

Meningoencefalitis como debut de una mononucleosis infecciosa²¹

Por el Dr.:

JESÚS CABALLERO LIZAZO²²

Caballero Lizazo, J. *Meningoencefalitis como debut de una mononucleosis infecciosa*. Rev. Cub. Med. 11: 4, 1972.

Se realiza un estudio, mediante el que se determina en virtud de las pruebas serológicas efectuadas y del cuadro clínico que presentó nuestro enfermo, que se trata de un caso de mononucleosis infecciosa con complicación meningoencefálica como debut de la misma.

El electroencefalograma (FEG) practicado sistemáticamente en los pacientes en quienes no sean evidentes los síntomas clínicos de complicación neurológica, servirá para determinar un mayor porcentaje de participación neurológica en el curso de la mononucleosis infecciosa.

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad benigna, de naturaleza infecciosa (viral) que ataca especialmente a los adolescentes y adultos jóvenes; su complicación puede conllevar graves consecuencias y especialmente la meningoencefálica puede conducir a la muerte.

Por las características evolutivas y de diagnóstico que reviste esta enfermedad y en especial nuestro caso, se hace necesario señalar algunos de los aspectos más importantes a valorar con relación a lo antes expuesto.

El diagnóstico positivo de la mononucleosis infecciosa se basa en 3 aspectos fundamentales:

a—) Cuadro clínico florido.

b—) Elevación del título de anticuerpos heterófilos capaces de aglutinar los hematíes del carnero. (Prueba de *Paul Bunnell*).

c—) Pruebas de adsorción (test de *Deavisohn*).

Es necesario señalar que no sólo la mononucleosis es capaz de producir anticuerpo* heterófilos aglutinantes de los glóbulos del carnero, sino también & pueden obtener reacciones análogas en otras entidades como son:

Hepatitis

Linfoma

Leucosis, Linfosarcoma, etc.

²¹Trabajo presentado en la I Jornada Provincial de Medicina Interna de la Habana, marzo de 1972.

²²Instructor de Medicina Interna, Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

Así como en las inyecciones de sueros heterófilos, las transfusiones masivas y las inyecciones a repetición de extractos hepáticos.

Con relación a las patologías antes mencionadas, es de valor el hecho de que en las mismas sólo obtendremos títulos inferiores a $1/112$ no así en las inyecciones de sueros heterófilos en los cuales se obtienen resultados mayores a $1/224$.

El tipo de anticuerpos que se genera en todos estos procesos ajenos a la mononucleosis se le conoce con el nombre de anticuerpos tipo *Forssman* teniendo como característica el ser adsorbidos totalmente por el macerado de riñón de cobayo; los anticuerpos producidos por la mononucleosis infecciosa son *Forssman negativos* ya que no son adsorbidos por el macerado de riñón de cobayo total o incompletamente, pero al ponerles en contacto con los hematíes de buey se efectúa la adsorción de los mismos.

De lo anteriormente expuesto se deduce que el diagnóstico de la mononucleosis infecciosa depende en gran medida de los tests serológicos, ya sean en los de tipo cuantitativo (test de *Paul Bunnell*) o en mayor medida en los tests de adsorción (test de *Deavisohn*).

Si la prueba de *Paul Bunnell*, no está acompañada de un cuadro clínico florido con las manifestaciones hematológicas periféricas evidentes, no es posible omitir un diagnóstico positivo de mononucleosis en ausencia de las pruebas de adsorción.

En trabajos realizados por *R. Murato-ro* e *I. Deavisohn*, se hace referencia al hecho de que pacientes portadores de un cuadro clínico ostensible y títulos de aglutinación mayores de $1/224$ son positivos de mononucleosis infecciosa; además, pacientes portadores de títulos mayores de $1/1792$ en ausencia de cuadro clínico específico son portadores de la

mononucleosis, excepto los que han sido tratados con inyecciones de sueros heterófilos.

Con relación a la evolución, estos autores señalan que los resultados positivos o negativos de los tests serológicos, especialmente los de aglutinación no guardan uniformidad o continuidad, describiendo periodos cíclicos evolutivos variables de un individuo a otro.

Por regla general se hacen positivas las pruebas entre los 5 y 24 primeros días del proceso, otras veces no se encuentran resultados positivos hasta transcurridas 12 semanas de haberse iniciado el cuadro clínico de la enfermedad; se han encontrado pruebas serológicas negativa» a los 45 días, y otras han mantenido su positividad hasta los 6 meses. Algunos pacientes hacen brotes alternantes de calma y agudización de la enfermedad durante años, lo cual fue denominado por *Isaacs* "*Mononucleosis Crónica*"

Sohver informa cifras de 115 días a partir de los cuales se produciría la negativización de las pruebas.

Lechewitz, expresa como límite de negativización el periodo comprendido entre los 45 y los 446 días.

Demanlio señala el día 240 como fecha de negativización.

La desaparición del cuadro clínico antes de producirse la negativización de las pruebas es un hecho ante el cual concuerda la opinión de todos los autores; así como que también las llamadas recaídas cíclicas de la enfermedad, pueden ser interpretadas como una simple secuela de actividad serológica o la traducción de la persistencia del virus en el organismo. Siendo las complicaciones de la enfermedad las que revisten mayor gravedad produciendo incluso la muerte del paciente.

PRESENTACION DE UN CASO

El caso que motiva nuestro trabajo, es el siguiente: paciente *Victor Ruiz Pérez*, 16 años, raza blanca, que llega a nosotros con síntomas clínicos típicos de participación meningoencefálica, las cuales representan más del 50% de las complicaciones neurológicas (1 a 2.5% del total) presentando pérdida de la conciencia, convulsiones, contracciones técnicas y clásicas, status epileptiforme, con eliminación de espuma por la boca, rigidez de nuca y maniobras de *Korning* y *Brudzinski* positivas, con reflectividad osteotendinosa disminuida y presencia de adenopatías cervicales bilaterales (del tamaño de un guisante).

Los familiares del paciente nos refieren que padeció hace 5 ó 6 días de fiebre, dolores de cabeza y vómitos en pistoletazo, siendo descritos estos últimos por los familiares del paciente en la forma típica a esta denominación. Fue conducido al policlínico de la localidad donde reside, recibiendo tratamiento con sueros y antibióticos, y en vista de la creciente gravedad de su cuadro clínico, es traído a nuestro centro.

Como datos de interés es necesario hacer el señalamiento de que nuestro paciente no había recibido tratamiento con sueros heterófilos ni con extracto hepático.

En el resto del examen clínico encontramos los siguientes datos positivos:

Aparato cardiovascular: Pulso 116/minuto T. A. 130/80.

Aparato respiratorio: Algunos estertores sibilantes en ambas bases pulmonares.

Aparato digestivo: Hepatomegalia ds I a través de dedo.

Sistema hemolinfopoyético: Adenopatías (ya descritas); no esplenomegalia.

Sistema nervioso: Lo descrito anteriormente más un fondo de ojo negativo.

Los exámenes complementarios realizados muestran: Hemograma. Se practican 4 encontrándose:

Lirifocitos..... 57 %
Monocitos 8 %
Leucocitos
15,000

En uno de los 4 hemogramas realizados no encontraron células de *Turk* en número de 4 y un plasmacell; en todos ellos células de tipo linfomonocitarias.

Conteo de plaquetas: 245,000
Hemoglobina..... 12

Hematócrito:..... 42

Eritrosedimentación: 32

Pruebas funcionales hepáticas:

Me Lagan 16
Floculación timol XXX
Sellek Frade 6.10

Líquido cefalorraquídeo: Claro como agua de roca con goteo normal.

Estudio citoquímico: Normal.

Estudio bacteriológico: Normal.

Prueba de Paul Bunnell: Se practicaron 3 arrojando cifras de aglutinación de: 1/3584, 1/896 y 1/224.

Test de Deavisohn: No se efectuó por alteraciones del reactivo en ese momento.

Electroforesis de proteínas:

Gammaglobulina
15.2% (Discretamente elevada posiblemente en relación con la toma hepática).

Rx de tórax: (A repetición) Sin alteraciones pleuropulmonares.

Después de haberse efectuado los exámenes complementarios anteriormente relacionados, fueron disminuidas las dosis de la terapéutica a base de antibióticos que inicialmente recibió (penicilina, sulfas, cloramfenicol, etc.).

Y en virtud de que el paciente mantenía su estado de pérdida de la conciencia y convulsiones, se añadió al tratamiento del enfermo lo siguiente:

Manitol: 50 gramos cada 8 horas.

Hidrocortisona: 100 miligramos cada 8 horas.

Medidas antitérmicas.

Mantenimiento de una adecuada hidratación.

En pocas horas la mejoría del estado del paciente se hizo ostensible, recobrando la conciencia, desapareciendo las convulsiones, por lo que fue posible otorgarle el alta clínica a los 13 días de su ingreso.

ESTADÍSTICA EN RELACION CON LOS CASOS DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA INGRESADOS EN SIETE HOSPITALES DOCENTES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA.

Hospital	No. de casos de tiempo	Período	Complicación meningoencefálica
"Calixto García"	114	1961-1972	ninguno
"Cmdte. J. M. Fajardo"	96	1962-1972	ninguno
Clínico Quirúrgico "10 de Octubre"	8	1970-1972	ninguno
"Enrique Cabrera"	64	1962-1972	ninguno
Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán"	14	1970-1972	un caso
Instituto de Neurología:	Se informa de 2 casos sospechosos de presentar complicaciones meningoencefálicas pero no existe la confirmación serológica.		
"Carlos J. Finlay"	100	1961-1972	ninguno

SUMMARY

Caballero Lirazo, J. *Meningoencephalitis as a debut of infectious mononucleosis*. Rev. Cub. Med. 11: 4, 1972.

According to performed serological tests and the clinical picture presented by this patient, we state that an infectious mononucleosis case with meningoencephalitis complication as a debut of this disease has taken place. Electroencephalogram systematically performed on patients in whom clinical symptoms of neurological complication are not apparent will be useful for determining a higher percentage of neurological involvement in the course of infectious mononucleosis.

RESUME

Caballero Lirazo, J. *Méningoencéphalite comme debut d'une mononucléose infectieuse*. Rev. Cub. Med. 11: 4, 1972.

En vertu des tests sérologiques effectués et du cadre clinique que notre malade a présenté, nous affirmons que celui-ci est un cas de mononucléose infectieuse avec complication méningo-encéphalique comme debut de la même. L'électroencéphalogramme (EEG) pratiqué systématiquement aux patients dans lesquels les symptômes cliniques de complication neurologique ne soient pas évidents, servira pour déterminer un plus grand pourcentage de participation neurologique pendant le cours de la mononucléose infectieuse.

PESEME.

ir'

Kadajuiepo Jlii3aso, X. MeKHHro9Hue\$ajmT ksk nepsoe npoHBJieune hhéc- HHOímoro TOHOHyiuieo3a. Eov. Cub. Ued. ii: 4, 1972.

Ha 0CH0Be npoBej[eHHHX cepojiorffqecKHx nccJieflOBaHHft H KjmHmecKoS KapTEHH Harnero nacHeHTa. MH c'QiTaeM HTO 3TO naaneTCii cJiy^aeM MOHOHy- K^eo3a iHmeKnjoHHoro c iieHHHro3Hiie\$ajiiraecKHM ocJiosHem-ieM B Ka^ecT- Be neporo npoHBJieHKH. SSr.cHCTeMaTiraecKH cjiejaHHHÍ y naiDieHTOB, y KOTOptDC HeoneBÍJUÍH KJDIHIPieCKHe CHMITOMH HeBpOJIOrmeCKOpO OCJIOSheHIÍH noMoseT onpejejiiiTL ÓOJIMM# ripoueHT HeBpojioriraecKoro y^acTHH B Kyp- ce HHJieKitHOHHoro MOHOH3njeo3a.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Anido*: Laboratorio Clínico. (año 1969).
2. —*Céciland Loeb*: Medicina Interna (año 1968).
3. —*Davisohn y Muratore*: Evolution Serologi- que de la Mononucléose Infectieuse. Revue dhématologie (año 1958).
4. —*Pons*: Enfermedades Infecciosas. Páginas 786
5. —*Melvin, A.*: Enfermedades Infecciosas. Ca. pitillo XI (año 1970).
6. —Control de Casos de Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Décima Edición. Página 197 (año 1965).