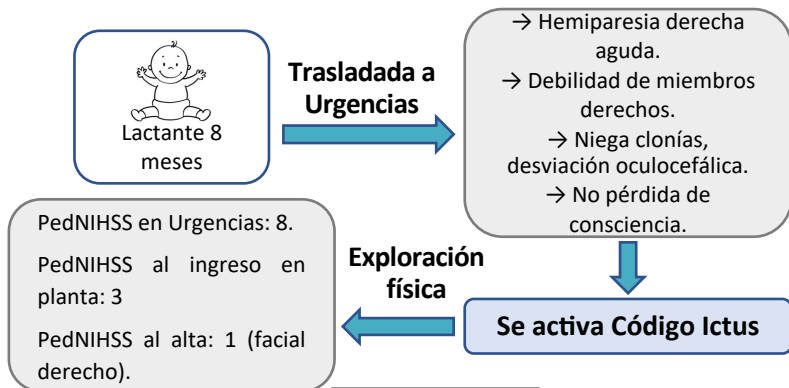


ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO, EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR ADENOVIRUS. A PROPÓSITO DE UN CASO.



ACTUACIÓN

1. TC de cráneo sin contraste y angioTAC: normales.

2. Contraindicado fibrinólisis intravenosa (edad y >4,5 h) y trombectomía mecánica (ausencia oclusión gran vaso).

3. Ingresa en planta para completar estudio.

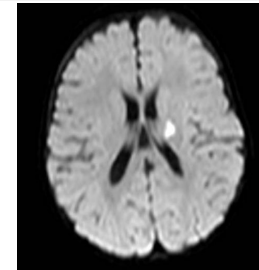
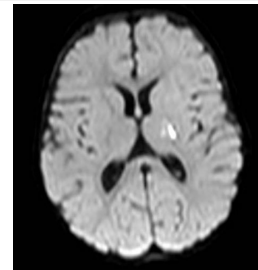
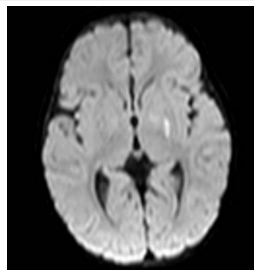
4. RMN: afectación ganglios basales, oclusión art. lenticuloestriadas
→ Vasculopatía focal/vasculitis.

5. Se inicia antiagregación con AAS 5.5 mg/kg/día.

EVOLUCIÓN Y ESTUDIO ETIOLÓGICO

Evolución favorable durante el ingreso. Tras estabilidad, se decide alta a domicilio.

- Ecocardiografía, ecografía de troncos supraaórticos: normales.
- Estudio de trombofilia y coagulación: normales.
- Anticuerpos antinucleares positivos y HLA-B51: positivos.
- Estudio microbiológico de exudado nasofaríngeo: **se detecta ADN de adenovirus.**
- Electroencefalograma: normal.



CONCLUSIONES

Los virus son agentes implicados en la vasculitis de pequeños vasos responsable de la aparición del ictus isquémico.

Los más frecuentes son parvovirus y VVZ. El adenovirus es una causa muy infrecuente pero recogida en la literatura científica.

El ictus en la infancia es infrecuente. Origina secuelas que puede perdurar, por lo que es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz.