

Manejo de la encefalomiелitis aguda diseminada en el Servicio de Urgencias. A propósito de tres casos.

Castro Rey M, Fraile García L, López Balboa P, Villagómez Hidalgo FJ, Carranza Ferrer J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Pediatría.

0,2 – 0,4 por cada 100.000 habitantes



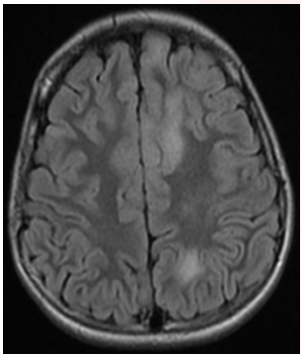
1. Encefalopatía aguda
2. Signos meníngeos
3. Focalidad



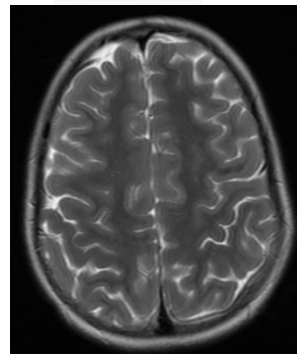
Varón 9 años.
Bradipsiquia y pérdida del control de esfínteres 12 horas.
EF: desviación comisura labial, marcha inestable. Galsgow fluctuante.

Mujer 8 años.
Debilidad mmii, inestabilidad y retención aguda orina 48 h.
EF: s.meningeos + , hipoestesia mmii, ausencia reflejos abdominales.

Mujer 10 años.
Fiebre + cefalea + vómitos de 48h de evolución.
EF: bradipsiquia, s. meningeos +, ROTs aumentados, clonus bilateral. Globo vesical palpable.



Tratamiento
GC e Igs
Alta 19 días.



Tratamiento
GC e Igs.
Alta 14 días



Tratamiento
GC + Igs +
plasmaferesis.
Alta 41 días.

Conclusiones: Ante la sospecha de EMAD es necesario realizar de manera urgente una resonancia magnética cerebral que nos confirme el diagnóstico. Ya que el inicio de tratamiento precoz es clave para disminuir el riesgo de secuelas o mortalidad, siendo el pronóstico favorable en las formas no hemorrágicas