

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

135

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)	
Apellidos: <input type="text" value="González Martínez"/>	Nombre: <input type="text" value="Felipe"/>
Dirección:	
Ciudad: <input type="text"/>	C.Postal: <input type="text"/>
Provincia: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: HEMICOREA SECUNDARIA A INFARTOS CEREBRALES COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN POR RICKETTSIA CONORII

Centro de trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Hospital Infantil. Departamento de Pediatría. *Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. **Sección de Neurología Infantil. ***Servicio de Pediatría.

Autores: ***F González Martínez, **C Garzo Fernández, *ML Navarro Gómez, *J Saavedra Lozano, *M Santos Sebastián, ***N Navarro Patiño, *T Hernández-Sampelayo.

Texto: Introducción: La fiebre botonosa mediterránea es la rickettsiosis exantemática más frecuente en la cuenca mediterránea. Su curso clínico habitual es benigno, consistiendo en una triada típica que consiste en mancha negra, fiebre alta y erupción cutánea.

En algunos pacientes pueden existir complicaciones graves (cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, etc) debido a la vasculitis producida por este microorganismo, si bien en la infancia son muy poco frecuentes.

Caso clínico: Niño de 5 años que acude al hospital por movimientos coreicos de 48 horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. Como antecedentes no refieren traumatismos previos, ingesta de fármacos ni tóxicos. Había presentado varicela hacía algo menos de 12 meses antes. En el mes previo tuvo un episodio febril con lesión necrótica cervical y adenopatías locales, sin exantema, asociado con leucopenia e hipertransaminasemia, que remitió con una dosis de doxiciclina. Las serologías de Rickettsia (IgM) y tularemia (IgG e IgM) fueron negativas en la fase aguda de la enfermedad.

En la exploración física destacaban: movimientos de rotación interna proximal y extensión distal de ambos miembros superiores, más marcados en el lado derecho. Movimientos involuntarios, lentos, de la lengua, que aumentaban en posturas mantenidas.

Pruebas complementarias: Estudio hematológico, bioquímico hepático y renal, normales. Pruebas de imagen: ecografía cardiaca y de grandes vasos, normales. Ecografía abdominal, normal. RM cerebral: infarto en áreas lentículo estriadas laterales izquierdas, secundario a trombo situado en segmento horizontal de arteria cerebral media. Estudios microbiológicos: hemocultivos y cultivos de líquido cefalorraquídeo (LCR) para virus, bacterias y hongos, estériles. Cultivo faríngeo, estéril. Mantoux negativo. Serologías: CMV, VIH, VHS, Borrelia, Mycoplasma, Parvovirus B19, y Rosa de Bengala, negativos. Serología frente a Rickettsia IgG positivo e IgM indeterminado. Se demuestra PCR positiva para Rickettsia conorii en LCR y sangre, así como seroconversión en suero

Tratamiento y evolución. Se inicia tratamiento con doxiciclina y aciclovir durante dos semanas, con buena evolución clínica y remisión del síndrome coreico en 7 días. En RM posteriores se observaron nuevos infartos cerebrales sin clínica asociada y con resolución de las lesiones. En el momento actual el paciente se encuentra asintomático y sin secuelas neurológicas, con un tiempo de seguimiento de 6 meses.

Comentarios: 1.-Tras la búsqueda realizada en la literatura creemos que, este es, posiblemente, el primer caso descrito y documentado de hemicorea asociada a infartos cerebrales de etiología secundaria a infección por Rickettsia conorii en niños. 2.-Ante un paciente que se presenta con sintomatología neurológica poco frecuente y atípica, es importante la realización de una buena anamnesis con la recogida de datos epidemiológicos. Aunque las complicaciones neurológicas asociadas a la fiebre botonosa son excepcionales, hay que sospecharlas en un paciente con antecedente reciente de picadura por garrapata en zona endémica, en época estival y clínica neurológica. 3.-A pesar de que no hay estudios en relación al tratamiento, debido a la poca frecuencia de esta entidad, en nuestro caso la respuesta clínica fue muy favorable con el tratamiento empleado, aunque no podemos asegurar si el paciente hizo una resolución espontánea del cuadro, o una respuesta real a dicho tratamiento.

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**