



Cómo citar este artículo:

Henry-Knight RH; Basulto-Duarte AC; Espinosa-Goire Y; Padilla-González JM. Meningoencefalitis por virus Oropouche. Presentación de caso. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e498. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/498>

Palabras Clave:

Arbovirosis;
Meningoencefalitis viral;
Virus Oropouche; Caso clínico.

Keywords: Arbovirus;
Viral meningoencephalitis;
Oropouche virus; Case report.

Autor para correspondencia:

espinosagoireyanier@gmail.com

Recibido: 26/01/2026

Aceptado: 05/08/2026

Publicado: 10/09/2026

Editor(es) a cargo:

Dr. Yonathan Estrada Rodríguez.
Est. Shania Naranjo Lima.

Traductor:

MSc. Maritza Núñez Arévalo.

Maquetador:

Rey Adrián Fraguera González.

Meningoencefalitis por virus Oropouche. Presentación de caso

Oropouche virus meningoencephalitis. Case presentation

Roberto Héctor Henry Knight ¹ , Arizaday Ceylin Basulto Duarte ²

Yanier Espinosa Goire ^{2*} , José Manuel Padilla González ²

¹ Hospital General Docente Agostinho Neto. Guantánamo, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La fiebre de Oropouche, causada por el *orthobunyavirus* Oropouche, es una arbovirosis transmitida por insectos hematófagos. Aunque suele ser leve, se han descrito manifestaciones neurológicas graves. En 2024, Cuba reportó transmisión activa en todas sus provincias. **Objetivo:** Describir las características clínicas, diagnósticas y evolutivas de un caso de meningoencefalitis por virus Oropouche con desenlace fatal. **Presentación del caso:** Varón de 36 años, procedente de zona rural, con antecedente de hipospadias corregido, amaurosis del ojo derecho de 10 días de evolución y crianza de palomas. Ingresó por cefalea occipital intensa, vómitos y mareos. Presentó síndrome meníngeo, fiebre, deterioro neurológico progresivo, shock, oliguria, hipopotasemia y paro cardiorrespiratorio. La PCR confirmó Oropouche, y la autopsia reveló edema cerebral severo secundario a meningoencefalitis. **Conclusiones:** El virus Oropouche puede causar meningoencefalitis grave y mortal en pacientes jóvenes sin comorbilidades. Este caso resalta la necesidad de incluir esta arbovirosis en el diagnóstico diferencial de síndromes meníngeos en áreas endémicas y de realizar confirmación virológica precoz.

ABSTRACT

Introduction: Oropouche fever, caused by the Oropouche orthobunyavirus, is an arboviral disease transmitted by blood-sucking insects. Although usually mild, severe neurological manifestations have been described. In 2024, Cuba reported active transmission in all its provinces. **Objective:** To describe the clinical, diagnostic, and evolutionary characteristics of a case of Oropouche virus meningoencephalitis with a fatal outcome. **Case presentation:** A 36-year-old male from a rural area with a history of surgically corrected hypospadias, right eye amaurosis of 10 days' duration, and pigeon rearing. He presented with severe occipital headache, vomiting, and dizziness. He developed meningeal signs, fever, progressive neurological deterioration, shock, oliguria, hypokalemia, and cardiorespiratory arrest. PCR confirmed Oropouche, and autopsy revealed severe cerebral edema secondary to meningoencephalitis. **Conclusions:** Oropouche virus can cause severe and fatal meningoencephalitis in young patients without comorbidities. This case highlights the need to include this arbovirosis in the differential diagnosis of meningeal syndromes in endemic areas and to perform early virological confirmation.

INTRODUCCIÓN

La fiebre de Oropouche es una arbovirosis emergente causada por el orthobunyavirus Oropouche (OROV), transmitida principalmente por jejenes del género *Culicoides* y, en Cuba, también por *Culex quinquefasciatus*. Aunque clásicamente se considera una enfermedad febril autolimitada, en los últimos años se ha documentado un incremento de formas neurológicas graves, como meningitis, encefalitis o meningoencefalitis, que pueden ocurrir hasta en un 4 % de los pacientes tras la fase febril inicial ⁽¹⁾. Desde su identificación en Trinidad y Tobago en 1955, el OROV ha circulado en América Central y del Sur. En 2024, Cuba reportó transmisión activa en las 15 provincias, con más de 110 municipios afectados ⁽²⁾.

El cuadro clásico incluye fiebre, cefalea occipital intensa, mialgias, artralgias, mareos, náuseas y vómitos. Sin embargo, la presentación como meningoencefalitis grave con compromiso multisistémico y desenlace fatal es excepcional y ha sido escasamente documentada ⁽³⁾. El presente caso aporta una valiosa lección clínica, ya que describe un paciente joven sin inmunodepresión conocida que evolucionó desde un síndrome meníngeo inicial hasta shock, disfunción multiorgánica y muerte, a pesar del manejo en cuidados intermedios.

El objetivo de este reporte es describir las características clínicas, diagnósticas y evolutivas de un caso de meningoencefalitis por virus Oropouche con desenlace fatal, con el fin de alertar a los clínicos sobre la posible gravedad de esta arbovirosis emergente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 36 años, procedente de zona rural, con antecedentes personales de hipospadias corregido quirúrgicamente en la infancia, amaurosis del ojo derecho de 10 días de evolución y crianza de palomas. No refería otros antecedentes patológicos ni inmunodepresión.

Acudió al cuerpo de guardia acompañado por familiares por presentar cefalea de 10 días de evolución, localizada en región occipital, de alta intensidad, con irradiación frontal, sin alivio con analgésicos. Se acompañó de dos episodios eméticos con restos alimenticios, mareos frecuentes y cifras tensionales elevadas (150/90 mmHg) documentadas en el área de salud. Ingresó en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" con la impresión diagnóstica de síndrome meníngeo y sospecha de leptospirosis. Ante la falta de mejoría, fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM), donde permaneció hasta su

fallecimiento. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica.

Examen físico al ingreso:

Signos vitales: tensión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca 70 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 36,8 °C.

Sistema nervioso: consciente, orientado, con signos meníngeos positivos (Kernig y Brudzinski). Pares craneales sin alteraciones.

Resto del examen: sin hallazgos relevantes.

Evolución hospitalaria

Día 1: Se realizó punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio, incoloro, con glucosa indetectable, 296 células $\times 10^6/L$ (predominio linfocitario), prueba de Pandy positiva y hematíes crenados. Se diagnosticó meningoencefalitis viral.

Días 2-3: Mejoría inicial de la cefalea, sin fiebre, Glasgow 15. Al tercer día, recurrencia de cefalea que requirió metamizol (dipirona).

Día 4: Deterioro: desorientación, agitación psicomotora, Glasgow 13. Ecografía abdominal mostró líquido libre intraabdominal de moderada cuantía. Se solicitó cateterismo uretrovesical por estrechez meatal.

Día 5: Traslado a UCIM por fiebre de 40 °C, taquicardia (105 lpm), taquipnea (30 rpm), Glasgow 9 y persistencia de signos meníngeos.

Día 6: Hipotensión (TA 110/70 mmHg), taquipnea (36 rpm), oliguria (0,7 ml/h), hipopotasemia (3,2 mmol/L) y alcalosis respiratoria.

Día 7: Febril (38 °C), Glasgow 13, rigidez de nuca, sin mejoría.

Día 8: Afebril, pero con signos de deshidratación, Glasgow 13. Sufrió paro cardiorrespiratorio que no respondió a maniobras de reanimación.

Estudios complementarios (realizados entre días 1-3):

Hemograma: leucocitos $17,0 \times 10^9/L$ (neutrófilos 82 %, linfocitos 13 %), hematocrito 0,45 L/L.

Gasometría: alcalosis respiratoria.

Frotis de sangre periférica: cuerpos de Döhle, cayados 7 %, metamielocitos 5 %, mielocitos 2 %.

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): ARN del virus Oropouche en muestra clínica; negativa para dengue, Zika y chikungunya.

Electrocardiograma, radiografía de tórax y tomografía axial computarizada de cráneo: normales.

Ultrasonido abdominal: líquido libre intraabdominal moderado.

Tratamiento

Hidratación endovenosa, aciclovir (ante sospecha de encefalitis herpética), hidrocortisona, paracetamol, fraxiheparina, manitol y ceftriaxona (dosis y esquemas no detallados por limitaciones del registro).

Resultados de autopsia:

- Causa directa de la muerte: edema cerebral severo.
- Causa intermedia: hipertensión endocraneana.
- Causa básica: meningoencefalitis por virus Oropouche.

Consentimiento informado: Se obtuvo consentimiento informado escrito del familiar más cercano para la publicación de este caso, garantizando la anonimización de todos los datos identificativos. El documento se encuentra en poder de los autores y a disposición del comité editorial.

DISCUSIÓN

El caso presentado documenta una meningoencefalitis por virus Oropouche con evolución fatal, una forma clínica excepcionalmente grave. El diagnóstico anatomopatológico definitivo estableció edema cerebral severo secundario a hipertensión intracraneal como causa directa de la muerte, y meningoencefalitis por Oropouche como causa básica. En el contexto epidemiológico del paciente (procedencia rural, crianza de palomas) y el brote activo en la provincia entre abril y junio de 2024, la infección por OROV constituye la etiología más plausible, confirmada por PCR específica.

La meningoencefalitis por Oropouche es rara, pero posible. Wesselmann y colaboradores señalan que la enfermedad cursa clásicamente con fiebre, cefalea, artralgias y mialgias, con recuperación espontánea en la mayoría; no obstante, hasta un 4 % desarrollan manifestaciones neurológicas ⁽¹⁾. Vernal y colaboradores describieron pacientes con meningoencefalitis por OROV en Brasil, todos con evolución favorable ⁽⁴⁾. A diferencia de esos reportes, nuestro

caso presentó shock, disfunción multiorgánica y muerte, lo que resalta la potencial gravedad de esta arbovirosis.

El diagnóstico diferencial con otras arbovirosis es complejo en áreas de cocirculación. Las mialgias y artralgias son menos frecuentes en Oropouche que en dengue, mientras que el dolor retroorbitario, típico del dengue, es raro en Oropouche ⁽⁵⁾. El Zika cursa con fiebre baja, exantema y conjuntivitis, ausentes en nuestro paciente. La PCR permitió descartar dengue, Zika y chikungunya, confirmando OROV como agente causal.

La presencia de líquido libre intraabdominal, hipotensión y oliguria sugiere un componente de shock séptico o disfunción multiorgánica, posiblemente relacionado con la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a hipertensión intracraneal. Da Silva-Menegatto y colaboradores señalan que el dolor abdominal es frecuente en la fiebre de Oropouche, debido a una mayor inflamación abdominal ⁽⁶⁾. Este hallazgo se corroboró en nuestro paciente.

Dado el antecedente de crianza de palomas, se consideró la criptococosis meníngea como diagnóstico diferencial; sin embargo, la ausencia de inmunodepresión conocida y la evolución aguda hacen menos probable esta etiología ⁽⁷⁾. La confirmación virológica por PCR descartó también leptospirosis, sospechada inicialmente por el medio rural.

La amaurosis del ojo derecho, presente 10 días antes del ingreso, podría representar una manifestación neurológica temprana del OROV (afectación del nervio óptico o de la vía visual central) o un hallazgo independiente. No se encontraron reportes previos de amaurosis asociada a Oropouche, por lo que este caso sugiere la necesidad de investigar posibles complicaciones oculares en futuros brotes.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el virus Oropouche interfiere con el transporte iónico y la regulación sináptica neuronal, e induce una regulación negativa de la señalización del interferón tipo 1, lo que podría explicar su capacidad neuroinvasiva ⁽⁶⁾. Además, se ha demostrado que el OROV induce estrés oxidativo en órganos como hígado y bazo, lo que podría contribuir al compromiso multisistémico observado ⁽⁸⁾.

Limitaciones del caso: Se trata de un reporte único, por lo que los hallazgos no son generalizables. No se realizó autopsia completa del sistema nervioso periférico ni estudio histopatológico del globo ocular para confirmar la causa de la amaurosis. Tampoco se midieron citocinas inflamatorias para caracterizar la respuesta inmunitaria.

Lecciones aprendidas: La meningoencefalitis por Oropouche puede presentar una evolución rápidamente progresiva hacia el shock y la muerte, incluso en pacientes jóvenes sin comorbilidades. Ante un síndrome meníngeo con deterioro neurológico y compromiso multisistémico en áreas endémicas, debe incluirse al OROV en el diagnóstico diferencial, más allá de las arbovirosis clásicas. La confirmación diagnóstica temprana mediante PCR es fundamental para orientar el manejo y evitar tratamientos innecesarios.

CONCLUSIONES

La meningoencefalitis por virus Oropouche puede cursar con deterioro neurológico rápidamente progresivo, shock y muerte, incluso en pacientes jóvenes sin comorbilidades. Este caso resalta la necesidad de incluir OROV en el diagnóstico diferencial de síndromes meníngeos graves en zonas endémicas, y de implementar confirmación virológica precoz para optimizar el manejo clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wesselman KM, Postigo-Hidalgo I, Pezzi L, de Oliveira-Filho EF, Fischer C, de Lamballerie X, et al. Emergence of Oropouche fever in Latin America: a narrative review. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(7):e439-52. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00740-5.
2. Jiménez JV, Cañete Villafranca R, Cabrera Fabelo ER. Virus Oropouche, un desafío emergente para la salud pública cubana. *Rev Cuba Med Tropical [Internet].* 2024 [citado 05/03/2026];76. Disponible en: <https://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/1267>
3. Morrison A, White JL, Hughes HR, Guagliardo SJ, Velez JO, Fitzpatrick KA, et al. Oropouche Virus Disease Among U.S. Travelers – United States, 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2024;73(35). doi: 10.15585/mmwr.mm7335e1.
4. Vernal S, Martini CCR, da Fonseca BAL. Meningoencefalitis aséptica asociada al virus Oropouche, sureste de Brasil. *Emerg Infect Dis.* 2019;25(2):380-2. doi: 10.3201/eid2502.181189.
5. Kharwadkar S, Herath N. Clinical manifestations of dengue, Zika and chikungunya in the Pacific Islands: A systematic review and meta-analysis. *Rev Med Virol.* 2024;34(2):e2521. doi: 10.1002/rmv.2521.

6. Da Silva Menegatto MB, Ferraz AC, Lima RLS, Almeida LT, de Brito RCF, Reis AB, et al. Oropouche virus infection induces ROS production and oxidative stress in liver and spleen of mice. J Gen Virol. 2023;104(5). doi: 10.1099/jgv.0.001857.

7. Fonseca LMDS, Carvalho RH, Bandeira AC, Sardi SI, Campos GS. Oropouche Virus Detection in Febrile Patients' Saliva and Urine Samples in Salvador, Bahia, Brazil. Jpn J Infect Dis. 2020 Mar 24;73(2):164-165. doi: 10.7883/yoken.JJID.2019.296.

8. Tilston-Lunel NL. Oropouche Virus: An Emerging Orthobunyavirus. J Gen Virol. 2024 Oct;105(9):002027. doi: 10.1099/jgv.0.002027.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

RHHK: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

ACBD: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

YEG: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición

JMPG: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.