

Título: Encefalomiелitis diseminada aguda postvacunal

Alba Bouza Romero. Noemi Conde Lorenzo. Cristina Pérez Lopez. Maria del Rosario Monner Romero. Laura Vilanova Gantes. Santiago Andrés Fernández Cebrián.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España

Introducción:

La ADEM es una enfermedad inflamatoria desmielinizante aguda del SNC, monofásica, con clínica de encefalopatía aguda y síntomas neurológicos multifocales.

Su etiología es diversa: viral, bacteriana, autoinmune...y menos frecuentemente, postvacunal.

Ante la sospecha clínica se realizan pruebas complementarias; la RM cerebral y medular es la prueba diagnóstica gold standard. En ella se observan lesiones multifocales de gran tamaño en sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, cerebelo y troncoencéfalo; podría afectarse la sustancia gris profunda en el tálamo y ganglios basales.

El LCR contiene pleocitosis con predominio linfocítico monocítico. El EEG muestra enlentecimiento generalizado del trazado.

Los PEV son normales o con afectación bilateral de la vía óptica.

Presenta amplio diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, leucodistrofia, tumores, vasculitis, trastornos metabólicos mitocondriales o reumatológicos.

En líneas generales, el tratamiento son los corticoides a dosis altas.

El pronóstico es variable, desde remisión completa a secuelas motoras o cognitivas, independientemente de su etiología.

Riesgo alto de mortalidad la primera semana.

Precisa seguimiento posterior.

Caso clínico:

Mujer de 3 años que acude a urgencias por somnolencia y febrícula en las últimas 72 horas, asocia bradipsiquia y marcha inestable. Antecedente de vacunación tetravírica 9 días antes. En la exploración destaca tendencia a la somnolencia, marcha inestable y reflejos rotulianos exaltados. Al ingreso: analítica completa con despistaje metabólico y serologías negativas.

Fondo de ojo normal. Punción lumbar: Bioquímica del LCR: Aspecto normal, conteo de leucocitos 17 células/ μ L, monomorfonucleares 100%, polimorfonucleares normal, glucosa y proteínas normales. PCRs bacterianas y víricas en LCR: negativas. Cultivo LCR: Negativo.

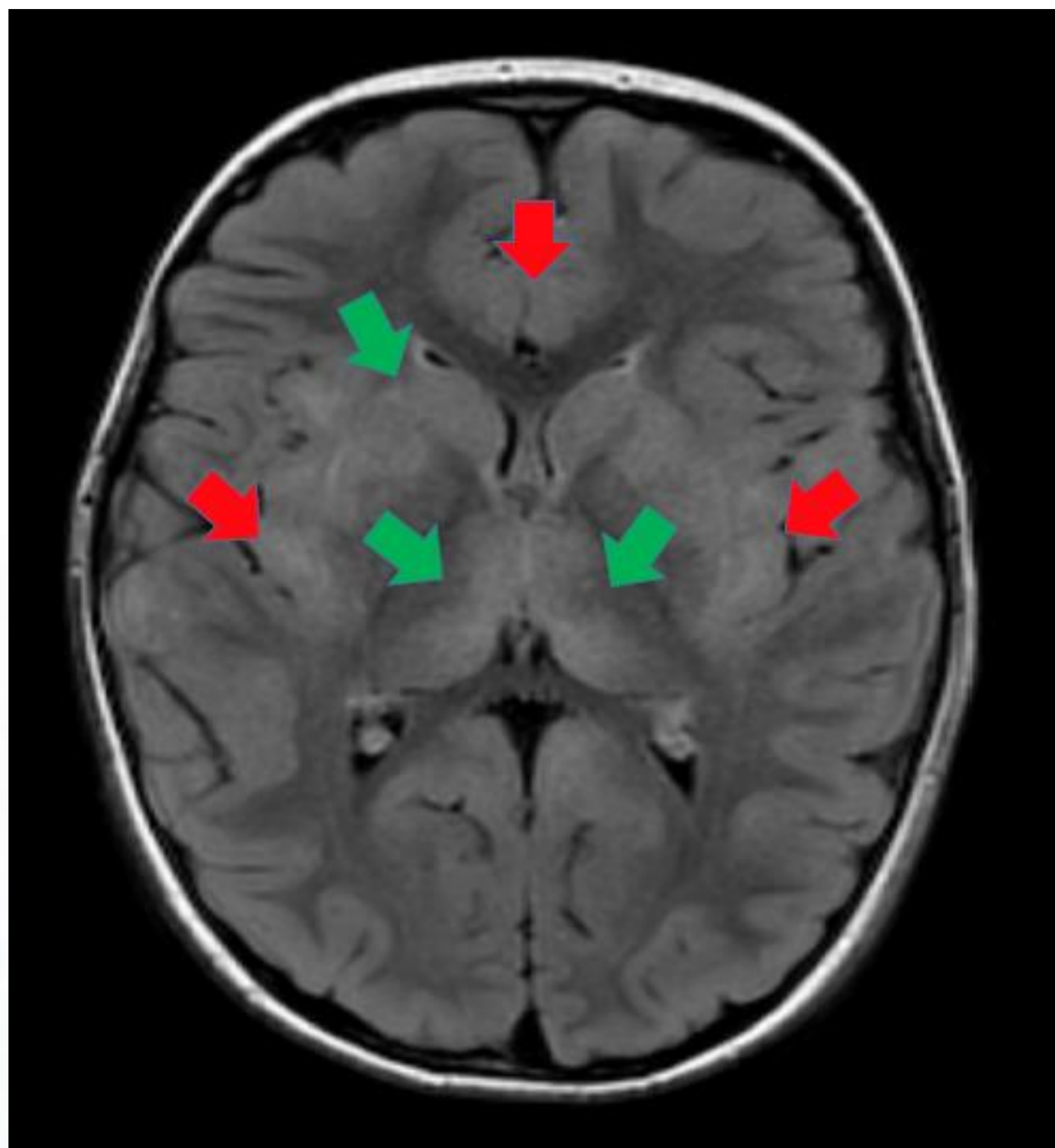
Estudio de inmunidad: bandas oligoclonales en LCR/Suero, anticuerpos neuronales de superficie en suero y anticuerpos antineuronales en LCR (NMDA, AMPA1, AMPA2, GABA, CASPR2, LGI1, anti NMDAR, anti GAD, anti VGKC), IgG Neuromielitis óptica, Ig GAME, anticuerpos anti-MOG: negativos.

EEG: normal. PEV-PEATC: normal.

Ante la sospecha clínica de encefalitis se inicia corticoterapia. Tras realizarse RM se confirma EMAD y se administran bolos de corticoides a altas dosis, con mejoría clínica progresiva. Se mantiene antibioterapia intravenosa: cefotaxima, azitromicina y aciclovir, hasta recibir cultivos negativos.

Dado negatividad de cultivos, PCRs, serologías y pruebas autoinmunes, se notificó a la AEMPS la posibilidad de reacción adversa tras administración de vacuna tetravírica.

Tras este episodio se realiza seguimiento en consultas de Neuropediatría; se encuentra asintomática y sin secuelas. En RM de control a los 3 meses se observa resolución de las lesiones y remisión completa de la enfermedad.



RM T2 FLAIR:

- Lesiones hiperintensas córticosubcortical bihemisféricas (flechas rojas)
- Lesiones tumefactas en núcleos de la base (flecha verde)



RM SAGITAL:

- Lesiones tumefactas en la región posterior del mesencéfalo (flecha amarilla)

Conclusiones:

Las encefalitis inmunomediadas son un grupo creciente en su frecuencia justificando 1/3 de las encefalitis. El mimetismo molecular inducido por una exposición infecciosa o vacunal puede desencadenar la producción de autoantígenos contra el SNC.

Ante episodio vacunal reciente y clínica neurológica debemos sospechar encefalomiелitis diseminada aguda postvacunal, ya que a pesar de su rareza, se ha descrito tras inmunizaciones frente a sarampión, parotiditis, rubeola, rabia, encefalitis B japonesa, tosferina, difteria, tétanos, polio y gripe.

Una anamnesis detallada, así como las pruebas complementarias apropiadas, son esenciales para un adecuado diagnóstico diferencial.

Ante la mínima sospecha de encefalitis debemos iniciar tratamiento empírico precoz para disminuir las secuelas.