

# “Doctora, mi hijo está flojo.”

González Fajardo N., Bragado López S., Del Pozo Carlavilla M., Jiménez Sahuquillo A., Tercero Baidez P., Romera Guarner I., Carrascosa Rabadán P., Morral Larraz A., Sturla Álvarez D., López Marín L., González E., Martínez González M.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid).

## Introducción.

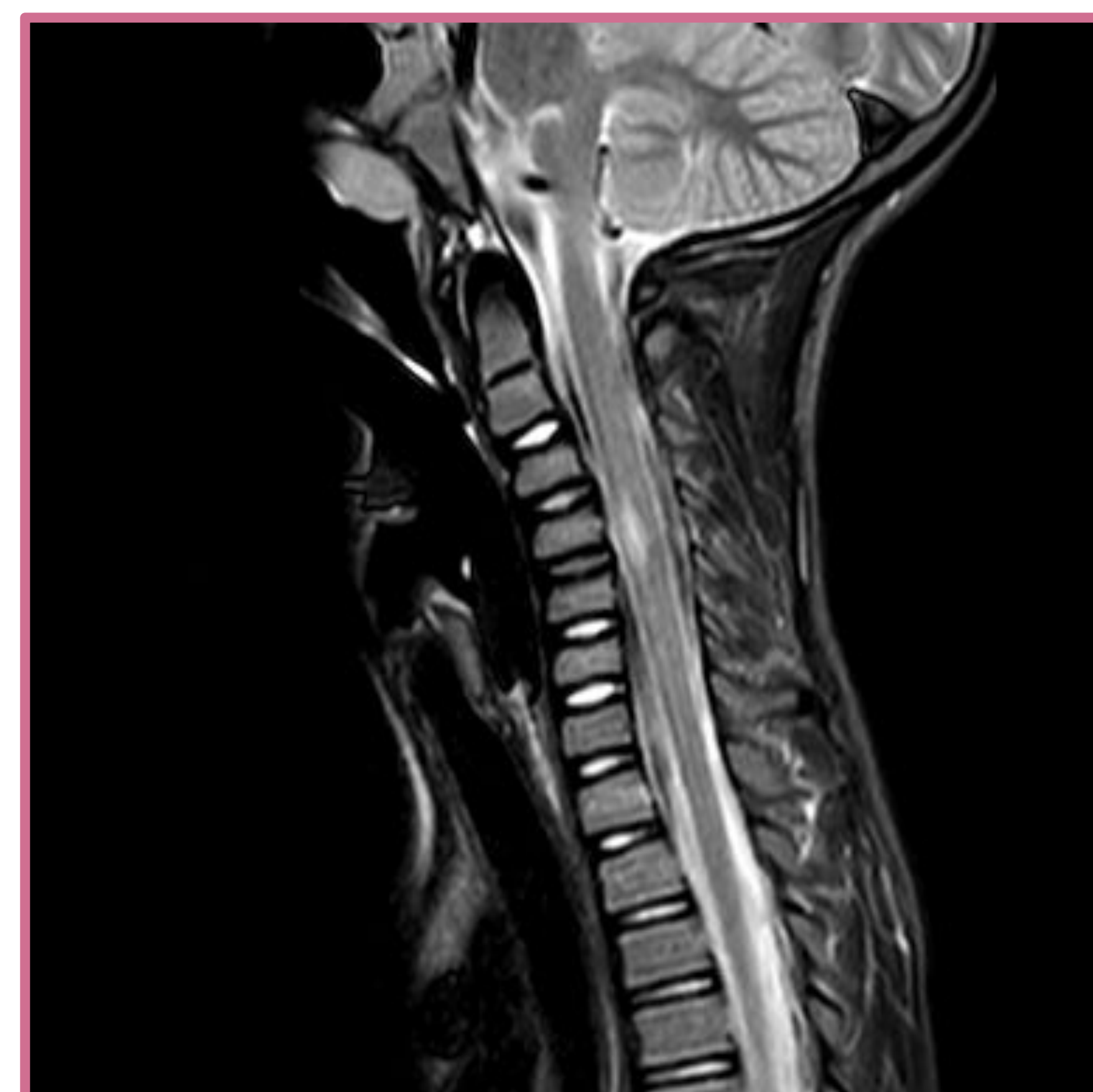
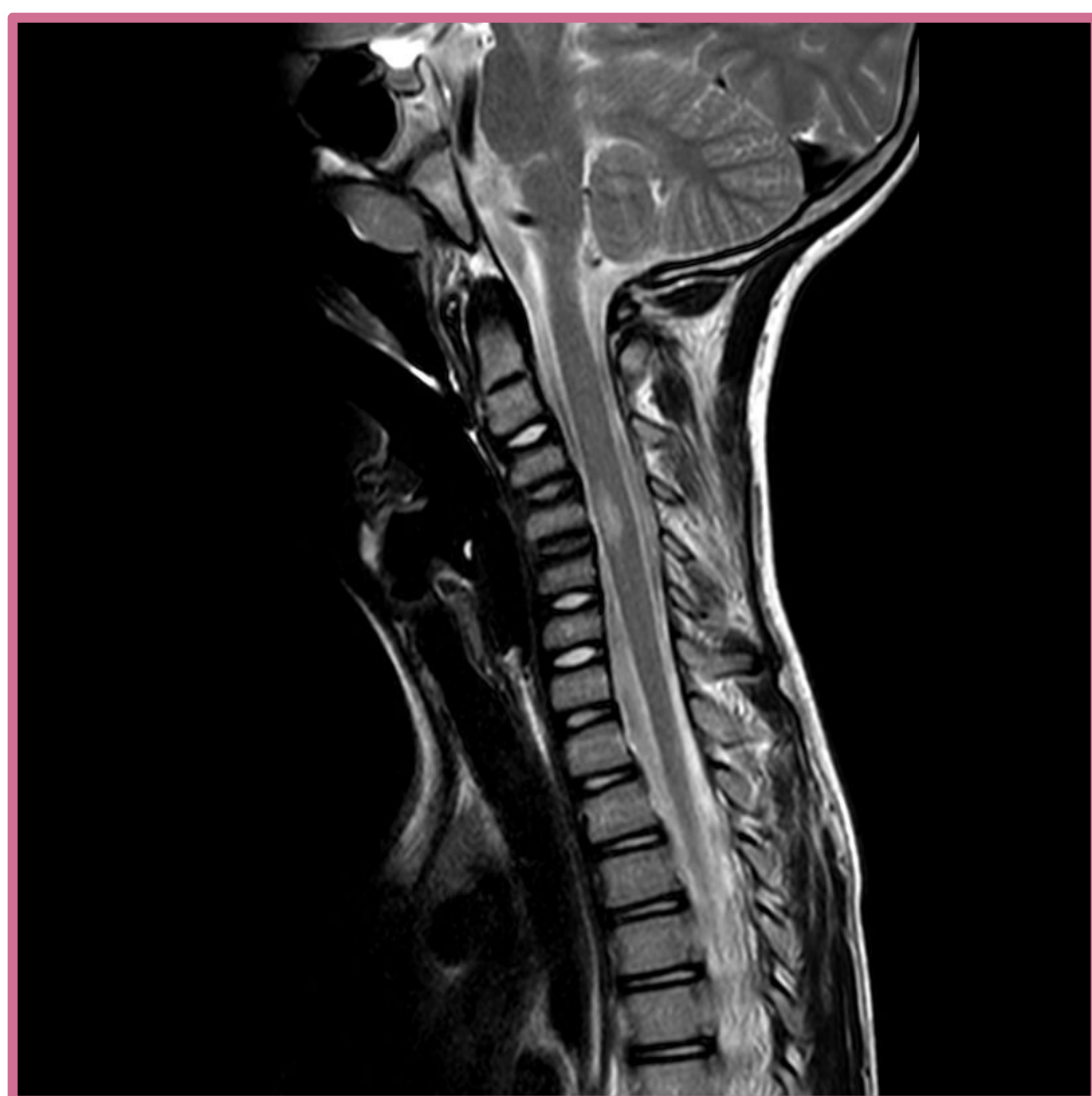
La focalidad neurológica es poco frecuente en población pediátrica. Su presencia puede traducir patología grave, por lo que es importante realizar un diagnóstico precoz de su causa. Ante la sospecha de lesión medular aguda se debe iniciar tratamiento lo antes posible.

## Caso clínico.

Niño de nueve años, sin antecedentes relevantes, que consulta por dolor en hombro y brazo derecho desde hace 24 horas, asociando parestesias en ambas manos y debilidad generalizada progresiva de predominio en miembros superiores. Presenta retención urinaria, con dificultad para iniciar la micción, precisando sondaje vesical. No proceso infeccioso intercurrente ni traumatismo reciente.

En la exploración física destaca: imposibilidad para la bipedestación, sedestación inestable, fuerza disminuida en miembros superiores (2/5) e inferiores (4/5), reflejos osteotendinosos abolidos y sensibilidad discriminativa disminuida en las cuatro extremidades.

Ante clínica sugestiva de lesión medular aguda, se realiza resonancia magnética (RM) cerebral-medular urgente objetivándose lesión hiperintensa intramedular central, bilateral (20 mm) a nivel C4, sin afectación a nivel cerebral.



Con sospecha de mielitis transversa aguda se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona. Se completa estudio con punción lumbar y analítica sanguínea incluyendo serologías y autoinmunidad (sin alteraciones). El paciente presenta progresión marcada de la debilidad en las siguientes 24 horas, por lo que se traslada a otro centro para realización de plasmaféresis. Se continua tratamiento con rituximab e inmunoglobulinas. La valoración oftalmológica no presenta alteraciones y el estudio neurofisiológico muestra respuestas corticoespinales asimétricas, con retraso de latencia y amplitud disminuida en hemisferio derecho. Evolución favorable, presentando mejoría progresiva generalizada de la movilidad y de las alteraciones sensitivas, recuperando control de esfínteres y marcha autónoma.

## Comentarios.

La mielitis transversa aguda se presenta en ausencia de patología neurológica previa y compromete vías motoras, sensitivas y el control vegetativo de la médula espinal. Se trata de una mielopatía inflamatoria, monofásica y desmielinizante cuya etiología es muy amplia, siendo en la edad pediátrica con frecuencia autoinmune o infecciosa.

El diagnóstico diferencial incluye la compresión medular por procesos tumorales, síndrome de Guillain-Barré, o la esclerosis múltiple. El tratamiento precoz puede prevenir secuelas a largo plazo. Está indicado el uso de corticoides a dosis elevadas, recurriendo a la plasmaféresis o el tratamiento inmunomodulador en casos de mala respuesta. Es fundamental el tratamiento rehabilitador. Hasta el 50% de los pacientes presenta una recuperación completa.