



Diagnóstico diferencial del ictus pediátrico. Otra causa de hemiparesia en el lactante.

Rodríguez Barrios, Carmen; González-Haba Martínez, Blanca; Estepa Pedregosa, Lorena; Lorenzo Martín, María del Carmen; Rubio Quiñones, Fernando

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

- El **ictus pediátrico**, es una entidad poco frecuente con una incidencia de 3 por 100.000 niños/año.
- Algunas patologías pueden dar clínica similar, como es el caso de la **meningitis tuberculosa**, una forma infrecuente de presentación, más relacionada con pacientes inmunosuprimidos (VIH). Clínicamente presenta afectación de pares craneales y de corteza, hidrocefalia e isquemia cerebral. Asocia alta morbilidad por lo que es esencial un manejo precoz con tratamiento antituberculoso empírico junto con corticosteroides en todos los pacientes.

- Lactante de 9 meses derivado por sospecha de **ictus hemorrágico vs crisis convulsiva**. Antecedentes de somnolencia y fiebre de 2 semanas de evolución.
- Exploración: movimientos de lateralización cefálica con supraversion ocular izquierda, hemiparesia derecha y desviación de la comisura bucal contralateral.
- Ante la posibilidad de accidente cerebrovascular: código ICTUS. (*Imagen 1*)
- Se amplía estudio: IGRA (positivo), Mantoux (15 mm), BAS (PCR positiva a Mycobacteria), LCR (hipoglucorraquia, aumento de mononucleares, hiperproteíorraquia y ADA positivo) y TC torácico (condensación en LID con adenopatías hiliares), confirmándose la sospecha de **TBM con afectación pulmonar**. **Se inicia tratamiento antituberculostático**.
- A las 48 horas: mayor somnolencia, hipotonía, pérdida de audición y visión. Angio-RMN craneal: signos de arteritis de ambas arterias cerebrales medias y lesión isquémica en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda, presencia de signos de hidrocefalia. Se decide colocación de **válvula de derivación ventriculoperitoneal**. Presentando mejoría de la hemiparesia, fijación de la mirada y recuperación completa a estímulos sonoros.

CASO CLÍNICO

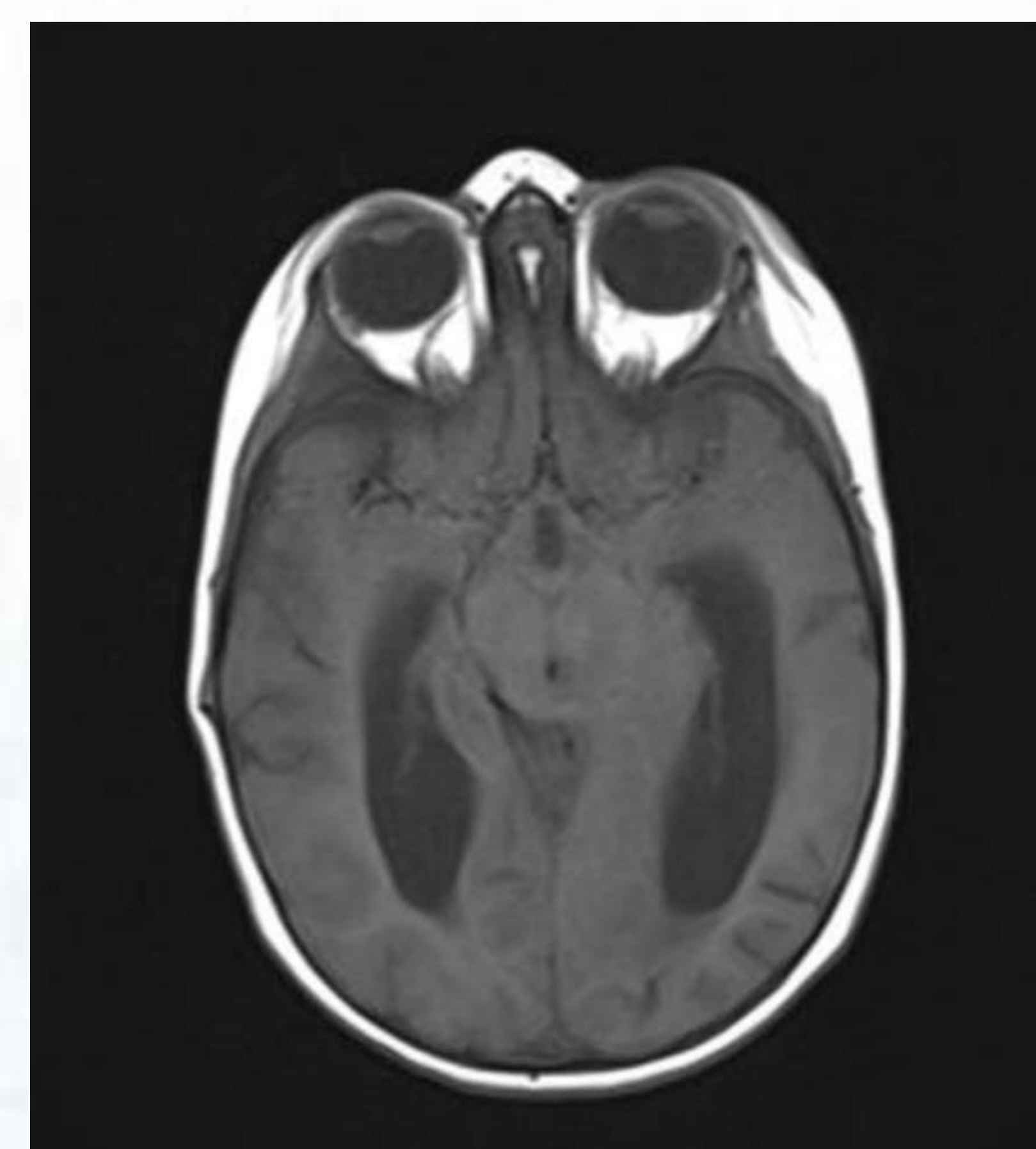


Imagen 1. Angio-TC craneal: masa tálamo mesencefálica comprimiendo tercer ventrículo.

CONCLUSIONES

- La **mortalidad** por TBM varía de un 5-23%. El 14-52% de los niños con tratamiento presenta **secuelas neurológicas**.
- Ante un niño con clínica de hemiparesia debemos de incluir en el **diagnóstico diferencial la causa infecciosa**, e iniciar tratamiento empírico. Pero manteniendo un alto índice de sospecha con respecto a la patología de origen vascular, ya que el pronóstico es tiempo-dependiente.