Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):26

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 212/3191 - ¿Por qué hipoactividad y marcha ATÁXICA en un lactante?

*C. Castillo Ramos[a], A. Sánchez[b], F.M. Aceituno Villalba[c], I.M. Escudero Muñoz[b], C. Bolarín Angosto[d], A. Balsalobre Matencio[d], C.R. Garabito Hernández[e], R. Kazan[f] y Á.M. Pérez Ortiz[f]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona. [b]Médica Residente. Centro de Salud San Javier. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Santiago de la Ribera. Murcia. [d]Médico Residente. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. [e]Médico Residente. Centro de Salud Sant Cugat. Barcelona. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valldoreix. Barcelona.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Lactante de 17 meses que consulta por decaimiento y postración sin cuadro febril asociado. Reinterrogando a la madre, explica estado de hipoactividad, hiporexia, somnolencia, dificultad para la marcha (llegando a dejar de deambular) y temblor de manos cuando quería coger algún objeto de 5 días de evolución. Según refiere, el inicio de esta clínica coincidió con la aparición de fiebre y posteriores lesiones vesiculosas en boca, mano y pie (orientado como la enfermedad mano-pie-boca) que se autolimitaron en las últimas 24 horas. Se deriva a Urgencias para realizar pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** A nivel de la exploración física destaca estado hipoactivo pero en alerta. Marcha atáxica pero puede caminar solo con aumento de la base de sustentación. Temblor intencional sin signos meningeos con resto de la exploración por aparatos dentro de la normalidad. Dentro de las pruebas complementarias destaca en el análisis del LCR eritrocitos 2.300/µL, leucocitos 123/µL (25% células polinucleadas, 66% mononucleadas), glucosa 58,38 mg/dl, proteína 0,29 g/l. Tinción Gram: negativa. Cultivo: negativo. PCR a VHS 1, 2, enterovirus, echovirus: Negativo. El EEG objetiva en lentificación generalizada bilateral. Rotavirus positivo en heces. Resto de pruebas complementarias normales.

**Juicio clínico:** Encefalitis vírica.

**Diagnóstico diferencial:** Encefalopatía por *Shigella*, intoxicación aguda, LES, glioma, migraña.

**Comentario final:** Con la orientación diagnóstica de encefalitis vírica, se inicia aciclovir ev y se ingresa en la planta de Pediatría. A las 24 horas del ingreso presenta clara mejoría de la clínica neurológica, por lo que se decide suspender aciclovir. Posteriormente presenta deposiciones dispépticas siendo positivas para rotavirus. Finalmente dada la buena tolerancia oral y ausencia de clínica se decide alta hospitalaria. La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a una evidencia clínica de una disfunción neurológica, debido a múltiples agentes etiológicos, fundamentalmente virus. Después del periodo neonatal la etiología más frecuente es la infección por enterovirus como echovirus y coxackie B5 que suelen tener una evolución benigna.

**Bibliografía**

1. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Infectología Pediátrica. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2003.

***Palabras clave:*** *Ataxia. Hipoactividad. Encefalitis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.