

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

101

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: Bernardino Collado

Nombre: Marta

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: CEGUERA BILATERAL EN UN NIÑO DE 2 AÑOS
EN UN CONTEXTO INFECCIOSO

Centro de trabajo: Servicio Urgencias de Pediatría.
Hospital General Universitario Getafe, Madrid

Autores: Marta Bernardino Collado

Víctor Soto Insuga

Irene Cuadrado Pérez

Ana Vila Calvo

Luis Manuel Prieto Tato

José Tomás Ramos Amador

Texto: AMAUROSIS BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN DE ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA ASOCIADA A INFECCIÓN POR ROTAVIRUS EN UN NIÑO DE 2 AÑOS

Introducción: la encefalomiélitis aguda diseminada (EAD) produce un amplio rango de manifestaciones clínicas en el niño, aunque la amaurosis es excepcional. Habitualmente se asocia a una vacunación o infección previa que puede ser el desencadenante del cuadro. Existe escasa documentación de la asociación con rotavirus. Presentamos el caso en niño con dicha asociación que presentó un cuadro de amaurosis con resolución completa

Observación clínica:

Varón de 2 años, traído al servicio de Urgencias por amaurosis bilateral de 3 horas de evolución. Los días previos presentó un cuadro de gastroenteritis aguda con fiebre durante 48 horas. Refieren 2 episodios de traumatismo craneoencefálico leve en los últimos 4 días. No refiere historia de inmunización en los últimos 3 meses.

En la exploración física estaba afebril y normotenso, con exploración física normal. Neurológicamente, se muestra alerta y consciente, con pupilas midriáticas casi arreactivas, sin fijar la mirada ni responder a la amenaza y con una marcha algo inestable.

La analítica fue normal con tóxicos en orina negativos. El TAC de SNC sin contraste fue normal, mientras que en la RMN del SNC se objetivaron lesiones desmielinizantes en sustancia blanca a nivel periventricular. La bioquímica del LCR fue normal salvo bandas oligoclonales. La muestra de heces para antígeno de rotavirus fue positiva, que a la semana del ingreso se había negativizado. La PCR para rotavirus del LCR fue negativa. Ante la sospecha de EAD, se instauró tratamiento con dosis elevadas de metilprednisolona (30 mg/kg/día) durante 5 días, con excelente tolerancia, continuando con corticoides orales en pauta descendente (2mg/kg/día) durante 20 días con recuperación total de la visión..

Comentarios

Queremos resaltar la posible asociación de EAD con infección por rotavirus, muy poco descrita en la literatura. Aunque el papel del rotavirus como relación casual en el caso descrito permanece incierto, ha existido una asociación temporal que sugiere que pudo ser el desencadenante del cuadro clínico. Asimismo, es importante conocer que la EAD puede ser causa de amaurosis bilateral en niños. El diagnóstico precoz permite un tratamiento que puede ser efectivo y bien tolerado con dosis altas de metilprednisolona.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster