

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Cerebelitis infecciosa en la infancia: no siempre es varicela

Gómez Puche F, Alcaraz Gómez LE, Nicolás Martínez A, Guardiola Olmos JA, García García S, Gracia Baena C. *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

1. INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de cerebelitis aguda, que es una patología rara caracterizada por la aparición de síntomas relacionados con:

1. Signos cerebelosos
2. Puede asociar datos de elevación de presión intracraneal

Puede tener causa no infecciosa o infecciosa, pudiendo aparecer en el contexto de una primoinfección, o relacionarse con una infección pasada



- Ataxia, nistagmo y disimetría
- Vómitos y dolor de cabeza

OBJETIVO

Diagnóstico y tratamiento rápido pues es una entidad grave e investigar causa para instaurar tratamiento específico si posible

2. CASO CLÍNICO

Preescolar de 3 años que acude por inestabilidad de la marcha y escasa reactividad de unas 12 horas de evolución. Asocia dolor en pierna derecha. En días anteriores cuadro catarral con febrícula

EVOLUCIÓN

Empeoramiento progresivo, con mayor inestabilidad para mantener sedestación, falta de respuesta a órdenes y somnolencia

TRATAMIENTO

Inmunoglobulinas IV y, posteriormente Azitromicina IV mejorando el cuadro, recuperando reactividad y lenguaje, y mejorando la ataxia.

EXPLORACIÓN

Habla escándida, responde forma lenta a las órdenes. Pares centrados y simétricos. Hipotonía generalizada y simétrica. Ataxia truncal, dificultad para mantener bipedestación, que logra aumentando base de sustentación, aunque inestable, sin lograr marcha. Inestabilidad también en sedestación. Dismetría. No temblor. No signos meníngeos. A nivel ORL, faringe hiperémica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Bioquímica y hemograma: normales
LCR: Claro y transparente sin alteraciones citoquímicas
- PCR enterovirus, VHS 1,2 y 6 y VEB negativos
Tóxicos en orina: negativos
PCR Influenza A/B: negativo
Serologías: VEB inmune, CMV negativo, Mycoplasma IgM +
TC cerebral, RMN y EEG: Dentro de la normalidad.

3. CONCLUSIÓN Y COMENTARIOS

Aunque el agente infeccioso más frecuente involucrado en los casos de cerebelitis aguda es el virus Varicela Zoster, debemos tener en cuenta que existen otros agentes que, más raramente, pueden producir este cuadro.

Los mecanismos patogénicos propuestos son la invasión directa del cerebro por estos microorganismos o daño inmunomediado debido a una reacción cruzada por anticuerpos y antígenos compartidos por *M. Pneumoniae* y el tejido cerebral.

Del 1-7% de pacientes que presentan infección por *Mycoplasma Pneumoniae* pueden presentar ataxia aguda, siendo la cerebelitis la 4º complicación neurológica más frecuente, tras la encefalitis, meningitis y poliradiculopatía.

CONCLUSIÓN

Es necesario realizar una búsqueda exhaustiva de la causa de este tipo de cuadros, pues aquellas que tengan un tratamiento específico se benefician evitando la aparición de secuelas.