

Categoría: Congreso Científico de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2023

REPORTE DE CASO

Acute disseminated encephalomyelitis and not-associated active viral infection

Encefalomiелitis aguda diseminada e infección viral activa no asociada

Lisbel Garzón Cutiño¹  , Maytee Olivera Vega¹ , Sergio González García² , Karen García Hernández² , Lázaro Torres Campo² 

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Miguel Enríquez”. La Habana. Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

Citar como: Garzón Cutiño L, Olivera Vega M, González García S, García Hernández K, Torres Campo L. Encefalomiелitis aguda diseminada e infección viral activa no asociada. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias 2023; 2:450. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023450>

Recibido: 06-06-2023

Revisado: 05-08-2023

Aceptado: 07-10-2023

Publicado: 08-10-2023

ABSTRACT

Introduction: Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) is an autoimmune disorder of the central nervous system, which causes a broad inflammatory process in the brain and spinal cord. It is characterized by the association of acute encephalopathy and multiple neurological deficits, 1 or 2 weeks after an infectious process that will not always be evident or after an immunization.

Case report: A 52- year- old male patient presented with intense headache associated with disorder of consciousness, motor deficit, aphasia and active infection with herpes simplex virus type 1. Magnetic resonance imaging of the simple skull is performed showing hyperintense images of a demyelinating nature.

Conclusion: The diagnosis of a case of ADEM with an active acute infection truly constitutes an exceptional event and of great interest, considering that the etiology of this entity is 75 percent postinfectious. Identifying in time whether they are related pathologies or not determines the choice of treatment and evolution of the patient.

Keywords: Acute Disseminated Encephalomyelitis; Viral Encephalitis; Demyelinating.

RESUMEN

Introducción: La Encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD), es un desorden autoinmune del sistema nervioso central, que provoca un proceso inflamatorio amplio a nivel de cerebro y médula espinal. Se caracteriza por la asociación de encefalopatía aguda y déficit neurológico multifocal, 1 a 2 semanas después de un proceso infeccioso, que no siempre será evidente, o de una inmunización.

Reporte de caso: Paciente masculino de 52 años de edad que presenta cefalea intensa asociada a trastorno de consciencia, déficit motor, afasia e infección activa por el virus herpes simple tipo 1. Se realiza Imagen por Resonancia Magnética de cráneo simple que muestra imágenes hiperintensas de naturaleza desmielinizante.

Conclusiones: El diagnóstico de un caso de EMAD con una infección aguda activa, constituye realmente un evento excepcional y de gran interés, teniendo en cuenta que la etiología de esta entidad es post infecciosa en el 75 por ciento. Saber identificar a tiempo, si son patologías relacionadas o no, determina la elección del tratamiento y evolución del paciente.

Palabras clave: Encefalomiелitis Aguda Diseminada, Encefalitis Viral, Desmielinizante

INTRODUCCIÓN

La Encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD), es un desorden autoinmune del sistema nervioso entral, que provoca un proceso inflamatorio desmielinizante amplio a nivel de cerebro y médula espinal. ^(1, 2,3)

Es una enfermedad infrecuente y aunque puede presentarse a cualquier edad, su mayor incidencia es en la edad pediátrica (0,2 - 0,4 por 100 000). ⁽¹⁾ Más del 80 % de las pacientes con EMAD son niños menores de diez años. Es más frecuente en el sexo masculino. Presenta una mortalidad global estimada de 12 % y menos de la mitad de los casos cursa con recuperación completa. ^(4,5)

Desde el punto de vista etiológico entre el 50 - 75 por ciento de los casos se ha asociado a una inmunización o infección precedente. Este último escenario es el más frecuente. Los agentes infecciosos más frecuentes son influenza, enterovirus, coronavirus, sarampión, rubeola, citomegalovirus, herpes simple tipo 1. ^(6,7) Fisiopatológicamente se presume un trastorno autoinmune del sistema nervioso central (SNC) causado por un estímulo ambiental en individuos genéticamente susceptibles. ⁽¹⁾

Las manifestaciones neurológicas suelen aparecer en los casos típicos entre 1 a 2 semanas después de una infección, que siempre no es evidente. Las características clínicas suelen seguir un curso monofásico aunque pueden fluctuar en gravedad. ^(7,8)

Presentación caso clínico

Paciente masculino de 52 años de edad, raza blanca, con antecedentes patológicos personales de Asma Bronquial, que acude al servicio de urgencias, con cefalea intensa y mantenida por 7 días, que no aliviaba con analgésicos. A los tres días del inicio de la cefalea aparecieron vesículas dolorosas alrededor de la boca y cuatro días después comienza con pérdida de la fuerza muscular del hemicuerpo izquierdo acompañado de desorientación y agitación psicomotriz.

Hallazgos al examen físico:

Cara: En labio inferior, vesículas agrupadas sobre una base eritematosa.

Exploración neurológica: Paciente obnubilado. Afasia motora. Hemiparesia izquierda flácida a predominio crural. Rigidez de nuca XX. Babinski bilateral.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma con diferencial, proteína C reactiva, química sanguínea: Sin alteraciones.

VDRL y VIH: no reactivos.

Estudio del líquido cefalorraquídeo. Citoquímico (aspecto incoloro, glucosa: 2, 3 mmol/L, Proteínas: 2,9 g/L y celularidad: 0). Bacteriológico (Zieh/Niesen): No crecimiento bacteriano. Tinta China: Negativo.

Test de toxoplasma: Negativo.

Tomografía computarizada (TC) de cráneo simple: No alteraciones craneoencefálicas.

Imagen por resonancia magnética (IRM): Cortes axiales en FLAIR, T1 y sagitales T2, en la que se observan imágenes hiperintensas, periventriculares, irregulares y bilaterales de aspecto desmielinizantes. (figura 1)

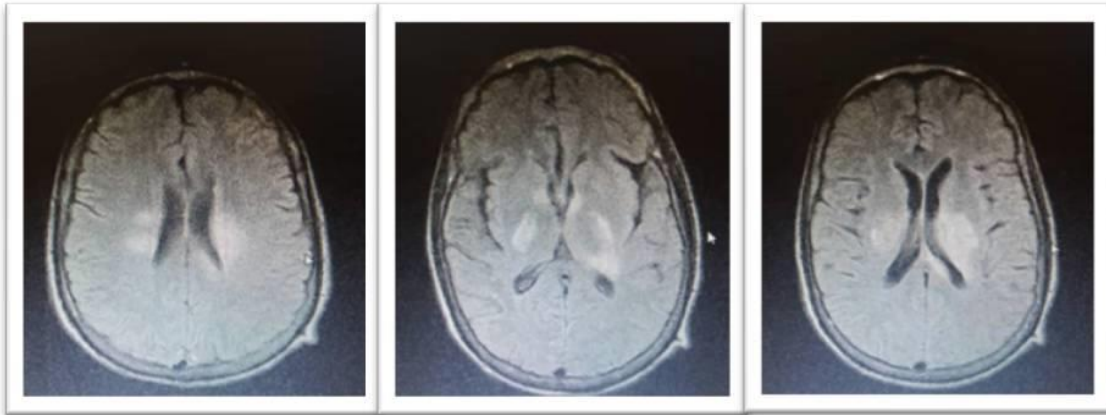


Figura 1. Imágen de Resonancia Magnética

Teniendo en cuenta el cuadro clínico y las imágenes por resonancia magnética se diagnostica una Encefalomiélitis aguda diseminada y se inicia tratamiento con Metilprednisolona IV 1g por 5 días seguida de prednisona por vía oral . Obteniéndose mejoría clínica notable con posterior egreso y rehabilitación.

DISCUSIÓN

La EMAD es una entidad poco frecuente en adultos, por este motivo se debe pensar en la misma ante cuadros neurológicos con multifocalidad con Tomografía de cráneo negativa.^(1, 7,8)

Se debe establecer diagnóstico diferencial con una encefalitis infecciosa, especialmente cuando existe rigidez de nuca.^(1,3) En este paciente el mayor reto fue descartar una encefalitis herpética ya que en el momento del ingreso presentaba lesiones activas por el virus del herpes simple tipo 1. La ausencia de fiebre, así como los hallazgos en el LCR y en la neuroimagen fueron claves.

De igual forma deben considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales enfermedades desmielinizantes como la Esclerosis Múltiple (EM) por su gran repercusión, ya que en muchos casos es prácticamente indistinguible de la EMAD en su etapa inicial. No obstante, la evolución monofásica, la recuperación neurológica, ausencia de lesiones residuales en los estudios de imagen y de recurrencia, nos ayudan a diferenciar la misma.⁽¹⁾

Es meritorio destacar que Luis León y colaboradores reportaron el caso de una adolescente de 13 años de edad en Cuba con manifestaciones clínicas recurrentes de EMAD asociado a citomegalovirus.⁽⁹⁾ A diferencia de nuestro paciente que en el momento del diagnóstico presentó una infección activa por el virus del herpes simple tipo 1 sin embargo tuvo un curso monofásico.

Por otro lado Corrales y colaboradores estudiaron una serie de 5 casos de EMAD en un hospital de España con un espectro clínico variable que incluyó cefalea, hipoacusia, paraplejia y trastornos campimétricos. En 4 de ellos no se reportó antecedente de infección previa coincidiendo con el caso presentado.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

El diagnóstico de un caso de EMAD con una infección aguda activa no relacionada, constituye realmente un evento excepcional y de gran interés, teniendo en cuenta que en la etiología de esta entidad se describe que más del 75 % de los casos, resultan secundarios a infecciones virales y/o bacterianas

previas. Saber identificar a tiempo, si son patologías relacionadas o no, determina la elección del tratamiento y evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang, C.X. Assessment and Management of Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM) in the Pediatric Patient. *Pediatric Drugs*.2021; 23:213-221. <https://doi.org/10.1007/s40272-021-00441-7>
2. Olivares F, Salinas M, Soto A, Dabanch J, Fica A. Encefalomiélitis aguda diseminada grave. Comunicación de un caso asociado a infección por virus parainfluenza 3. *Rev chilena*. 2015; 32(4). <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000500019>
3. Reichard R, Kashani KB, Boire NA, Constantopoulos E, Guo Y. Neuropathology of COVID-19: a spectrum of vascular and acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)-like pathology. *Acta Neuropathol*.2020; 140:1-6. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00401-020-02166-2>
4. Berzero G, Cortese A, Ravaglia S, Marchioni E. Diagnosis and therapy of acute disseminated encephalomyelitis and its variants. *Expert Review Neurotherapeutics* .2016; 16:83-101. <https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1126510>
5. Pohl D, Alper G, van Haren K, Kornberg A.J, Lucchinetti C.F, Tenenbaum S et al. Acute disseminated encephalomyelitis: updates on an inflammatory CNS syndrome. *Neurology*. 2016; 87: 38-45. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002825>
6. Rodríguez-Montolio J, Ballesta-Martínez S, Martín-Alemán Y, Muñoz-Farjas E. Encefalomiélitis aguda diseminada tras infección por *Mycoplasma pneumoniae*: evolución tórpida, recuperación excelente. *Rev Neurología*. 2022; 37(4):313-315. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-encefalomiélitis-aguda-diseminada-tras-infeccion-S0213485321000979>
7. Expósito Escudero JM, Martín Viota L. Encefalomiélitis aguda diseminada. Protocolo de diagnóstico y tratamiento. *Canarias pediátrica*.2020; 39(1):20-25. <https://scptfe.com/wp-content/uploads/2020/10/39-1-Encefalomiélitis-aguda-diseminada.pdf>
8. Lozano-Iraguen P, Arribas- Del Cmpo J, Castro- Pesce A, Morales- García C, Chiang- Odeh F, Pelayo-Varela C. Acute disseminated encephalomyelitis associated with SARS-CoV-2 infection without respiratory compromise. *Rev Neurol*. 2022; 75(2):45-48. <http://doi:10.33588/rn.7502.2021335>
9. Luis León C, García García RJ, Odales Ibarra R, Marrero Martínez P. Encefalomiélitis diseminada aguda recurrente, asociada a citomegalovirus en una adolescente inmunocompetente. *Rev Cubana Pediatr*. 2017; 89(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000300013
10. Corrales Arroyo MJ, López Gallardo G. Encefalomiélitis Aguda Diseminada: Formas de Presentación y Espectro Clínico. Serie de Casos. *Rev. Ecuat. Neurol*.2011; 20 :(1-3). https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/encefalomiélitis-aguda-diseminada-presentacion-espectro-casos/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores declaran que han obtenido permiso para usar las imágenes diagnósticas incluida en este artículo.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega, Sergio González García.

Investigación: Lisbel Garzón Cutiño, Sergio González García, Karen García Hernández, Lázaro Torres Campo.

Metodología: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega, Karen García Hernández.

Redacción - borrador original: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega, Karen García Hernández, Lázaro Torres Campo.

Redacción - revisión y edición: Lisbel Garzón Cutiño, Sergio González García, Lázaro Torres Campo.