



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,  
Volumen 10, Número 2.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2)

# **MIELITIS TRANSVERSA ASOCIADA A VIRUS VARICELA-ZÓSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO.**

**VARICELLA-ZOSTER VIRUS–ASSOCIATED  
TRANSVERSE MYELITIS IN AN  
IMMUNOCOMPETENT PATIENT: A CASE REPORT**

**Samuel Guiza Mora**  
Hospital San Javier

**Martín López Zendejas**  
Hospital San Javier

**Javier de la Cabada Cortés**  
Hospital San Javier

**Francisco Javier de Robles Ramirez**  
Hospital San Javier

**Enrique Gómez Figueroa**  
Hospital San Javier

**Hugo Bernabé Alarcón Morales**  
Hospital San Javier

**Javier de la Cabada Bauche**  
Hospital San Javier

## Mielitis transversa asociada a virus varicela-zóster en paciente inmunocompetente: reporte de caso.

**Samuel Guiza Mora<sup>1</sup>**

[samuelguiza7@gmail.com](mailto:samuelguiza7@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-9236-2380>

Hospital San Javier

México

**Martín López Zendejas**

[martinlopezzendejasmd@gmail.com](mailto:martinlopezzendejasmd@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-8682-5972>

Hospital San Javier

México

**Javier de la Cabada Cortés**

[fjcabada@hotmail.com](mailto:fjcabada@hotmail.com)

Hospital San Javier

México

**Francisco Javier de Robles Ramirez**

[Fjdr.90@gmail.com](mailto:Fjdr.90@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-9809-5655>

Hospital San Javier

México

**Enrique Gómez Figueroa**

[egfigueroa@hcg.gob.mx](mailto:egfigueroa@hcg.gob.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-0206-322X>

Hospital San Javier

México

**Hugo Bernabé Alarcón Morales**

[alarconmorales.bernabe@gmail.com](mailto:alarconmorales.bernabe@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-3004-9908>

Hospital San Javier

México

**Javier de la Cabada Bauche**

[Jcabada@hotmail.com](mailto:Jcabada@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-6462-5341>

Hospital San Javier

México

### RESUMEN

La mielitis transversa (MT) es un trastorno inflamatorio de la médula espinal de etiología diversa, cuya asociación con el virus varicela-zóster (VVZ) es infrecuente, especialmente en pacientes inmunocompetentes, lo que dificulta su reconocimiento oportuno. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de MT secundaria a reactivación de VVZ en una paciente inmunocompetente, confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo (LCR), así como destacar la importancia del diagnóstico temprano. Se presenta el caso de una mujer de 64 años sin antecedentes de inmunosupresión, quien inició con exantema vesicular en región lumbar seguido de debilidad progresiva en extremidad inferior derecha e incontinencia urinaria y fecal. La resonancia magnética evidenció lesión medular focal a nivel T10-T11, y el análisis de LCR mostró pleocitosis, hiperproteinorraquia y PCR positiva para VVZ. Se instauró tratamiento con aciclovir intravenoso y metilprednisolona, con evolución clínica favorable y recuperación funcional progresiva. Este caso resalta la necesidad de considerar al VVZ dentro del diagnóstico diferencial de MT, incluso en pacientes inmunocompetentes, así como el impacto del tratamiento oportuno en el pronóstico neurológico.

**Palabras clave:** Mielitis transversa; virus varicela-zóster; paciente inmunocompetente; reacción en cadena de la polimerasa; líquido cefalorraquídeo.

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [samuelguiza7@gmail.com](mailto:samuelguiza7@gmail.com)

# Varicella-Zoster Virus–Associated Transverse Myelitis in an Immunocompetent Patient: A Case Report

## ABSTRACT

Transverse myelitis (TM) is an inflammatory disorder of the spinal cord with diverse etiologies. Its association with varicella-zoster virus (VZV) is uncommon, particularly in immunocompetent individuals, which may delay diagnosis and treatment. The aim of this study is to report a case of VZV-associated TM in an immunocompetent patient confirmed by polymerase chain reaction (PCR) in cerebrospinal fluid (CSF), and to emphasize the importance of early recognition. We describe a 64-year-old woman without prior immunosuppression who presented with a vesicular rash in the lumbar region followed by progressive weakness of the right lower extremity and urinary and fecal incontinence. Magnetic resonance imaging revealed a focal spinal cord lesion at T10–T11, consistent with myelitis. CSF analysis showed pleocytosis, elevated protein levels, and positive PCR for VZV. The patient was treated with intravenous acyclovir and methylprednisolone, resulting in progressive neurological improvement and functional recovery. This case highlights the need to consider VZV in the differential diagnosis of acute transverse myelitis, even in immunocompetent patients, and underscores the impact of early antiviral therapy on neurological outcomes.

**Keywords:** Transverse myelitis; Varicella-zoster virus; Immunocompetent patient; Polymerase chain reaction; Cerebrospinal fluid.

*Artículo recibido 02 febrero 2026*

*Aceptado para publicación: 27 febrero 2026*



## INTRODUCCIÓN

La mielitis transversa (MT) es un síndrome neurológico inflamatorio poco frecuente que afecta la médula espinal y se caracteriza por la aparición aguda o subaguda de déficit motor, sensitivo y autonómico (Simone & Emmady, 2024). Su etiología es heterogénea e incluye causas autoinmunes, infecciosas, paraneoplásicas y desmielinizantes. Desde el punto de vista fisiopatológico, la MT se asocia a procesos inflamatorios que generan daño en la sustancia blanca y gris medular, condicionando disfunción neurológica de diversa gravedad.

El virus varicela-zóster (VVZ), un alfa-herpesvirus neurotrópico, establece latencia en los ganglios de la raíz dorsal tras la infección primaria y puede reactivarse posteriormente como herpes zóster. Aunque las complicaciones neurológicas del VVZ son bien reconocidas, la mielitis transversa representa una manifestación infrecuente, particularmente en pacientes inmunocompetentes (Yun et al., 2021; Sebastian et al., 2021). La mayoría de los casos descritos se presentan en individuos con inmunosupresión, lo que puede retrasar el diagnóstico en pacientes sin factores de riesgo evidentes.

El diagnóstico de la MT asociada a VVZ requiere correlación clínica, radiológica y de laboratorio. La resonancia magnética permite identificar lesiones medulares inflamatorias, mientras que el análisis del líquido cefalorraquídeo, especialmente mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), confirma la etiología viral (Liu et al., 2022). El reconocimiento temprano es crucial, ya que el tratamiento oportuno mejora los resultados neurológicos y reduce la discapacidad (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2024).

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo reportar un caso de mielitis transversa asociada a reactivación de VVZ en una paciente inmunocompetente, confirmado mediante PCR en LCR, así como resaltar la importancia del diagnóstico oportuno.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 64 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas, inmunodeficiencia ni patología neurológica previa, quien inició su cuadro clínico con dolor lumbar de aparición aguda, asociado a la presencia de una erupción vesicular distribuida en los dermatomas L1–L3 derechos. Aproximadamente una semana posterior al inicio del exantema, desarrolló debilidad progresiva de la extremidad inferior derecha, acompañada de disfunción esfinteriana, manifestada como



incontinencia urinaria y fecal.

A su ingreso, la paciente se encontraba afebril, hemodinámicamente estable y orientada en las tres esferas. A la exploración dermatológica se observaron lesiones vesiculares agrupadas sobre base eritematosa en la región lumbar derecha, compatibles con herpes zóster. La exploración neurológica evidenció monoparesia proximal de la extremidad inferior derecha con fuerza muscular de 1/5 en la escala de Daniels, hiperreflexia en ambas extremidades inferiores y disminución de la sensibilidad en distribución de T11–L2. La función de los pares craneales y de las extremidades superiores se encontraba conservada. En conjunto, los hallazgos clínicos fueron sugestivos de un síndrome de neurona motora superior con compromiso medular toracolumbar.

Los estudios de conducción nerviosa y la electromiografía no mostraron alteraciones, al igual que los potenciales evocados somatosensoriales, los cuales no evidenciaron retraso en la conducción central ni periférica. La resonancia magnética de la columna torácica reveló una lesión focal hiperintensa en secuencias ponderadas en T2 a nivel de T10–T11, sin realce tras la administración de contraste, hallazgos compatibles con mielitis transversa (Figura 1).

Se realizó punción lumbar, obteniéndose líquido cefalorraquídeo con pleocitosis (280 células/mm<sup>3</sup>, con predominio mononuclear del 92%), hiperproteinorraquia (123 mg/dL) y glucosa dentro de parámetros normales. El análisis mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) multiplex para meningitis/encefalitis resultó positivo para virus varicela-zóster (VVZ). Las serologías séricas para IgM e IgG anti-VVZ fueron positivas, mientras que la prueba para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las bandas oligoclonales en LCR resultaron negativas.

Con base en la correlación clínica, radiológica y de laboratorio, se estableció el diagnóstico de mielitis transversa secundaria a reactivación de VVZ en paciente inmunocompetente. Se inició tratamiento con aciclovir intravenoso a dosis de 10 mg/kg cada 8 horas, asociado a metilprednisolona en bolos de 1 g/día durante 5 días.

La paciente presentó evolución clínica favorable desde los primeros días de tratamiento. Al cuarto día, se observó mejoría de la fuerza muscular hasta 4/5 proximal y 5/5 distal en la extremidad inferior derecha, con recuperación de la función vesical. No fue necesario el uso de terapias de segunda línea, como inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis. Posteriormente, fue egresada para continuar



rehabilitación ambulatoria, completando un esquema de 14 días de tratamiento antiviral, con recuperación funcional progresiva.

**Figura 1.** Resonancia magnética sagittal ponderada en T2 de la columna torácica que muestra hiperintensidad focal en T10-T11, compatible con mielitis transversa.



## DISCUSIÓN

La mielitis transversa (MT) asociada al virus varicela-zóster (VVZ) representa una manifestación neurológica poco frecuente, particularmente en pacientes inmunocompetentes, lo que condiciona un importante reto diagnóstico en la práctica clínica. Si bien el VVZ es un agente neurotrópico ampliamente reconocido por su capacidad de generar complicaciones en el sistema nervioso central, la afectación medular constituye una entidad rara en comparación con otras manifestaciones más comunes, como la neuralgia posherpética, la meningoencefalitis o la vasculopatía asociada (Sebastian et al., 2021; Triplett et al., 2022). Esta baja frecuencia contribuye a que la MT secundaria a VVZ sea subdiagnosticada, especialmente en ausencia de inmunosupresión, lo cual puede retrasar el inicio del tratamiento y empeorar el pronóstico neurológico.

El caso presentado adquiere relevancia clínica debido a su presentación en una paciente inmunocompetente, sin antecedentes de enfermedad sistémica ni factores predisponentes evidentes.

Tradicionalmente, la reactivación complicada del VVZ se ha asociado a estados de inmunosupresión, como infección por VIH, uso de inmunosupresores o enfermedades crónicas debilitantes; sin embargo, diversos reportes han demostrado que la MT también puede presentarse en individuos con inmunidad conservada (Yun et al., 2021). Este hallazgo obliga a replantear el enfoque diagnóstico de las mielopatías agudas, ampliando el espectro etiológico más allá de las causas clásicamente consideradas en pacientes sin inmunocompromiso.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la MT asociada a VVZ no cuenta con un mecanismo único claramente definido. Se han propuesto al menos tres vías principales: la invasión viral directa del parénquima medular con efecto citopático, la respuesta inflamatoria inmunomediada desencadenada por antígenos virales, y el daño vascular secundario a vasculopatía inducida por el virus (Liu et al., 2022). En pacientes inmunocompetentes, es probable que la interacción entre replicación viral y una respuesta inmune desregulada juegue un papel determinante en la extensión del daño neurológico. Esta hipótesis se ve reforzada por la respuesta favorable observada en nuestro caso tras la administración combinada de tratamiento antiviral y corticoesteroides, lo que sugiere un componente inflamatorio significativo en la fisiopatología.

Un elemento clave en este caso es la secuencia temporal entre la aparición del exantema vesicular y el desarrollo del déficit neurológico. La distribución dermatomal de las lesiones cutáneas, seguida de síntomas neurológicos en un intervalo corto de tiempo, constituye un patrón clínico altamente sugestivo de compromiso del sistema nervioso por VVZ. Sin embargo, en la práctica clínica, esta asociación puede no ser reconocida de forma inmediata, particularmente si las manifestaciones cutáneas son leves, han iniciado días antes o ya se encuentran en resolución al momento de la valoración neurológica. Por ello, la interrogación dirigida sobre antecedentes recientes de exantema es fundamental en la evaluación de pacientes con mielopatía aguda.

En relación con el abordaje diagnóstico, la resonancia magnética desempeña un papel central en la identificación del compromiso medular. Las lesiones asociadas a MT suelen observarse como áreas hiperintensas en secuencias ponderadas en T2, con extensión variable a lo largo de los segmentos medulares (Simone & Emmady, 2024). No obstante, estos hallazgos no son específicos de etiología viral, por lo que es indispensable complementarlos con estudios de laboratorio. En este sentido, el



análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) representa una herramienta fundamental. La presencia de pleocitosis mononuclear e hiperproteíorraquia sugiere un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, mientras que la detección del ADN viral mediante PCR permite establecer el diagnóstico etiológico con alta sensibilidad y especificidad (Liu et al., 2022).

En el presente caso, la positividad de la PCR para VVZ en LCR, junto con la correlación clínica y radiológica, permitió confirmar el diagnóstico de manera precisa. Asimismo, el descarte de otras etiologías potenciales, como infección por VIH, enfermedades desmielinizantes y trastornos autoinmunes, fortaleció la interpretación del cuadro como mielitis transversa secundaria a reactivación viral. Este enfoque sistemático es esencial, ya que la MT representa un síndrome clínico que puede ser la manifestación de múltiples entidades con implicaciones terapéuticas distintas.

En cuanto al tratamiento, el aciclovir intravenoso constituye la piedra angular en el manejo de las infecciones del sistema nervioso central por VVZ, debido a su eficacia en la inhibición de la replicación viral (Sebastian et al., 2021). La evidencia disponible sugiere que el inicio temprano del tratamiento antiviral se asocia con mejores resultados neurológicos, lo que resalta la importancia del diagnóstico oportuno. El uso concomitante de corticoesteroides, como en este caso, busca modular la respuesta inflamatoria y reducir el edema medular, aunque su indicación se basa principalmente en evidencia derivada de reportes de caso y series pequeñas (Beh et al., 2013). En pacientes con evolución desfavorable o refractaria, se han descrito alternativas terapéuticas como la plasmaféresis o la inmunoglobulina intravenosa, aunque con resultados variables.

La evolución clínica favorable observada en esta paciente, con recuperación significativa de la fuerza muscular y de la función vesical en pocos días, sugiere que la intervención terapéutica fue oportuna y eficaz. Este desenlace contrasta con el curso potencialmente devastador de la MT, que puede ocasionar secuelas neurológicas permanentes, incluyendo parálisis, alteraciones sensitivas persistentes y disfunción autonómica (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2024). Por lo tanto, este caso refuerza la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica y de implementar un abordaje diagnóstico y terapéutico temprano.

Desde una perspectiva preventiva, resulta relevante considerar el papel de la vacunación frente al VVZ. Aunque el presente reporte no tiene como objetivo evaluar intervenciones preventivas, la evidencia



disponible indica que la vacunación reduce significativamente la incidencia de infección primaria y de complicaciones asociadas al virus. En este sentido, la ausencia de antecedente vacunal en la paciente podría haber contribuido al desarrollo del cuadro clínico. Si bien no es posible establecer una relación causal directa, este aspecto subraya la importancia de las estrategias de prevención en salud pública.

En este contexto, el presente caso aporta evidencia relevante sobre la presentación de mielitis transversa secundaria a VVZ en un paciente inmunocompetente, enfatizando la necesidad de incluir esta etiología en el diagnóstico diferencial de mielopatía aguda.

En conjunto, este caso destaca la importancia de integrar los hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio en la evaluación de la mielitis transversa, así como de iniciar tratamiento antiviral de manera temprana para mejorar los desenlaces neurológicos, incluso en pacientes sin factores de riesgo aparentes.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la mielitis transversa secundaria a VVZ en pacientes inmunocompetentes es una entidad poco frecuente, pero clínicamente relevante, que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de mielopatía aguda, particularmente cuando existe antecedente reciente de exantema compatible con herpes zóster. La correlación entre clínica, resonancia magnética y estudio de LCR con PCR permite establecer el diagnóstico de manera más precisa. El tratamiento temprano con aciclovir, asociado en casos seleccionados a corticoesteroides, puede modificar favorablemente la evolución neurológica y disminuir el riesgo de secuelas funcionales a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbas, S. A., El Helou, J., Chalah, M. A., Hilal, H., Saliba, G., Abboud, H., & Ayache, S. S. (2019). Longitudinal Extensive Transverse Myelitis in an Immunocompetent Older Individual-A Rare Complication of Varicella-Zoster Virus Reactivation. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(5), 201. <https://doi.org/10.3390/medicina55050201>
2. Freer, G., & Pistello, M. (2018). Varicella-zoster virus infection: natural history, clinical manifestations, immunity and current and future vaccination strategies. *The new microbiologica*, 41(2), 95–105.
3. Liu, Q., Zhou, X., & Li, Z. (2022). Acute myelitis with multicranial neuritis caused by varicella zoster virus: A case report. *BMC Neurology*, 22, 45. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02571-y>



4. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2024). *Transverse myelitis*. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/transverse-myelitis>
5. Sebastian, A. P., Basu, A., Mitta, N., & Benjamin, D. (2021). Transverse myelitis caused by varicella-zoster. *BMJ case reports*, 14(8), e238078. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-238078>
6. Simone, C. G., & Emmady, P. D. (2022). Transverse myelitis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559302/>
7. Triplett, J., Toledano, M., & Jones, L. (2022). Herpes zoster associated myelitis: Clinical and radiographic features (P1-1.Virtual). *Neurology*, 98(18 Suppl.), 3350. [https://doi.org/10.1212/WNL.98.18\\_supplement.3350](https://doi.org/10.1212/WNL.98.18_supplement.3350)
8. Yun, D., Cho, S. Y., Ju, W., & Seo, E. H. (2021). Transverse myelitis after infection with varicella zoster virus in patient with normal immunity: A case report. *World journal of clinical cases*, 9(33), 10308–10314. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i33.10308>
9. Agrawal, M. M., Mahajan, R. S., Bilimoria, F. E., & Ninama, K. R. (2016). Myelitis: A Rare Neurological Complication of Herpes Zoster. *Indian journal of dermatology*, 61(6), 687–689. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.193695>
10. Kennedy, P. G. E., & Gershon, A. A. (2018). Clinical Features of Varicella-Zoster Virus Infection. *Viruses*, 10(11), 609. <https://doi.org/10.3390/v10110609>.
11. Hakami, M. A., Khan, F. R., Abdulaziz, O., Alshaghдали, K., Hazazi, A., Aleissi, A. F., Abalkhail, A., Alotaibi, B. S., Alhazmi, A. Y. M., Kukreti, N., & Binshaya, A. S. (2024). Varicella-zoster virus-related neurological complications: From infection to immunomodulatory therapies. *Reviews in medical virology*, 34(4), e2554. <https://doi.org/10.1002/rmv.2554>
12. Assunção, A., Amorim-Delgado, L., Barros-Azevede, C., Dias, Â., & Magalhães, C. (2024). Neurological Complications Associated With Varicella-Zoster Virus Infection. *Cureus*, 16(10), e72305. <https://doi.org/10.7759/cureus.72305>
13. Tada, S., Kaito, Y., Watanabe, A., Sugiyama, Y., Nishigaichi, A., Miwa, T., Watanabe, K., Hazama, T., & Takahashi, D. (2024). Varicella-Zoster Meningitis and Myelitis After Herpes Zoster Dermatitis Treatment With Amenamevir: A Case Series and Literature Review. *Cureus*, 16(2), e54775. <https://doi.org/10.7759/cureus.54775>



14. Yaghmaei, E., Najafi, A., & Daneshvar Kakhki, R. (2024). Longitudinal Extensive Transverse Myelitis due to Varicella-Zoster Virus Infection in an Undiagnosed HIV-Positive Patient. *Case reports in neurological medicine*, 2024, 9027198. <https://doi.org/10.1155/2024/9027198>
15. Shadravan, Mohammad & Farshchian, Farnoosh & Rajaei, Alireza & Alavi Darazam, Ilad & Naseri, Reza & Maghsudloo, Faezeh. (2025). Post Varicella-Zoster Virus Transverse Myelitis: Diagnostic and Therapeutic Challenges – A Case Report and Literature Review. *IDCases*. 41. e02336. 10.1016/j.idcr.2025.e02336.

