

Varón de 56 años que acude por Desorientación.

## Antecedentes Personales:

No alergias conocidas.

IQ de quiste sacrocoxígeo.

Sin otros antecedentes médicos de interés.

No hábitos tóxicos conocidos.

Un ingreso en psiquiatría en febrero 2009, siendo derivado a UME SJDD en Donostia, desde donde ha sido dado de alta en Junio de 2009, con diagnóstico de Trastorno de la personalidad, y posible trastorno orgánico cerebral a estudio. Actualmente esta siendo estudiado por neurología.

Tratamiento actual: Akinetón retard 1-0-1, Risperdal cada 15 días.

## Enfermedad Actual:

El enfermo es traído en ambulancia al haber sido encontrado en la calle desorientado y hablando en forma de balbuceo. Cuando llega a urgencias está orientado en espacio y persona pero no en tiempo. Reactivo, obedece a órdenes y el lenguaje es pobre y en forma de balbuceo.

Hablando con su familia explican que el día anterior estuvieron con él y se encontraba en su situación basal, orientado en tiempo y espacio, hablando en tono bajo pero de forma coherente, independiente para las actividades de la vida diaria.

## Exploración:

T.A 138/61 mmhg, F.C 77 l.p.m, T<sup>a</sup> 38 °C, SatO2 basal 97 %

Consciente. Orientado en espacio y persona, no en tiempo. Agitado.

CyC: Leve rigidez de nuca.

AP: MVC, no ruidos sobreañadidos.

AC: Rítmico. sin soplos ni roces.

ABD: blando y depresible. No palpo masas ni megalias. No doloroso a la palpación. Ruidos hidroaereos presentes.

EEII: No edemas ni signos de TVP.

NRL: pupilas anisocóricas. Reactivas. No nistagmus. No alteración de pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha no valorada.

## Pruebas Complementarias:

- Bioquímica normal. Hemograma normal. Coagulación normal.
- Punción lumbar dando salida a LCR de aspecto claro con 31 leucocitos/mm<sup>3</sup>, proteínas totales 159.4, glucosa 49, no se observan gérmenes en la Tinción de Gram.
- RX DE TORAX: sin hallazgos de interés.
- TAC CRANEAL: atrofia córtico subcortical. Infarto lacunar antiguo en ganglios basales derechos.

## Tratamiento en Urgencias:

Iniciado tto antibiótico con ceftriaxona y aciclovir por sospecha clínica de encefalitis> meningitis (TAC sin contraste). Se comenta con Microbiólogo y guarda liquido para serologías víricas además de para cultivo.

## Evolución:

Ingresa en neurología, donde se realizan las siguientes pruebas:

- LCR: Cultivo negativo. PCR para herpes simplex 1 y 2, Varicela Zoster y Enterovirus no detectable.
- Serologías:
  - Rosa de Bengala negativo
  - VIH Ag (p24)/ VIH 1-2 Ac negativo
  - FTA-ABS positivo
  - TPHA positivo
  - VDRL 1/64
  - Trep pallidum AC totales positivo
  - Serología a Borrelia negativo
- RNM CRANEAL: atrofia cerebral fronto temporal con atrofia de ambos hipocampos grado III/IV. No hay alteración de señal cortical y yuxtacortical que oriente hacia un patrón de encefalopatía herpética. No hay captación leptomenígea parenquimatosa tras contraste.
- EEG: enlentecimiento del ritmo de fondo fronto temporal derecho.

## Juicio diagnóstico:

Meningoencefalitis luética

Se realizo tratamiento con penicilina a dosis de 4 millones cada 4 horas por vía endovenosa durante 14 días. El tratamiento transcurrió sin incidencias y fue dado de alta para continuar controles ambulatorios.