEPHALITIS
ASSOCIATED WITH FETAL MONITOR SCALP ELECTRODES. NEUROLOGY, ---
1981; 31 (8): 1045-47.
- 7.- PARVEY L, CH' IEN LT.; NEONATAL HERPES SIMPLEX VIRUS INFECTION --
INTRODUCED BY FETAL MONITOR SCALP ELECTRODES. PEDIATRICS, 1980;
65 (6) : 1150-53.

- 8.- KOGAN IL, AKSENOV OA, ZINCHENKO AP, SOROKINA MN. : DIAGNOSIS - OF HERPETIC LESIONS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM. VOPR VIRU-- SOL. 1984. 29 (4): 441-7.
- 9.- KRUGEPR H, GROSSE D, DREWITZKY, ROCHKAMM R. : CORRELATION --- BETWEEN CT FINDINGS AND CLINICAL COURSE IN VIRAL AND BACTERIAL- MENINGOENCEPHALITIS. COMPUTERTOMOGRAFIE. 1983, 3 (1): 32-7.
- 10.- O'DONOGHUE S, MILLER KJ, WEINBERG PB, ROSE RC. : HERPES SIM--- PLEX VIRUS TYPE II MENINGOENCEPHALITIS IN AN IMMUNUCOMPROMISED ADULT. SOUTH MED J. 1983, 76 (4): 538-9.
- 11.- ALLINQUANT B, GIRAUD V, PICIOTTI M, SCHULLER E. : SERUM AND --- CEREBROSPINAL FLUID ANTIBODIES TO SINGLE-STRANDED AND DOUBLE - STRANDED NUCLEIC ACIDS IN NEUROLOGICAL DISEASES. J. NEURO --- IMMUNOL. 1982. 3 (2) ; 77-89.
- 12.- LESHCHINSKAIA EV, MARTYNYENKO IN, NIKULINA VG, ANDREEVA LS, --- RAVKINA LI. : ACUTE MENINGOENCEPHALITIS IN CHILDREN CAUSED BY - HERPES SIMPLEX VIRUS. Zh NEVROPATL PSIKHIATR. 1981; 81 (4) ; 536-42.
- 13.- PELC S, DE MAERTELAERE E, DENOLIN R. : CSF CYTOLOGY OF ACUTE - VIRAL MENINGITIS AND MENINGOENCEPHALITIS. EUR NEUROL. 1981; -- 20 (2) ; 95-102.
- 14.- LAWRENCE T, CH' IEN MD, RICHARD J, WHITLEY MD, ANDRE J, NAHAMIAS MD, EDWARD B, LEWIN MD, CALVIN C, LINNEMANN JR MD, LAURENCE D, FRENKEL MD, BELLANTI J, BUCHANAN RA, ALFORD JR C. : ANTIVIRAL- CHEMOTERAPY AND NEONATAL HERPES SIMPLEX VIRUS INFECTION: A -- PILOT STUDY EXPERIENCE WITH ADENINE ARABINOSIDE (Ara-A), ---- PEDIATRICS. 1975; 55 (5) ; 678-85.

- 15.- MOHAMAD A, MIKATI MD, KALPATY S, KRISHNAMOORTHY.: HYPOGLI- ---
CORRAQUIA IN NEONATAL HERPES SIMPLEX VIRUS MENINGOENCEPHALITIS
J. PEDIATR. 1985; 107 (5) : 746-8.
- 16.- KUMATE J, GUTIERREZ G; INFECCIÓN POR HERPES VIRUS HOMINIS. EN:
MANUAL DE INFECTOLOGIA; ED. FRANCISCO MENDEZ CERVANTES; 10 ED.
MÉXICO 1984; 266-70.