



Neurology perspectives



18953 - Dos casos de mielitis flácida aguda por Enterovirus no-polio

Santos Martín, C.¹; Sánchez Suárez, A.²; Herrera Molina, C.³; González Arbizu, M.¹; Alcalá Torres, J.¹; Amarante Cuadrado, C.¹; Fernández Cooke, E.⁴; Martínez de Aragón Calvo, A.⁵; Gandhour Fabre, D.⁶; Núñez Enamorado, N.⁷; Simón de las Heras, R.⁷; Camacho Salas, A.⁷

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ²Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario de Getafe; ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁴Unidad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁵Servicio de Radiología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁶Servicio de Neuropediatría. Hospital Infanta Elena; ⁷Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Resumen

Objetivos: La mielitis flácida aguda (MFA) clásica es la poliomielitis, pero otros enterovirus no-polio también pueden causarla, siendo una entidad infrecuente pero muy discapacitante, con una incidencia creciente a nivel mundial tras el brote de 2014 en EE. UU.

Material y métodos: Describir dos casos atendidos en un hospital de tercer nivel entre 2013-2023.

Resultados: Caso 1: mujer de 16 meses con una paresia aguda arrefléctica del miembro inferior y VI nervio craneal izquierdos tras un cuadro gastrointestinal. La RM mostró hiperintensidad T2/FLAIR a nivel bulbo-protuberancial y totalidad de la médula. Presentó linfocitosis en LCR, sin hallazgos microbiológicos. La RT-PCR fue positiva en heces y exudado faríngeo para enterovirus-A71. Requirió ingreso en UCI y fue tratada con corticoides, inmunoglobulinas, plasmaféresis y fluoxetina. Actualmente (6 años), presenta amiotrofia y monoparesia crural izquierda, pero deambulación autónoma. Caso 2: varón de 4 años que después de una infección respiratoria desarrolla una paresia flácida braquial derecha con arreflexia. Se objetivó hiperintensidad T2/FLAIR en protuberancia dorsal y sustancia gris medular cervicodorsal, y daño neurógeno en territorio C5-C8 en el EMG. LCR con linfocitosis y microbiología negativa. RT-PCR en heces positiva para echovirus-18. Recibió soporte respiratorio en UCI, corticoterapia e inmunoglobulinas intravenosas. Cuatro meses después persiste una parálisis flácida proximal con amiotrofia leve.

Conclusión: La MFA requiere alto grado de sospecha, siendo característica la afectación de la sustancia gris medular en la RM. Se ha relacionado fundamentalmente con los enterovirus-D68 y A71, debiendo buscarse en muestras respiratorias y/o heces mediante RT-PCR. Las secuelas son frecuentes pese a los tratamientos aplicados, siendo fundamental la rehabilitación temprana.