

Fiebre y alteración conductual en varón de 2 años

Claudia Andrade Díaz, María Macías García, Berta Capdevila I Salvans, Marta Santana Mateos

INTRODUCCIÓN

Se producen 5-10 casos de encefalitis por cada 100.000 niños. La causa más frecuente es viral, siendo el enterovirus el principal agente etiológico, con distribución estacional, siendo más frecuente en verano y otoño.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 años que acude a **URGENCIAS** por alteración de la conducta de 6 horas de evolución. Refieren que mientras jugaba sufrió una caída hacia la derecha, sin tropiezo ni traumatismo previo. Desde ese momento, presenta tendencia al sueño, bostezando y realizando muecas, sin emitir palabras. En consulta presenta 38.3°C, previamente afebril. Tomó hidroxicina por brote de dermatitis atópica. Niegan ingesta accidental de fármacos, drogas o tóxicos. En las dos semanas previas había padecido gastroenteritis. Residen cerca de humedales, donde se han producido brotes de meningoencefalitis por Virus del Nilo Occidental.

A la **exploración** presenta llanto enérgico, sin decaimiento, con escasa respuesta a órdenes (no dice “mamá” ni la señala). Presenta marcha inestable, con aumento de la base de sustentación. El resto de la exploración neurológica es normal, sin focalidad. No hay otros hallazgos en la exploración física.

Se solicitan analíticas urinaria y sanguínea completa, TAC craneal y tóxicos en orina, todos normales. Se realiza punción lumbar, con líquido claro y normotenso, y se cursa muestra para bioquímica, cultivo y Virus del Nilo Occidental. Se solicita serología, PCR de Virus del Nilo Occidental en orina y PCR de enterovirus (heces y frotis faríngeo). El paciente ingresa en **PLANTA**, iniciando Cefotaxima y Aciclovir intravenosos.

Durante su ingreso, presenta buena evolución. El cultivo de LCR fue negativo, por lo que a las 48 horas se suspende antibioterapia. Se realizó electroencefalograma, que fue normal. A los cinco días de ingreso, se realiza RMN que es normal, y se suspende aciclovir. Ante evolución favorable, recibió el alta.

Al mes acudió a consulta con los resultados de las pruebas pendientes. No se detectó ARN de WNV en orina ni LCR, con IgM negativo e IgG positivo en serología (habitual en residentes de su zona), lo que no justifica el cuadro. La PCR de enterovirus en heces fue positiva lo que, junto a las características del cuadro y la negatividad del resto de pruebas, permitió el diagnóstico de encefalitis por enterovirus.

CONCLUSIÓN

Ante un cuadro compatible con encefalitis, debemos diseñar un plan diagnóstico-terapéutico orientado a las causas más frecuentes de encefalitis incluyendo como fue en este caso el WNV en el diagnóstico diferencial, por aumento de su incidencia en la zona en la que reside nuestro paciente.