Revista Cubana de Medicina Militar

2026;55(4):e026077431

Presentación de Caso

Enfoque diagnóstico de un caso probable de encefalitis herpética

Diagnostic approach of a probable case of herpes encephalitis

Keilan Martínez Pérez[1]* https://orcid.org/0000-0002-9662-8307

Dariel Verde Martínez[1] https://orcid.org/0000-0002-8897-3880

Arlin Marzo Lastra[1] https://orcid.org/0009-0001-6273-9877

Narciso Ramírez Cruz[1] https://orcid.org/0000-0003-0881-9072

[1]Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: keilanmartinezperez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La encefalitis herpética tiene baja incidencia en el mundo y su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica.

Objetivo: Presentar las características clínicas, imagenológicas y humorales de una paciente con probable encefalitis herpética.

Caso Clínico: Paciente femenina de 53 años de edad con antecedentes de herpes labial y COVID-19. Asistió a cuerpo guardia por presentar cefalea intensa, fiebre, vómitos, desorientación y una convulsión tónico-clónica generalizada. Al examen físico se apreciaba somnolienta y desorientada, con apraxia nominal y parafasia. No existía afectación de pares craneales ni déficit motor; pupilas y fondo de ojo sin alteraciones. No signos meníngeos. Se realizaron exámenes de laboratorio que incluyó punción lumbar y evidenció escasa celularidad y hematíes. La tomografía axial computarizada no mostró alteraciones. Se planteó encefalitis herpética como diagnóstico más probable y se trató con aciclovir durante 21 días. Después se realizó resonancia magnética nuclear

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(4):e026077431

y electroencefalograma, lo cual permitió constatar las lesiones compatibles con la enfermedad sospechada.

Conclusiones: La encefalitis herpética tiene una alta mortalidad sin tratamiento médico. Su diagnóstico resulta difícil por la variedad de síntomas inespecíficos. La mayoría de los pacientes que sobreviven a la enfermedad quedan con secuelas neurológicas.

Palabras claves: aciclovir; encefalitis herpética; herpes simple.

ABSTRACT

Introduction: Herpetic encephalitis has a low incidence worldwide, and its diagnosis requires a high degree of clinical suspicion.

Objective: To present the clinical, imaging, and humoral characteristics of a patient with probable herpetic encephalitis.

Clinical case: A 53-year-old female patient with a history of oral herpes and COVID-19. She presented to Emergency with severe headache, fever, vomiting, disorientation, and a generalized tonic-clonic seizure. On physical examination, she appeared drowsy and disoriented with nominal apraxia and paraphasia. There was no cranial nerve involvement or motor deficit; pupils and fundus were normal. There were no meningeal signs. Laboratory tests were conducted, including a lumbar puncture, which showed low cellularity and red blood cells. The CT scan showed no abnormalities. Herpetic encephalitis was considered the most probable diagnosis, and she was treated with acyclovir for 21 days. Subsequently, magnetic resonance imaging and electroencephalogram were performed, and lesions compatible with the suspected disease were observed.

Conclusions: Herpetic encephalitis has a high mortality rate without medical treatment. Its diagnosis is difficult due to the variety of nonspecific symptoms. Most patients who survive the disease are left with neurological sequelae.

Keywords: acyclovir; herpetic encephalitis; herpes simplex.

Bajo licencia Creative Commons

Revista Cubana de Medicina Militar
2026;55(4):e026077431

Recibido: 07/03/2026
Aprobado: 29/09/2026

INTRODUCCIÓN

La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central que se asocia a disfunción neurológica. Su etiología corresponde a un agente infeccioso o a un proceso autoinmune que puede ser postinfeccioso, paraneoplásico o idiopático.[1] Las causas más frecuentes son las infecciosas, sobre todo las virales; aunque en un tercio de los casos no es posible identificar el agente causal.[2]
Existen varios tipos de virus del herpes que afectan a los seres humanos. El virus del herpes 1 (VHS-1) y el virus del herpes 2 (VHS-2) son los que con mayor frecuencia provocan encefalitis. En el adulto la mayoría de los casos corresponden al VHS-1 mientras que en el neonato y en el paciente inmunocomprometido predomina el VHS-2.[3]
La encefalitis por virus del herpes simple (VHS) es una enfermedad rara con una incidencia de 2 a 4 por millón de habitantes anuales en todo el mundo. El VHS-1 constituye la causa más común de encefalitis esporádica, sin variación estacional, con una mortalidad del 70 % sin tratamiento y del 20 % incluso con tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes que sobreviven a la enfermedad presentan secuelas, como anomalías cognitivas y conductuales, amnesia retrógrada y déficits neurológicos de diversa gravedad.[3,4]
El objetivo de este trabajo es presentar las características clínicas, imagenológicas y humorales de una paciente con probable encefalitis herpética.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes de herpes labial hacía 30 años y COVID-19 hacía 3 años, que cursó esta enfermedad con complicaciones, como fibrilación auricular (tratada con carvedilol) y episodios paroxísticos de probable origen no epiléptico, actualmente en seguimiento por cardiología y neurología.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(4):e026077431

Dos días antes del ingreso presentó cefalea holocraneal intensa y malestar general asociado a fiebre de 38 ºC. Al día siguiente tuvo 2 vómitos con restos de alimentos, precedidos de náuseas y más tarde comenzó con lenguaje desorganizado. En la noche presentó pérdida súbita de conciencia, mirada fija, desviada hacia la derecha, acompañada de movimientos tónicos-clónicos generalizados, con una duración inferior a 1 minuto; que se interpretó como un episodio convulsivo. Al examen físico se constató somnolencia, desorientación temporal y una afasia sensitiva/amnésica, caracterizada por disnomia, parafasias y apraxia nominal, sin afectación de pares craneales ni déficit motor. Las pupilas y el fondo de ojo estaban sin alteraciones. No se constataron signos meníngeos.

Se ingresó con el diagnóstico de infección del sistema nervioso central (encefalitis viral). Se realizaron exámenes de laboratorio y punción lumbar (tabla 1) y tomografía axial computarizada de cráneo, que no mostró alteraciones.

Tabla 1 - Exámenes complementarios realizados

Complementarios	Resultados
Hemograma completo	Leucocitos: 16,5 x 10^9/L; Hto: 0,45; Polimorfonucleares: 80 %; Linfocitos: 20 %
Gasometría e ionograma	pH: 7,36; PCO_2: 34 mmHg; PO_2: 124 mmHg; SO_2: 98,5 %; $CHCO_3$: 24 mmol/L; BE: 2,5 mmol/L; Na: 119 mmol/L; K: 2,71 mmol/L; Cl: 82,8 mmol/L; Ca: 0,88 mmol/L
Conteo de plaquetas	180 x 10^9
Parcial de orina	Leucocitos: 0 x campo Hematíes: 0 x campo
Hemoquímica	Sin alteraciones
IgM para virus dengue	Negativo
Citoquímico del líquido cefalorraquídeo	Aspecto: transparente, incoloro; Leucocitos: 1 x 10^6; Hematíes: 8 x 10^6; Pandy: negativo
Glicemia	7,7 mmol/L
Electrocardiograma	Normal
VIH	Negativo
Serología	No reactiva

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(4):e026077431

Según los antecedentes, el examen físico y los exámenes complementarios realizados, se planteó la encefalitis herpética como diagnóstico más probable y se inició tratamiento con aciclovir a 10 mg/kg de peso cada 8 horas.

La resonancia magnética nuclear (RMN) realizada 7 días después de iniciados los síntomas, evidenció cambios de intensidad de señal, que afectaban la sustancia gris y la blanca en la región temporal, bilateral, con predominio izquierdo, en relación con encefalitis viral (Fig. 1).

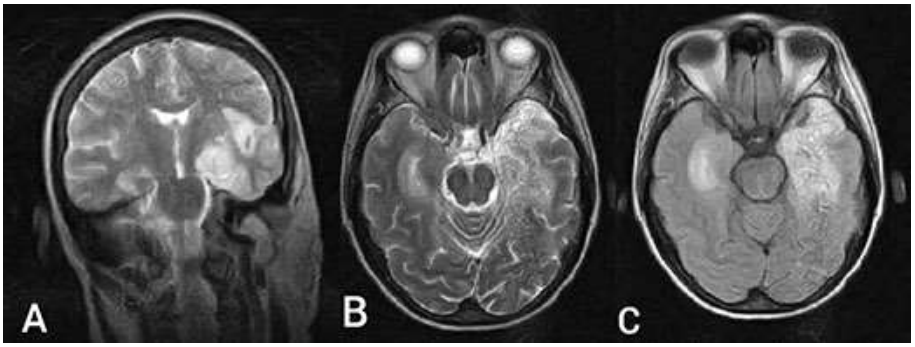


Fig. 1 - Se muestra RMN de cráneo con cortes a 3 mm. Se observa hiperintensidad temporal bilateral a predominio izquierdo, que afecta la sustancia gris y la sustancia blanca. A - secuencia Flear corte coronal. B - secuencia T2 corte axial. C - secuencia T1 corte axial.

Días después se realizó un electroencefalograma (EEG), que evidenció una disfunción córtico-subcortical en la región anterior y media izquierda (Fig. 2).

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(4):e026077431

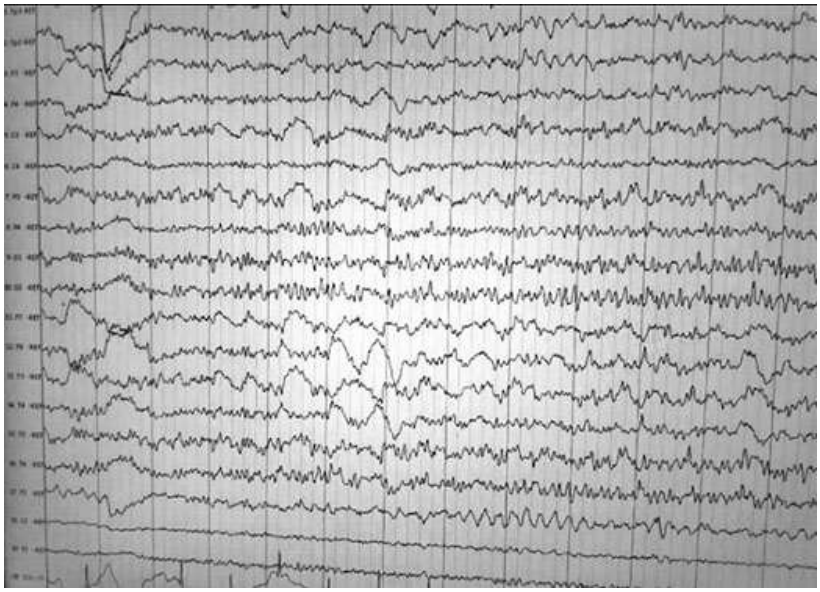


Fig. 2 - Electroencefalograma que muestra actividad lenta regional anterior y media del hemisferio izquierdo y actividad paroxística extensa en la región fronto-temporal izquierda y línea media.

Los cultivos bacteriológicos y micológicos del líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos. Se descartaron las causas vasculares y tumorales. No se pudo realizar *polymerase chain reaction* (PCR) del LCR lo que constituyó una limitación para el diagnóstico de confirmación. No obstante, se consideró la encefalitis herpética como la causa más probable, teniendo en cuenta los antecedentes, el examen físico, los estudios complementarios realizados y la adecuada respuesta al tratamiento con aciclovir.

La paciente evolucionó de forma favorable y egresó a los 33 días del ingreso, con seguimiento por neurología, debido a afasia nominal como secuela de la enfermedad.

Aspectos bioéticos

La familiar de la paciente dio su consentimiento informado para que su caso fuera publicado, de manera anónima.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(4):e026077431

COMENTARIOS

Dentro de las encefalitis, la herpética es la más frecuente, tanto en su presentación como en la gravedad de los síntomas. Puede manifestarse de forma aguda o subaguda. El germen invade el sistema nervioso central, de forma retrógrada, a través de los nervios periféricos desde la mucosa oral o el ganglio trigémino hasta el lóbulo temporal, para provocar la lesión neuronal. En el 30 % de los casos se debe a una primoinfección y el resto corresponde a reactivación o reinfección con el VHS-1, como pudo ocurrir en esta paciente, ya que al examen físico no se evidenciaron lesiones de la piel y mucosas y tenía como antecedentes el herpes labial.[3,5]

La mayoría de los enfermos se presentan con alteración del estado de conciencia, cefalea, convulsiones, fiebre y déficit neurológico focal.[3,4] En el caso que se presenta se constataron la mayoría de estos elementos, además de apraxia, parafasia y disnomia.

Dentro de los exámenes complementarios, la realización de neuroimagen es de vital importancia. Descarta lesiones que provocan aumento de la presión intracraneal en pacientes que se presentan con Glasgow < 13, signos neurológicos focales, convulsiones o edema de la papila, con el objetivo de hacer la punción lumbar que constituye la clave para el diagnóstico.[1]

El examen citoquímico del LCR evidenció escasa celularidad, con presencia de hematíes y Pandy negativo**.** Con frecuencia se constata pleocitosis a predominio linfocitario (aunque en etapas tempranas de la enfermedad pueden predominar los polimorfonucleares), elevación de las proteínas, glucosa normal y es común la presencia de hematíes por hemorragia temporal.[3,5]

La RMN tiene una sensibilidad de más del 90 % para la encefalitis herpética y permitió constatar en la paciente la afectación específica de los lóbulos temporales y frontales inferiores, asociado a hemorragias.[3,6,7]

Con la realización del EEG se puede determinar la gravedad y localización de la lesión. En la encefalitis herpética se pueden apreciar ondas lentas difusas o focales y semanas después aparecen descargas periódicas o pseudoperiódicas, que predominan en los lóbulos temporales.[2,8] En la paciente se constató actividad lenta regional anterior y media del hemisferio izquierdo y actividad

Bajo licencia Creative Commons

paroxística extensa en la región fronto-temporal izquierda y línea media, compatibles con las lesiones presentes en la RMN.

La encefalitis herpética tiene una alta mortalidad sin tratamiento médico. Su diagnóstico resulta difícil por la variedad de síntomas inespecíficos, por lo que el tratamiento temprano con aciclovir debe instaurarse de forma empírica, ante la sospecha clínica. Aún con el tratamiento adecuado alrededor de dos tercios de los que sobreviven presentan secuelas neurológicas, que afectan principalmente el área cognitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alam AM, Easton A, Nicholson TR, Irani SR, Davies NWS, Solomon T, et al. Encefalitis: diagnóstico, tratamiento y avances recientes en el campo de las encefalitis. Postgrad Med J. 2023; 99(1174):815-25. DOI: 10.1136/postgradmedj-2022-141812

2. Gutiérrez Sánchez AM, López Rojo M, Marín Andrés M, Guerrero Laleona C, Bustillo Alonso M. Importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la encefalitis herpética [Internet]. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020 [acceso: 01/09/2024]; 22(87): 133-8. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000400009&lng=es

3. AK AK, Bhutta BS, Mendez MD. Herpes Simplex Encephalitis [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [acceso: 01/09/2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557643/

4. Ngan TTD, Tuyet NT, Hung DT, Cap NT, Nguyen DM, Dat VQ. Características clínicas y resultados de pacientes con encefalitis por herpes simple en Vietnam: un estudio retrospectivo. BMC Infect Dis. 2024; 24(1):556. DOI: 10.1186/s12879-024-09453-3

5. Orrego Soto EG, Orjuela Quiroga JE, Londoño Aranzazu JJ, Cárdenas Prieto JM, Montero Riascos LF. Hemorragia intracerebral como complicación inusual de la encefalitis herpética tipo 1: reporte de casos. Neuro Arg. 2024;17(1):1-64. DOI: 10.1016/j.neuarg.2024.11.005

Bajo licencia Creative Commons

6. Erazo AF, Diez LS, Ordoñez GA, Niño VE. Meningoencefalitis por herpes simple: una visión de la infección viral que causa el mayor compromiso cerebral. Repert Med Cir. 2020; 29(3):148-56. DOI: 10.31260/RepertMedCir.01217273.939
7. Hernández DIA, Gómez PMG, Bravo VJ. Encefalitis herpética. Acta Med GA. 2022; 2022;20(1):103-4. DOI: 10.35366/103569
8. Rubiños C, Godoy DA. Electroencephalographic monitoring in the critically ill patient: What useful information can it contribute? Med Intensiva. 2020;44(5):301-9. DOI: 10.1016/j.medin.2019.03.012

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos utilizados para la presentación del caso, corresponden al Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, de La Habana, Cuba.

Bajo licencia Creative Commons