Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2508

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4946 - ANTE INFECCIÓN VIRAL, CUIDADO CON LO QUE PUEDE PASAR: ENCEFALOMIELITIS AGUDA

F. Fernández Rodríguez[a], M. Robles Quesada[b], J. García Cintas[c], R. Reyes Vallejo[d], R. Fernández Márquez[c] e I. Ben Abdellatif[e]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba. [b]FEA de Cirugía. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Occidente. Córdoba. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Intensiva. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) acompañado de sus padres por cuadro de fiebre de 38 ºC de varios días de evolución con síntomas de infección respiratoria de vías altas. Ante la ausencia de signos de alarma se inicia tratamiento con antitérmicos ante los cuales cede parcialmente la fiebre. Dos días más tarde acude por alteración en la deambulación con dificultad para la marcha, astenia y debilidad de miembros inferiores (MMII), estreñimiento, vómitos y retención aguda de orina. Se deriva a Urgencias (URG) ante la sospecha de posible polineuropatía ascendente versus mielitis aguda, donde finalmente ingresa en Cuidados Intensivos por posible progresión y afectación diafragmática.

Exploración y pruebas complementarias: Alerta. Orientado. Lenguaje normal. Pares craneales: respuesta fotomotora directa y consensual conservada. Audición conservada. No alteraciones sensitivas en rostro. Sistema motor en miembros superiores (MMSS) conservado. Balance afectación muscular en MMII 4/5. RCP flexores. ROTs positivos. Rigidez nuca +/+++. TAC craneal: sin hallazgos de interés. LCR: adenosina desaminasa, 900 eritrocitos/µl, glucosa 65 mg/dl, leucocitos 138 célula/ µl, linfocitos 96%, neutrófilos 4%, proteína 39 mg/dl. RMN cráneo y médula completa: Hallazgos compatibles con encefalomielitis aguda diseminada.

Juicio clínico: Encefalomielitis aguda diseminada.

Diagnóstico diferencial: Etiológicamente: síndrome de Guillain-Barré, encefalitis de Bikerstaff, mielitis transversa. Clínicamente: esclerosis múltiple.

Comentario final: Destacar que además de ser una entidad bastante infrecuente en niños, debido a su similitud clínica con la esclerosis múltiple, es difícil llegar a un diagnóstico de certeza. Para ello debemos apoyarnos en las pruebas complementarias (tipo RMN) y en la evolución de la clínica para realizar diagnóstico definitivo. La mayoría de los pacientes en situaciones graves se benefician de tratamiento con corticoides intravenosos y en algunos casos de sucesivas plasmaféresis. Nosotros como médicos de AP, debemos de identificar a tiempo cuando nos encontremos ante un caso similar,

y sospechar dicha patología, sumándole el valor añadido de la inespecificidad de la clínica.

Bibliografía

1. Peña JA, et al. Encefalomielitis aguda diseminada en niños. Rev Neurol. 2002;34:163-8.
2. Rodríguez A, et al. Encefalomielitis aguda diseminada: análisis epidemiológico, clínico, analítico y evolutivo en 16 pacientes. Anales de Pediatría. 2014:165-72.
3. Menéndez A, et al. Encefalomielitis aguda diseminada de evolución bifásica. Bol Pediatr. 2003;43:64-9.

Palabras clave: Debilidad. Mielitis. Fiebre.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.