

MENINGITIS Y HEPATITIS POR VIRUS DE LA VARICELA ZÓSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Meningitis and hepatitis caused by the varicella-zoster virus in an immunocompetent patient

Autores:

1. Arancibia Andrade Boris
 2. Patiño Rodríguez Carla A
 3. Llanque Orco Senovia
 4. Acomata Camacho Diego E.
 5. Díaz Nogales J. Ramiro.
1. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Docente de Semiología. Médico Especialista Internista de planta Hospital Santa Barbara Sucre Bolivia. Correo Electrónico: andrade_boris296@hotmail.com
 2. Médico Residente de III año de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara
 3. Médico Residente de I año de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara
 4. Médico Residente de I año de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara
 5. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Docente de Cirugía II. Médico Especialista Cirujano de Emergencias Hospital Santa Barbara Sucre Bolivia. Monitor de Internado de Cirugía del Hospital Universitario San Francisco Xavier de Sucre Bolivia

Resumen:

La meningitis y hepatitis por virus de la varicela zoster es muy raro en pacientes adultos inmunocompetentes, revisando la bibliografía se reportan casos en niños y pacientes inmunodeprimidos con patologías oncohematológicas, uso de corticoides y pacientes con VIH.

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 34 años de edad acude al Hospital Santa Bárbara, con antecedente de haber sido diagnóstico de varicela hace 10 días, a su ingreso con alteración de la conciencia temporo espacial, desorientado, extremidades con paresia, con lesiones exantemas en todo el cuerpo lesiones vesiculares costrosos, durante su internación presenta ictericia. se realiza los estudios complementarios y tras descartar otras causas más frecuentes llegamos al diagnóstico de meningitis y hepatitis por virus de la varicela zoster.

Paciente con buena evaluación al tratamiento instaurado, encontramos pocos casos similares en sujetos adultos inmunocompetentes por lo que consideramos la importancia y consideración de esta etiología al presentar el caso clínico.

Palabras Clave: Meningitis, Hepatitis, Varicela Zóster, Inmunocompetente

Summary:

Meningitis and hepatitis caused by the varicella zoster virus are very rare in immunocompetent adult patients. A review of the literature reports cases in children and immunosuppressed patients with oncohematologic pathologies, use of corticosteroids, and patients with HIV.

We present the clinical case of a 36-year-old male patient who goes to the Santa Barbara Hospital with a history of having been diagnosed with chickenpox 10 days ago. Upon admission he was diagnosed with altered temporo-spatial consciousness, disoriented, limbs with paresis, with rash lesions all over the body and crusty vesicular lesions. During his hospitalization he presented jaundice. Complementary studies were performed and after ruling out other more frequent causes we reached the diagnosis of meningitis and hepatitis caused by the varicella zoster virus.

The patient was well evaluated after the treatment was started. We found few similar cases in immunocompetent adult subjects, so we consider the importance and consideration of this etiology when presenting the clinical case.

Keywords: Meningitis, Hepatitis, Varicella Zoster, Immunocompetent

Recepción: 29 de noviembre 2024
Aceptado: 7 de diciembre 2024

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa, producida por el Virus Varicela-Zóster (VVZ); es un virus alfa herpes que se relaciona más estrechamente con el virus del herpes simple, se presenta cuando el virus entra en contacto con la mucosa del tracto respiratorio superior o la conjuntiva de una persona susceptible, la transmisión de persona a persona se puede presentar por contacto directo con lesiones de VVZ o por propagación en el aire. La reinfección con VVZ es rara. El período de incubación es de 10 a 21 días; los síntomas que generalmente se presentan son fiebre, malestar general, anorexia, dolor de cabeza y posteriormente vesículas claras, pruriginosas en las primeras etapas, llenas de líquido que evolucionan a costras (1,2,3).

Entre las complicaciones neurológicas tenemos encefalitis, meningitis y mielitis están descritas, pero en pacientes inmunocomprometidos pacientes con serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana siendo la complicación más frecuente la meningitis exantema típico de la varicela suele acompañar a la enfermedad neurológica. (4,5,6). Sin embargo, se han descrito casos de meningitis por VVZ en inmunocompetentes, sin exantema (4,5,6,11), ya que el virus reactivado podría viajar directamente al sistema nervioso central (SNC), sin viajar a la epidermis (7,8) El perfil del LCR en la meningitis por VVZ es clínicamente indistinguible de otras meningitis virales (8,5,6,10), pero ha sido descrita la hipoglucorraquia en casos de meningitis por VVZ en niños y adultos inmunocompetentes (5,11). Se ha sugerido realizar una prueba de PCR para VVZ-DNA en el LCR en el caso de meningitis aséptica inexplicable, particularmente en niños con una historia de varicela en la primera infancia (7). El análisis de PCR, especialmente en la primera semana de los síntomas agudos de la meningitis, con o sin exantema, es esencial en el diagnóstico y tratamiento precisos. Sin embargo, un resultado negativo no excluye el diagnóstico de meningitis por el VVZ (11). En esos casos, anticuerpos de tipo IgM contra el VVZ pueden ser detectados en el LCR. La presencia de anticuerpos de tipo IgM en el LCR suele ser indicativo de enfermedad del SNC ya que estos no se difunden fácilmente a través de la barrera hematoencefálica.

En cuanto la afectación hepática, las hepatitis agudas virales, que en la mayoría de los casos está ocasionada por virus hepatotropos, principalmente el virus de las hepatitis A, B, C, D y E, CMV, VEB, etc. Sin embar-

go, en un número menor de pacientes en los que se han descartado las causas más frecuentes, debemos plantearnos etiologías alternativas(14) Así como las infecciones por otros virus de la familia herpes (CMV, VEB, etc.) son capaces de ocasionar alteraciones en el perfil hepático durante las infecciones agudas, de igual manera hasta un 3,4% de los pacientes con varicela puede presentar dichas alteraciones, aunque sin manifestaciones clínicas, y sin implicaciones en la evolución posterior(12). Suelen consistir en hipertransaminasemia moderada en torno a los 300-500 U/l, y cuando aparece suele hacerlo durante la primoinfección, mientras que la reactivación de la infección suele quedar limitada a la piel (herpes zóster). Sin embargo, se han descrito varios casos de hepatitis fulminante por el VVZ, todos ellos en individuos inmunodeprimidos: pacientes con serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana, con neoplasias hematológicas, receptores de trasplante de médula ósea u órgano sólido, o incluso en pacientes en corticoterapia crónica (12,15). El diagnóstico, en la mayoría de los casos, es clínico ante la presencia de las lesiones cutáneas características acompañadas de la elevación de las transaminasas (13). La confirmación se puede realizar mediante la identificación de las inclusiones virales o del antígeno de VVZ por reacción en cadena de la polimerasa en la biopsia hepática, o mediante la detección de éste en las lesiones cutáneas.

El tratamiento preconizado es el Aciclovir intravenoso entre 10-15mg/kg/8h durante 10 -14 días para encefalitis como para la hepatitis por VVZ (20). La mayoría de los pacientes se recuperan completamente de las infecciones virales.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 34 años de edad, estado civil soltero, procedente y residente del municipio de Uyuni, departamento de Potosí, de ocupación ayudante de electricista.

Ingresa en fecha 7/10/24 al servicio de medicina interna con alteración de la conciencia desorientado tiempo y espacio con paresia en las extremidades acompañado de náuseas y vómitos, con antecedente de haber sido diagnosticado hace 10 días de Varicela, medicado con paracetamol.

No presenta ningún antecedente patológico de importancia.

Al examen físico presenta exantema eritematoso pruriginoso con máculas, pápulas, vesículas y costras en diferentes estadios de evolución en región de cara, torax, abdomen y extremidades respetando manos. (figura 1,2,3)

Aparato cardiorrespiratorio estable.

Al examen neurológico básico paciente desorientado en tiempo y espacio pupilas isocóricas fotorreactivas con cuadriparesia, Glasgow 14/15.



Figura Nº 3 Región de espalda y dorsolumbar máculas, pápulas, vesículas y costras

Se solicita estudios complementarios.



Figura Nº 1 Cara máculas, pápulas, vesículas y costras



Figura Nº 2 Región de abdomen máculas, pápulas, vesículas y costras

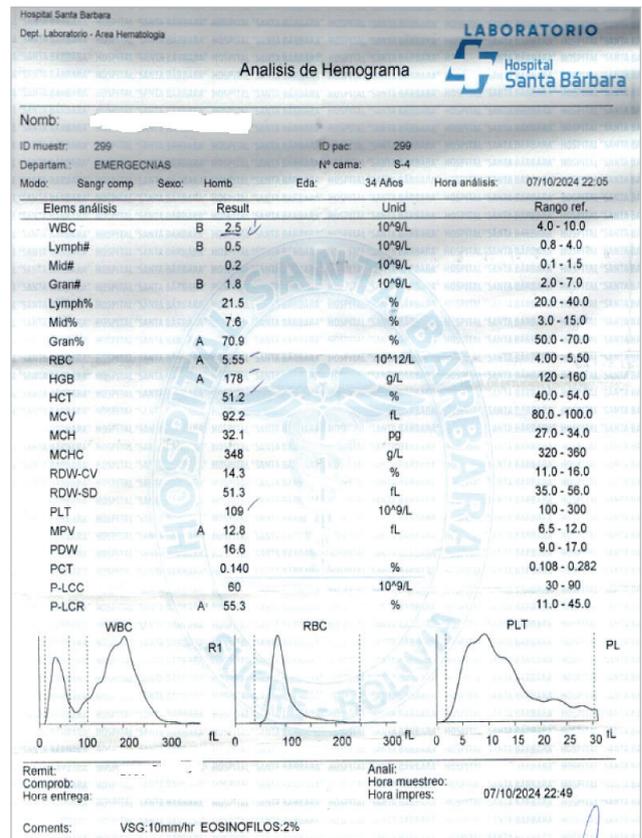


Foto Nº 1 Hemograma de su ingreso con leucopenia

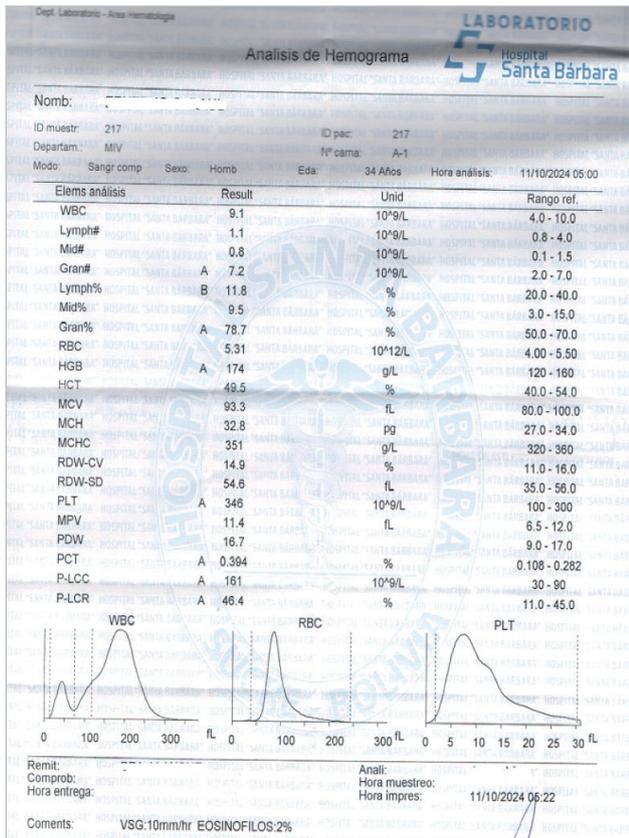


Foto N° 2 Control de hemograma a los 4 días dentro de lo normal.

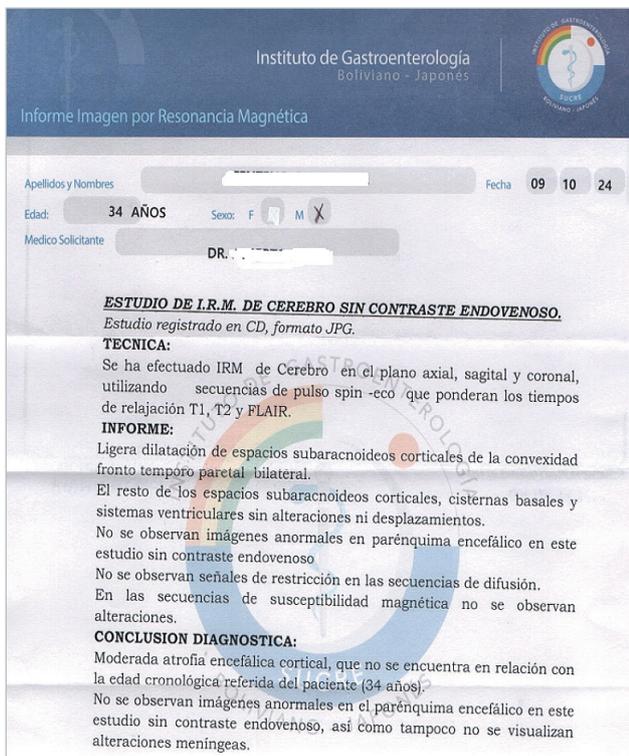


Foto N° 3 RM. Sin alteración estructural

Se procede a realizar punción lumbar para estudio de LCR.

Al tratar de paciente inmunocompetente sin patología de base se procede a descartar otras causas de meningitis como la tuberculosa y se solicita serología para VIH y panel viral de LCR.

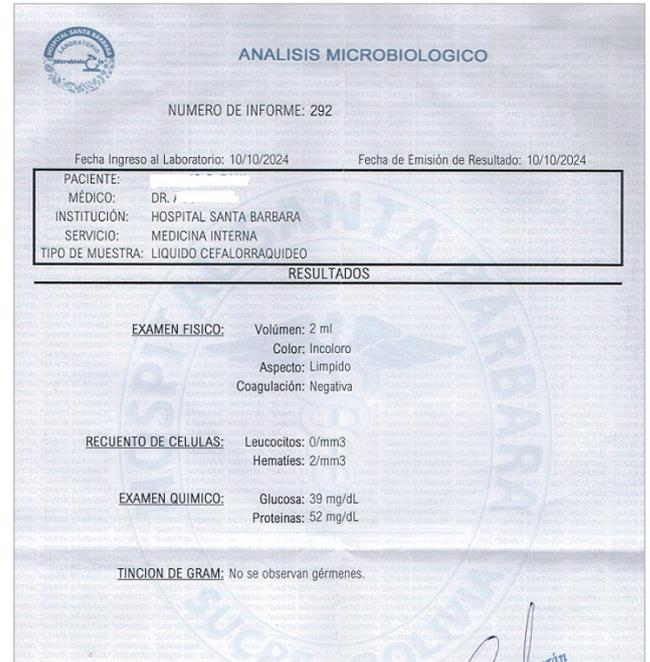


Foto N° 4 LCR orienta a cuadro viral

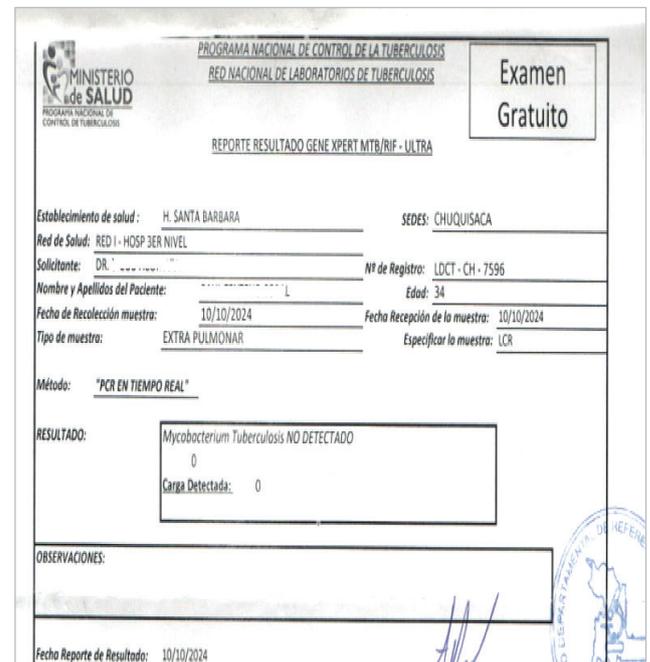


Foto N°5 GeneXpert de LCR no detecta mycobacterium tuberculosis

DETERMINACION ACTIVIDAD DE ADA

Sedes: **CHUQUISACA**
 Servicio de Salud solicitante: **HOSPITAL SANTA BÁRBARA**
 Nombre y Apellidos del paciente: _____
 Médico solicitante: **DR. I. _____**
 Fecha de Recepción: **11/10/2024**
 Fecha de Reporte de Resultado: **11/10/2024**
 Nº de Registro del Laboratorio: **406**

MUESTRA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO	2,1 UI/L	MEJOR A 8 UI/L

❖ La determinación de actividad de ADA por sí sola no constituye una prueba diagnóstica sino, mas bien una prueba de apoyo al diagnóstico.

Foto Nº 6 La determinación del ADA negativo

LABORATORIO Nombre: _____ Edad: 35 años 0 meses
 Médico: _____ Reg. C.: 275 Sexo: M
 Dirección: Plazuela Libertad Nº 1 Institución: HOSPITAL SANTA BARBARA Nº Orden: 215662
 Tel: 64-51900 Lab. Interno 233 Tipo Paciente: HOSPITALIZADO S.U.S. Fecha T.M.: 09/10/2024
EMERGENCIAS LAS 24 HORAS Muestra: SIN ESPECIFICAR S: EMERG.C: 6 Hora T.M.: 12:03:29
 Sucre - BOLIVIA

ANALISIS	DENTRO DEL RANGO	FUERA DEL RANGO	VALORES DE REFERENCIA
*SEROLOGIA			
Hepatitis A		IgM, IgG negativo	
Hepatitis B	No reactivo		
Prueba Rapida de VIH	No Reactivo		

Foto Nº 8 Serologías negativas para VIH, hepatitis A y B

LABORATORIO Nombre: _____ S. MIN. C.: A1 Edad: 35 años 0 meses
 Médico: A QUIEN CORRESPONDA Reg. C.: 216 Sexo: _____
 Institución: HOSPITAL SANTA BARBARA Nº Orden: 216051
 Dirección Plaza Libertad #1 Tipo Paciente: HOSPITALIZADO S.U.S. FECHA T.M.: 12/10/2024
 Tel.: 64 51900 - Lab. Interno 233 EMERGENCIAS LAS 24 HORAS Muestra: SIN ESPECIFICAR HORA T.M.: 5:58:23
 Sucre - Bolivia

ANALISIS	
*SEROLOGIA	
Prueba Rapida Sífilis	No Reactivo

Foto Nº 9 Serología para Sífilis No reactivo

Con todos los estudios y la clínica se llegó al Diagnóstico de meningitis por virus de la varicela zóster, confirmado por RT-PCR en tiempo real panel viral detecta positivo para virus de la varicela Zóster.

Al 4to día de su internación paciente presenta ictericia marcada, se solicita laboratorios.

LABORATORIO BIOLOGIA MOLECULAR
LABORATORIO Hospital Santa Bárbara

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: 34 años
 SALA: Medicina Interna Varones
 MEDICO SOLICITANTE: Dr. _____
 CODIGO INTERNO: 14-PM
 FECHA DE TOMA DE MUESTRA: 10-10-2024
 METODO DE DIAGNOSTICO: RT-PCR En Tiempo Real Panel Viral Meningitis
 CENTRO DE NOTIFICACION: Hospital Santa Barbara
 FECHA DE RESULTADO: 11-10-2024

PATOGENOS	RESULTADOS
virus del herpes humano 6	NO DETECTADO (NEGATIVO)
virus del herpes humano 7	NO DETECTADO (NEGATIVO)
virus del herpes humano 8	NO DETECTADO (NEGATIVO)
virus de la varicela zóster	DETECTADO (POSITIVO)
virus del herpes humano 1	NO DETECTADO (NEGATIVO)
virus del herpes humano 2	NO DETECTADO (NEGATIVO)
virus de las paperas	NO DETECTADO (NEGATIVO)
Enterovirus	NO DETECTADO (NEGATIVO)
Parechovirus	NO DETECTADO (NEGATIVO)
adenovirus	NO DETECTADO (NEGATIVO)
Virus de Epstein-Barr	NO DETECTADO (NEGATIVO)
Citomegalovirus	NO DETECTADO (NEGATIVO)
Parvovirus B19	NO DETECTADO (NEGATIVO)

Foto Nº 7 El RT-PCR en tiempo real panel viral detecta positivo para virus de la varicela Zóster

HOSPITAL SANTA BARBARA
AREA: QUIMICA SANGUINEA

Pacien.: [Redacted] ID pacien.: 217-111024
 Gender: [Redacted] Edad: 34 Año Tipo mue: Suero
 Médico: [Redacted] Fecha recogida: 11/10/2024
 Depart.: S-MI

Químico	Resul.	Indic.	Unidad	Interv refer
GLUCOSA	108			
UREA	14		mg/dL	70-115
CREATININA	0.6		mg/dL	11-43
PROT. TOTA	5.3		mg/dL	0.5-1.3
ALB	2.9	B	g/dL	6.6-8.7
GLOB	2.4	B	g/dL	3.6-5.1
ALB/GLOB	1.2		g/dL	
T-Bil	6.23			
D-Bil	4.69	A	mg/dL	0.30-1.10
B. INDIREC	1.54	A	mg/dL	0.10-0.40
AST/GOT	190	A	mg/dL	
ALT/GPT	187	A	U/L	1-35
γ-GT	926	A>	U/L	1-45
FOSFATASA	588	B	U/L	9-61
Na	128.6	A	U/L	30-120
K	3.40	B	mmol/L	137.0-147.0
Cl	105.0		mmol/L	3.50-5.30
			mmol/L	99.0-110.0

Pacien.: [Redacted] ID pacien.: 214
 Gender: Hombre Edad: 34 Año Tipo mue: Suero
 Médico: [Redacted] Fecha recogida: 15/10/2024
 Depart.: S-MI

Químico	Resul.	Indic.	Unidad	Interv refer
GLUCOSA	110			
UREA	16		mg/dL	70-115
CREATININA	0.8		mg/dL	11-43
PROT. TOTA	5.8		mg/dL	0.5-1.3
ALB	2.8	B	g/dL	6.6-8.7
GLOB	3.0	B	g/dL	3.6-5.1
ALB/GLOB	0.9		g/dL	
T-Bil	10.23			
D-Bil	7.50	A	mg/dL	0.30-1.10
B. INDIREC	2.72	A	mg/dL	0.10-0.40
AST/GOT	134		mg/dL	
ALT/GPT	83	A	U/L	1-35
γ-GT	677	A	U/L	1-45
FOSFATASA	631	A>	U/L	9-61
Na	137.1	A	U/L	30-120
K	3.53		mmol/L	137.0-147.0
Cl	115.6	A	mmol/L	3.50-5.30
			mmol/L	99.0-110.0

Foto N° 10 hiperbilirrubinemia de 6,22 a expensas de la directa, AST 5 VVN y ALT 4VVN, fecha 11 de octubre

Foto N°11 hiperbilirrubinemia de 10 a expensas de la directa, AST 4 VVN y ALT 1 VVN, fecha 15 de octubre

LABORATORIO
Hospital Santa Bárbara
 Dirección Plaza Libertad #1
 Telf.: 64 51900 - Lab. Interno 233
EMERGENCIAS LAS 24 HORAS
 Sucre - Bolivia

Nombre: [Redacted] S. MIV. C: A1 Edad: 35 años 0 meses
 Médico: A QUIEN CORRESPONDA Reg. C.: 214 Sexo: M
 Institución: HOSPITAL SANTA BARBARA N° Orden: 216339
 Tipo Paciente: HOSPITALIZADO S.U.S. FECHA T.M.: 15/10/2024
 Muestra: SIN ESPECIFICAR HORA T.M.: 5:51:58

ANALISIS

*COAGULOGRAMA
 Tiempo Protrombina 13.0 Seg 13 Seg
 I.N.R. 1.00

Foto N° 12 TP y INR dentro de lo normal

HOSPITAL "SANTA BARBARA"
SERVICIO DE ECOGRAFIA
SUCRE- BOLIVIA

NOMBRE Y APELLIDO: _____
EDAD: 34 AÑOS **ECOGRAFÍA:** ABDOMINAL
MEDICO SOLICITANTE: DR. _____
DIAGNOSTICO CLÍNICO: HEPATITIS
FECHA: 15-10-2024 **HORA:** 11: 45

HIGADO. De volumen aumentado, diámetro longitudinal mayor de 16,4cm aproximadamente, parénquima homogéneo hiperecico respecto a la corteza renal derecha, vasos y conductos de trayecto y calibre poco valorable por esteatosis, vía biliar principal conservada

VESICULA BILIAR. Piriforme de pared 4 mm en doble halo contenido heterogéneo por presencia de barro biliar escaso, vesicula mide 43 x 21 mm, vía biliar extrahepática 4 mm.

PÁNCREAS. Cuerpo mide 21 mm ecoestructura conservada

RIÑON DERECHO. De situación y volumen conservado, relación cortico medular conservada, corteza homogénea no se observan signos de dilatación pielocalicial. Mide 120 x 60 mm.

RIÑON IZQUIERDO. De situación y volumen conservado, relación cortico medular conservada, corteza homogénea, se observan signos de dilatación pielocalicial leve. Mide 122 x 64 mm.

BAZO. De volumen conservado, parénquima homogéneo

ABDOMEN en el momento del estudio presenta asas de intestino con contenido propio peristaltismo conservado, importante meteorismo, presencia de líquido libre en hemiabdomen inferior aspecto homogéneo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

- HEPATOMEGALIA, ESTEATOSIS HEPATICA GRADO I
- VESICULA CON PARED EN DOBLE HALO, BARRO BILIAR
- LIQUIDO LIBRE EN HEMIABDOMEN INFERIOR, ASCITIS ESCASA



Foto N° 13 Ecografía reporta signos indirectos de hepatitis viral

En fecha 23 de octubre paciente con buena evolución se solicita control laboratorio

HOSPITAL SANTA BARBARA
AREA: QUIMICA SANGUINEA

Pacien.: _____ ID pacien.: 244-231024
 Gender: _____ Eda: 34 Año Tipo mue: Suero
 Médico: _____ Fecha recogida 23/10/2024
 Depart.: S-MI

Químico	Resul.	Indic.	Unidad	Interv refer
PROT. TOTA	8.4		g/dL	6.6-8.7
ALB	3.8		g/dL	3.6-5.1
GLOB	4.6		g/dL	
ALB/GLOB	0.8			
T-Bil	3.83	A		0.30-1.10
D-Bil	2.81	A	mg/dL	0.10-0.40
B. INDIRECTO	1.02		mg/dL	
AST/GOT	154	A	U/L	1-35
ALT/GPT	97	A	U/L	1-45
Y-GT	739	A>	U/L	9-61
FOSFATASA	861	A>	U/L	30-120

Hospital Santa Bárbara
 Dirección Plaza Libertad #1
 Tel.: 64 51800 - Lab. Interno 233
EMERGENCIAS LAS 24 HORAS
 Sucre - Bolivia

Reg. C.: 27744
 N° Orden: 2310/2024
 FECHA T.M.: 12/10/2024
 HORA T.M.: _____

Muestra: _____

ANALISIS

COAGULOGRAMA
 Tiempo Protrombina 13,0 Seg
 INR 1,00

Foto N°15. INR y TP dentro de parámetros normales

Foto N° 14. Bilirrubinas y enzimas en descenso

Paciente con buena evolución favorable hemodinámicamente estable con remisión de las lesiones dérmicas, con Glasgow 15/15 sin focalidad. En fecha 23 de octubre se indica el alta hospitalaria, con diagnósticos. (figuras 4,5)

Meningitis Viral por Virus de la Varicela Zóster Resuelto

Hepatitis Viral por Varicela Zóster en Remisión



Figura N° 4 Con remisión de las lesiones dérmicas en abdomen



Figura N° 5 Lesiones dérmicas en remisión región espalda

DISCUSIÓN:

La meningitis y la hepatitis por virus de la varicela zóster, en paciente adultos inmunocompetentes no es muy frecuente, hay reportados en la literatura en pacientes pediátricos y pacientes inmunodeprimidos, pacientes con serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana, con neoplasias hematológicas, receptores de trasplante de médula ósea u órgano sólido, o incluso en pacientes en corticoterapia crónica.

El caso que presentamos es poco frecuente al tratarse de un paciente adulto sin patología de base inmunocompetente, se solicitaron serología para VIH pensando en haber sido el desencadenante de las complicaciones el cual salió negativo.

El paciente presenta una meningitis por virus de la varicela zóster diagnóstico que se confirma por la presencia del virus en líquido cefalorraquídeo con evidencia de las lesiones típicas de varicela.

El historial clínico como los exámenes de laboratorio de nuestro paciente demostraron que no tenía inmunosupresión, existen en la literatura reportes de casos similares. Spiegel et al, describe 4 casos de niños entre 2 y 14 años con demostración del virus en LCR que presentaron meningitis no complicada y meningoencefalitis con secuelas (17), en estos casos no se encontraron lesiones típicas de varicela. Otra publicación por Vial U Felipe et al, en Chile de un paciente de 15 años inmunocompetente con reactivación de la varicela en forma de meningitis (18).

Mogensen et al, describe un caso en un paciente de 27 años con historia de cefalea, fiebre y el antecedente de aparición de lesiones vesículo-eritematosas al lado derecho del tórax, 3 semanas antes, en quien se demostró la presencia del virus en LCR (19).

En la hepatitis por virus de la varicela zóster en paciente inmunocompetente generalmente produce hepatitis leve y autolimitada como se pudo evidenciar en nuestro paciente, el diagnóstico, en la mayoría de los casos, es clínico ante la presencia de las lesiones cutáneas características acompañadas de la elevación de las bilirrubinas y transaminasas. La confirmación se puede realizar mediante la identificación de las inclusiones virales o del antígeno de Virus de la Varicela Zóster por reacción en cadena de la polimerasa en la biopsia hepática, o mediante la detección de éste en las lesiones cutáneas (13)

En el caso de nuestro paciente, fue muy claro con la aparición de las lesiones cutáneas en diferentes estadios de evolución tanto con la aparición de ictericia, alteración laboratorial descartando hepatitis A y B y la confirmación del virus de la varicela zoster por RT-PCR en tiempo real panel viral detecta positivo a los 10 días después de que lo hiciera el cuadro exantemático. Si bien no es tan infrecuente la alteración de la analítica hepatobiliar en los pacientes con varicela, llama la atención la presencia de clínica de hepatitis aguda en un paciente inmunocompetente (14,15).

Como era de esperar, la evolución posterior del paciente fue favorable, y tras descartar otras causas más frecuentes de hepatitis aguda, nos parece claro el diagnóstico de hepatitis aguda por el Virus de la Varicela Zóster.

En cuanto al tratamiento, en el caso del virus de la varicela existe evidencia de que el uso de Aciclovir. Ésta es además la droga de elección en la meningitis por virus de la varicela zóster. Por lo anterior, en el caso de nuestro paciente se decidió usarlo Aciclovir y hepatoprotectores.

En conclusión, el virus de la varicela zóster puede presentar complicaciones neurológicas como hepáticas independientes de la edad y de su estado inmunológico así mismo como menciona la literatura sin presentar exantema.

Si bien no es tan infrecuente la alteración de la analítica hepatobiliar en los pacientes con varicela, llama la atención la presencia de clínica de hepatitis y meningitis en un paciente adulto inmunocompetente, por lo que consideramos de importancia de esta etiología y descartando otras.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Navarrete Cuadrado, K., Mastrodomenico Vargas, M., Guao Salinas, H., & Ruiz Pérez, O. (2020). VARICELA ZOSTER. *Biociencias*, 15(1), 95-107. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bio-ciencias.1.6364>
2. Diniz LMO, Maia MMM, Oliveira YV de, Mourão MSF, Couto AV, Mota VC, et al. Study of Complications of Varicella-Zoster Virus Infection in Hospitalized Children at a Reference Hospital for Infectious Disease Treatment. *Hosp Pediatr*. 2018;8(7):419–25. doi: 10.1542/hpeds.2017-0086.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases, David W. Kimberlin, Michael T. Brady MAJ. Varicella-Zoster Virus Infections. En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA. *Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31ed. 2018: 869–83.
4. K. Oliveira, J. Fonseca, D. Moreira, M. Vila Rea/Neurologia. 2018;33:623-4
5. J. Peña, M. Pirics, H. DiCaprio, M. Julapalli, B. Phelps, L. Castagnini, et al. Reactivación de la varicela que se presenta como herpes zóster y meningitis aséptica en un niño inmunocompetente de 11 años. *Clin Pediatr*, 48 (2009), págs. 435-437
6. J.-Y. Han, D. Hanson, S. Way. Herpes zóster y meningitis por reactivación del virus de la vacuna contra la varicela en un niño inmunocompetente. *Pediatr Infect Dis J*, 30 (2011), págs. 266-268 <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0b013e3181f63cf9> | [Medline](#)
7. D. Gilden, B. Kleinshmidt-DeMasters, J. LaGuardia, R. Mahalingam, R. Cohrs. Complicaciones neurológicas de la reactivación del virus varicela-zóster. *N Engl J Med*, 342 (2000), págs.635-645
8. T. Leahy, D. Webb, H. Hoey, K. Butler. Meningitis aséptica aguda sin exantema asociada al virus varicela zóster en un niño inmunocompetente de 14 años. *Pediatr Infect Dis J*, 27 (2008), págs. 362-363 <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0b013e318160ee11> | [Medline](#)
9. R. Jhaveri, R. Sankar, S. Yazdani, J. Cherry. Virus varicela-zóster: una causa olvidada de meningitis aséptica. *Pediatr Infect Dis J*, 22 (2003), págs. 96-97 [Línea de Medline](#)
10. B. Cunha, H. Warren-Favorito, N. Mickail. Meningitis viral (aséptica) por el virus varicela zóster (VZV) inusualmente grave en un huésped inmunocompetente no inmunizado con varicela. *Corazón Pulmón*, 40 (2011), págs. 349-351 <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.07.005> | [Medline](#)
11. A. Habib, D. Gilden, D. Schmid, J. Safdieh. Meningitis por virus varicela zóster con hipoglucorraquia en ausencia de exantema en una mujer inmunocompetente. *J Neurovirol*, 15 (2009), págs. 206-208
12. Xavier García aguilera, Alejandro Ledo rodríguez, Carlos Teruel sánchez-vegazo, Víctor Moreira vicente *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:131
13. E.J. Heathcote, J.J. Feld. Hepatitis caused by other viruses. *Sleisenger and fordtran's gastrointestinal and liver disease*, 8th ed., pp. 1719-1729

14. E. Mantadakis, N. Anagnostatou, V. Danilatou, E.A. Markaki, A.M. Spanaki, G. Briassoulis, *et al.* Fulminant hepatitis due to varicella zoster virus in a girl with acute lymphoblastic leukemia in remission: report of a case and review. *J Pediatr Hematol Oncol*, 27 (2005), pp. 551-553 [Medline](#)
15. A.C. Pishvaian, M. Bahrain, J.H. Lewis. Fatal varicella-zoster hepatitis presenting with severe abdominal pain: a case report and review of the literature. *Dig Dis Sci*, 51 (2006), pp. 1221-1225 <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-006-8037-4> | [Medline](#)
16. J.M. Cisneros Herreros, M. Herrero Romero. Hepatitis por virus del grupo herpes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 24 (2006), pp. 392-398 [Medline](#)
17. Spiegel R, Miron D, Lumelsky D, Horovitz Y. Severe meningoencephalitis due to late reactivation of Varicella-Zoster virus in an immunocompetent child. *J Child Neurol* 2010; 25 (1): 87-90.
18. Vial U Felipe, González T-K Sofía, López G Mirta Javiera. Caso clínico de una meningitis por reactivación del virus varicela zóster en un paciente inmunocompetente. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2013 Sep ; 51(3): 198-200. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272013000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071792272013000300006>.
19. Vial U Felipe, González T-K Sofía, López G Mirta Javiera. Caso clínico de una meningitis por reactivación del virus varicela zóster en un paciente inmunocompetente. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2013 Sep ; 51(3): 198-200. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000300006>.
20. A. Tunkel, C. Glaser, K. Bloch, J. Sejvar, C. Marr, K. Roos, *et al.* El tratamiento de la encefalitis: directrices de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América. *Clin Infect Dis*, 47 (2008), págs. 303-327 <http://dx.doi.org/10.1086/589747> | [Medline](#)