



242/908 - MI NIÑO NO CAMINA

L. Floristán García^a, R. García Arriola^b, M. Millán Hernández^c, E. Sierra Rubio^d, M. Gómez Caballero^e y B. Pax Sánchez^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Torrelozanes. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Aravaca. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Monterozas. Madrid. ^dMédico de Familia. Consultorio La Marazuela. Las Rozas. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelozanes. Madrid. ^fMédico de Familia. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 19 meses que acude a Urgencias por cuadro de imposibilidad brusca para marcha de 48h de evolución acompañado de irritabilidad. En los 6 días previos, cuadro febril de hasta 39,5 °C con astenia y anorexia.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 12,0 Kg, Talla: 85 cm, PC 46 cm, T^a: 36,3 °C (axilar). Buen estado general. No exantemas ni petequias. ORL, ACP y abdomen normal. Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas. ROT exaltados simétricos. Sensibilidad normal. Marcha imposible, impresiona de debilidad muscular con disminución de fuerza en miembros inferiores. Fuerza conservada en miembros superiores. No rigidez de nuca ni otros signos de irritación meníngea. Analítica: leucocitos: $7,28 \times 10^3/\mu\text{L}$; PMN: $2,24 \times 10^3/\mu\text{L}$; linfocitos: $4,29 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas: $159 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 12,60 g/dL, Htc 36,70%. Cr 0,16 mg/dl, CK total 159,00 U/L (24,0-170,0), PCR: 10,4. Orina y tóxicos: negativos. Ecografía del canal medular y de caderas: normal. TAC URG: en parénquima supratentorial, múltiples lesiones hipodensas corticosubcorticales de morfología triangular y distribución bilateral, en contexto clínico sugestivas de lesiones isquémicas/infecciosas secundarias a émbolos. Sin efecto masa. PL: normal. Gram: no microorganismo. RM cerebral y de médula espinal: múltiples lesiones confluentes en: sustancia blanca subcortical, bilateral asimétrica; lesión aislada en la rodilla del cuerpo calloso y brazo posterior de cápsula interna izquierda; lesión en segmentos T3-T8, en relación con mielitis; serología en sangre: CMV IgM: positivo; herpes 6 IgM e IgG: positivo.

Juicio clínico: Encefalomiелitis aguda diseminada.

Diagnóstico diferencial: En < 3 años. 1. Afectación columna: discitis. 2. Afectación cadera: a. Sinovitis transitoria; b. Displasia cadera; c. Artritis séptica. 3. Otras causas: a. FX primeros pasos (Toddler); b. parálisis cerebral o otra causa de origen neuromuscular; c. osteomiелitis.

Comentario final: La encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad infrecuente de etiología autoinmunitaria que se presenta generalmente tras una enfermedad febril previa o una inmunización. El diagnóstico se basa en la clínica sugestiva y hallazgos en RM, altamente sensible para detectar las lesiones desmielinizantes. La evolución clínica favorable con resolución de las

lesiones desmielinizantes caracterizan esta enfermedad.

Bibliografía

1. Curso COT Pediatría. AEP. Temas 4, 9 y 17.
2. Peña JA, Montiel-Nava C, Hernández F, et al. Revista Neurología. 2002;34(2).
3. Madrid Rodríguez A, Ramos Fernández JM, Calvo Medina R, Martínez Antón J. An Pediatr (Barc). 2014;80(3):165-72.

Palabras clave: Cojera. Encefalomiелitis.