

LA NEUROIMAGEN NO ES LO QUE ESPERABA

AUTORES: Marta Furones García, Raquel Berzosa López, Pilar Gallego, Lucía Marcela Figueroa Ospina, Alba Pérez Pérez, María de la Parte Cancho, Roi Piñeiro Pérez

INTRODUCCIÓN

La cerebelitis aguda postinfecciosa es la causa más frecuente de ataxia en la población pediátrica.

Enfermedad actual

Acude a urgencias una niña de 7 años por cefalea, vómitos y deposiciones líquidas de 48 horas de evolución, asociada a sensación de inestabilidad, sin giro de objetos, en las últimas 24 horas. Fiebre los primeros días del cuadro.

Exploración física

Marcha inestable, con leve aumento de la base de sustentación, siendo el resto de la exploración neurológica normal.

Se ingresa en la planta de hospitalización con sospecha de cerebelitis aguda postinfecciosa y se pauta tratamiento con aciclovir intravenoso, que se suspende a los 3 días al confirmarse la negatividad de virus en LCR.

Exploraciones complementarias

*Analítica, hemocultivo, tóxicos en orina, punción lumbar, cultivo de LCR, PCR de virus en LCR, coprocultivo y PCR de virus respiratorios, con resultados dentro de la normalidad.

*RM craneal, donde se visualiza un realce leptomeníngeo difuso, sugerente de origen infeccioso.



Evolución clínica

Desaparición de la inestabilidad en pocos días.

Ante los hallazgos de la RM craneal, se realiza un control de neuroimagen a los 3 meses, con resolución de la captación leptomeníngea.

CONCLUSIONES

La cerebelitis aguda postinfecciosa aparece en niños alrededor de los 6 años, como un cuadro brusco de ataxia truncal, que puede acompañarse de dismetría o temblor, sin encontrarse datos de hipertensión intracraneal o de infección sistémica, como la fiebre. Suele debutar tras una infección o tras la vacunación, habitualmente de varicela. Da lugar a una desmielinización inflamatoria del cerebelo.

Las pruebas de neuroimagen y el estudio de LCR suelen ser normales, y el diagnóstico es de exclusión. Es recomendable descartar la presencia de intoxicación y la existencia de un tumor de fosa posterior en pacientes con ataxia. Asimismo, cuando aparece fiebre o signos meníngeos se deben descartar otras causas de origen infeccioso. En nuestro caso, llamaba la atención en la RM craneal la captación leptomeníngea, hallazgo infrecuente en esta patología, motivo por el que solicitó un control posterior.

El pronóstico es bueno, la clínica suele desaparecer en pocas semanas hasta en el 90% de los pacientes. No precisa tratamiento, más allá del sintomático. La evolución de nuestra paciente fue favorable, resolviéndose el cuadro de forma espontánea en pocos días.