

CONCURSO CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS.  
NIÑO CON FIEBRE Y DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA.

A. Almécija Muñoz\*, A. Caro Barri, C. Martínez del Pozo, M.I. González Tomé.

Hospital Universitario Doce de Octubre.

Ara Almécija Muñoz. Glorieta Santa María de la Cabeza, 7-7º DCHA. CP 28045. Madrid. Teléfono: 636572352. Correo electrónico: [ara.almecija@gmail.com](mailto:ara.almecija@gmail.com)

Presentamos el caso de un niño de 2 años y 11 meses, sin antecedentes personales de interés, que consulta en nuestro servicio de urgencias por fiebre de 24 horas de evolución, sin clínica catarral ni digestiva asociadas, siendo diagnosticado de faringoamigdalitis aguda. Acude nuevamente a urgencias tras haber recibido dos dosis de penicilina, por persistencia de fiebre de hasta 41°C, acompañada de vómitos, decaimiento y afectación del estado general. Durante su estancia en el servicio de urgencias, alterna periodos de irritabilidad con otros de disminución del nivel de conciencia. Se realiza TC craneal urgente en el que no se objetiva ninguna alteración, y tras éste, punción lumbar, obteniéndose los siguientes valores en la citoquímica del líquido cefalorraquídeo: 56 leucocitos/mm<sup>3</sup>, 45 mg/dl de glucosa y 0.48 g/l de proteínas. Ingresa en UCIP con diagnóstico de sospecha de encefalitis aguda de probable etiología viral y se inicia tratamiento empírico con aciclovir, cefotaxima y azitromicina, a la espera del resultado de los cultivos del LCR. Se realiza Resonancia Magnética cerebral al tercer día de ingreso: en las secuencias convencionales no se identifican alteraciones, y tras administración de contraste paramagnético se observa gran realce meníngeo de ambas convexidades tanto supra como infratentorial, lo que sugiere meningitis sin signos de encefalitis. Los cultivos del LCR descartan etiología bacteriana, por lo que se suspende la cefotaxima. Se obtiene PCR para enterovirus y virus herpes simplex negativa, por lo que se amplía el estudio microbiológico del LCR, obteniéndose PCR positiva para herpesvirus humano tipo 6. Ante este resultado, se sustituye el aciclovir por ganciclovir intravenoso a dosis de 12 mg/kg/día. Durante su estancia en el hospital, el paciente presenta mejoría progresiva de su exploración neurológica. Al alta, se había recuperado prácticamente de forma completa, siendo capaz de deambular con normalidad, obedecer órdenes y masticar, persistiendo únicamente discreta afasia con disartria, que había desaparecido completamente en la primera revisión en consulta tras el alta.

Discusión: La encefalitis aguda puede estar causada por un amplio espectro de agentes y ningún signo, síntoma o valor del LCR permite, de forma aislada, establecer el diagnóstico. Debe incluirse la detección del VHH-6 mediante PCR en LCR en el diagnóstico diferencial de infecciones del SNC en niños.