



# Neurology perspectives



## 18652 - CASO PEDIÁTRICO DOCUMENTADO DE ENCEFALITIS ANTI-RNMDA TRAS SEROPOSITIVIDAD A *BORRELIA BURGdorFERI* Y ENCEFALITIS POR VHS-1: ¿COINCIDENCIA O ALGO MÁS?

León Ruiz, M.; Gómez Moroney, A.; Bautista Villavicencio, C.; Naranjo Castresana, M.; Merino Andreu, M.; Castañeda Cabrero, C.

Sección de Neurofisiología Clínica. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.

### Resumen

**Objetivos:** Presentamos una encefalitis anti-RNMDA pediátrica tras seropositividad a *Borrelia burgdorferi* (BB) y VHS-1.

**Material y métodos:** Varón de 3 años, remitido por fiebre de 39,4 °C durante 3 días y episodio de desconexión y movimientos generalizados tónico-clónicos durante 10 minutos. Quedó somnoliento sin emitir lenguaje. Los estudios analíticos infecciosos-autoinmunes-metabólicos de sangre y licuorales fueron negativos. La RM craneal mostró afectación bilateral asimétrica (predominio izquierdo) insular, córtico-subcortical fronto-parietal-temporal. El EEG reveló un posible *status epilepticus* no convulsivo focal con alteración de consciencia. Se inició ácido valproico, aciclovir, cefotaxima IV, monitorización video-EEG y completó estudio diagnóstico.

**Resultados:** Tres días después, la PCR-VHS-1 licuoral fue positiva. Ante persistencia de crisis se asoció levetiracetam IV. Cuatro días después hubo seropositividad BB-IgG (WB/ELISA), con coreoatetosis y actividad delta rítmica generalizada (GRDA). Un mes después se encontraron anticuerpos anti-RNMDA positivos (suero/LCR). Se inició plasmaféresis-metilprednisolona y después prednisona-inmunoglobulinas IV con mejoría clínica, perdurando un déficit cognitivo-motor al alta, 3 meses tras el debut (sin crisis ni coreoatetosis).

**Conclusión:** La encefalitis autoinmune es una causa frecuente y tratable de encefalitis aguda, cuyo diagnóstico pediátrico resulta un desafío. Los autoanticuerpos más detectados son los anti-RNMDA2, constituyendo un criterio diagnóstico, como el EEG, que sirve como potencial biomarcador en tiempo real, con 3 patrones: actividad beta excesiva; cepillo delta extremo (30%); y GRDA (asociado a movimientos anormales). El teratoma ovárico y el VHS-1 son desencadenantes sin descartarse otros, cuya detección no debe retrasar el proceso diagnóstico-terapéutico. En nuestro caso, lo más plausible es que la BB-IgG+ probablemente fuera un falso positivo.