
¿Encefalitis o síndrome del niño sacudido?

Cristina Giménez Grau (R1 Pediatría, H de Elda)

Pablo I. Manzanera García (R1 Pediatría, H.de Elda)

Dolores Teva Galán. (Med. Adjunto Ped, H. de Elda)

Caso clínico

HISTORIA CLÍNICA:

- Lactante mujer de 5 meses, nacida en otro hospital, con antecedentes de prematuridad: cesárea por RPM a las 32 semanas, Apgar 3/9, PN: 1890 gr (AEG).
 - Con cardiopatía congénita, fisura palatina, hipoacusia conducción bilateral e hipotonía axial.
 - Adoptada a los 3 meses de edad por desamparo.
 - Antecedentes familiares desconocidos (serología materna TORCH negativa).
-

Caso clínico

- Acuden a urgencias por presentar crisis de hipertonía generalizada con desconexión del medio y revulsión ocular de más de 30 minutos de duración que cede con Diacepam (2 dosis) y perfusión iv de Ác. Valproico.
 - Esa misma mañana había presentado febrícula y exantema generalizado.
-

Caso clínico

EXPLORACIÓN FÍSICA (al ingreso):

- Peso: 5,2 kg (<P3) Talla: 54 cm. (<P3) PC: 41 cm (P25)
 - TA:105/65 mmHg SatO2: 100%. Afebril.

 - REG. Etnia asiática. No discromías. Fontanela anterior normotensa. Buen estado de hidratación y perfusión. Exantema micropapular en abdomen y extremidades con algunos elementos petequiales.
ORL: Fisura palatina paladar duro. No distrés respiratorio. AC: Soplo sistólico II/VI. Abdomen blando, depresible, no HEM. Locomotor normal.

 - NRL: PC normales. Pupilas IN. Tras la crisis presentaba movilidad simétrica normal, hipotonía axial con escaso sostén cefálico, seguía la mirada de forma intermitente. ROTs con leve hiperreflexia generalizada. Reflejo cutáneo plantar bilateral en abanico.
-

Caso clínico

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

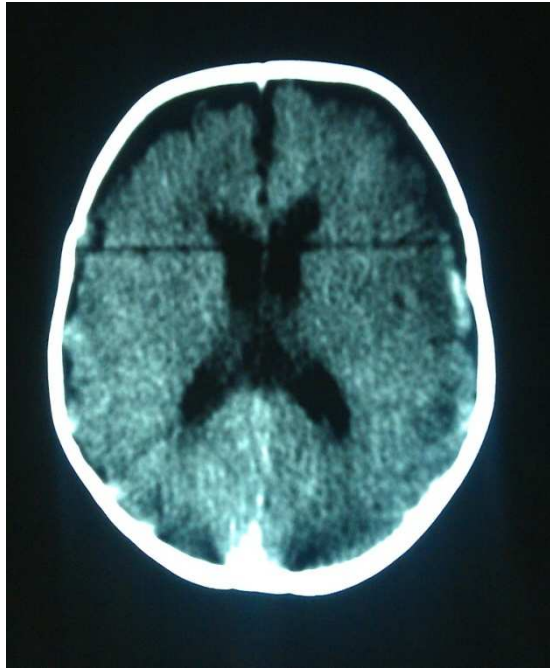
- HEMOGRAMA: linfomonocitosis , resto normal.
- BIOQUÍMICA: Glucosa 147 mg/dl, perfil renal y hepático normales, PCR 4.8 mg/L.
- GASOMETRIA VENOSA: PH: 7.33. PCO2: 30.4 Bicarbonato: 15.7. Exceso de Base: -8.6. Lactato 22.
- TAC craneal: normal
- LCR: Bioquímica: Células: 95.8 /mmc. Polinucleares: 34%. Linfocitos: 66%. Glucosa: 55 mg/dl. Proteínas: 45.8 mg/dl. No hematíes.

EVOLUCIÓN

A las 48 horas del ingreso presenta estatus convulsivo parcial con múltiples crisis subintrantes, de duración aproximada de 3 horas, precisando asociar a la perfusión continua de VPA, Benzodiazepinas y Fenitoína.

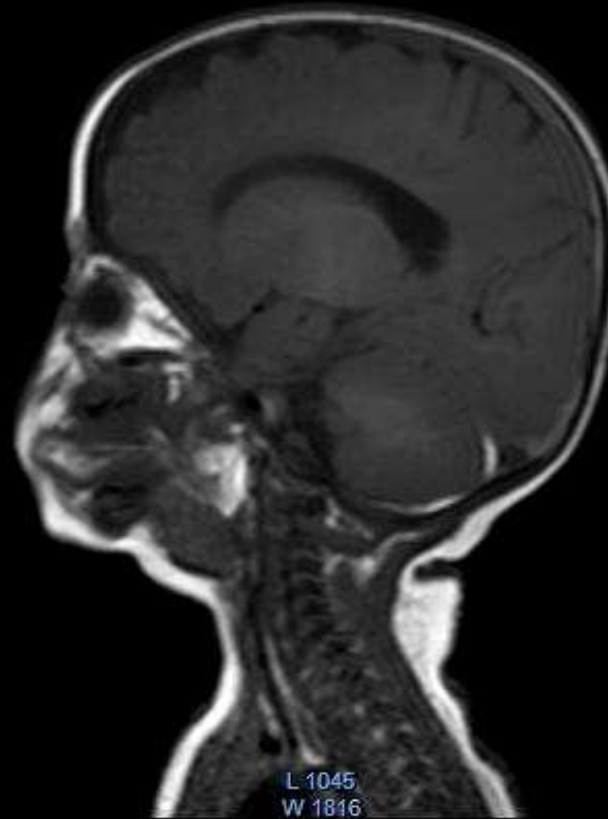
Pruebas complementarias

- HEMOCULTIVO y UROCULTIVO: negativos.
 - CULTIVO LCR: negativo.
 - PCR Herpesvirus en LCR: negativa.
 - EEG: Registro patológico ante la presencia de brotes paroxísticos generalizados (onda aguda-onda lenta hipervoltada a 2.5-4 Hz).
 - RMN cerebral: compatible con hematomas subdurales a nivel parieto-occipital derecho, en la región infratentorial, sin efecto masa.
-



CHEN, LIN
1481121
M 12/15/2009
Scan Nr. 4, 1 - Slice 8/20
EA/M
TE 15ms - TR 542ms
Flip Angle 69°

H.G.ALICANTE-ERESCANNER SALUD
Slice Thk 5,0 / 0,5
FOV 250 mm
Zoom 100%



L11 P33 H6

L 1045
W 1816



6.43 PM
5/24/2010

Pruebas complementarias

- FONDO DE OJO: Múltiples hemorragias prerretinianas en polo posterior de ambos ojos.
 - COAGULACIÓN BÁSICA: normal.
 - ESTUDIO DE HIPERCOAGULABILIDAD:
PTT-LA 25.8, Ratio PTT-LA 0.83. Antitrombrina III 109%.
Anticoagulante lúpico negativo.
 - SERIE ÓSEA: Sin fracturas ni otras alteraciones.
-

Diagnóstico diferencial

Afectación neurológica, convulsiones, LCR alterado, EEG patológico, hematomas subdurales y hemorragias prerretinianas en lactante de 5 meses.

- Síndrome del niño sacudido
 - Meningoencefalitis víricas

 - Coagulopatías
 - Acidurias orgánicas (aciduria glutárica tipo 1)
 - Malformaciones vasculares intracraneales
 - ACVA

 - TCE grave
 - Malaria
 - Déficit de vitamina C
-

Síndrome del niño sacudido

■ Fisiopatología:

- Las fuerzas rotacionales del zarandeo provocan hemorragias subdurales (95%) y retinianas (60-90%).
- El latigazo cervical puede provocar lesiones axonales difusas.
- Habitualmente se asocia a fracturas de huesos largos difíciles de explicar por pequeños traumatismos.

■ Factores de riesgo: edad < 1 año, prematuridad, encefalopatía previa, entorno social.

■ Clínica: Letargo, irritabilidad, alt. del tono muscular, convulsiones, vómitos, problemas respiratorios, pérdida de conciencia, ...

Evolución

- No presenta nuevas crisis. Mejoría neurológica progresiva.
 - Ante la presencia de hematomas subdurales y hemorragias prerretinianas en polo posterior se contacta con servicios sociales para seguimiento del caso.
 - En la exploración al alta presenta hipotonía axial llamativa sin asimetrías ni focalidad neurológica. Escaso contacto visual.
 - Se mantiene en tratamiento con Ácido Valproico, Levetiracetam.
-

Pendientes al alta:

- PCR enterovirus en LCR
 - Estudio metabólico (aminoácidos en sangre y orina, ácidos orgánicos en orina)
 - Cariotipo convencional
 - Cariotipo Array
 - Estudio de hipercoagulabilidad (proteína C, resistencia a proteína C, proteína S, plasminógeno, factor V Leiden, Mutación 20210A de la protrombina, homocisteína, Ac antifosfolípidos)
-

Seguimiento en consulta

- A la semana del alta se recibe PCR en LCR: positivo para enterovirus genotipo ECHO 13.
 - Cariotipo Array, estudio metabólico, estudio de hipercoagulabilidad: normal.
 - A los 7 meses de edad presenta mejoría neurológica, en el tono y el seguimiento visual. Fondo de ojo normal. Se realiza RMc de control.
-



Seguimiento en consulta

- A los 10 meses de edad registro EEG de control sin asimetrías interhemisféricas, con puntas de pequeño voltaje en región parietal izquierda muy esporádicas sin clínica acompañante.
Se retira Ac. valproico, manteniéndose con Levetiracetam (no crisis desde el alta).
 - A los 23 meses de edad, última visita: adecuada interacción social, contacta con el examinador, obedece órdenes verbales, bisílabos. Deambulación autónoma desde los 19 meses. Pinza digital algo deficiente simétrica. Leve hipotonía axial.
-

Diagnóstico definitivo

- Meningoencefalitis por Echovirus 13
 - ¿Síndrome del niño sacudido?
 - Retraso madurativo del desarrollo en paciente con antecedentes perinatales de riesgo y síndrome polimalformativo (CIA, Estenosis pulmonar izquierda, fisura palatina intervenida)
-

Conclusiones

- La encefalitis por Echovirus es una enfermedad epidémica con una incidencia desconocida en España.
 - Están descritas las hemorragias subdurales en la encefalitis por Echo, pero no hay datos sobre hemorragias prerretinianas.
 - Ante sospecha de maltrato infantil se debe realizar una interpretación cautelosa de la historia y de las pruebas, junto con el contexto psicosocial del niño, dada la implicación legal.
 - ¿Encefalitis y/o síndrome del niño sacudido?
-

Bibliografía

1. James A. Mullins, Nino Khetsuriani, William A. Nix. "Emergence of Echovirus Type 13 as a Prominent Enterovirus". *Clinical Infectious Diseases* 2004; 38:70–7.
2. G. Trallero, A. Avellón "Importancia del diagnóstico de los Echovirus desde el punto de vista epidemiológico. Circulación de Echovirus 11 en los últimos años en España" . Servicio de Virología, Centro Nacional de Microbiología, Majadahonda (Madrid).
3. A. Avellón, I. Casas, G. Trallero, C. Pérez, A. Tenorio, G. Palacios. "Molecular Analysis of Echovirus 13 Isolates and Aseptic Meningitis, Spain". *Emerging Infectious Diseases* • Vol. 9, No. 8, August 2003.
4. Karyna C. Ventura, Hal Hawkins, Michael B. Smith, "Fatal neonatal Echovirus 6 Infection: Autopsy case report and review of the literature". *USCAP*. Vol 14, NO. 2. P85, 2001.
5. T. Nieto Domínguez, S. Fernández Guinea. "Síndrome del bebé sacudido: ¿Es posible el diagnóstico diferencial?". *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 8, 2008, pp. 107-127.
6. Blumenthal I. "Shaken baby syndrome". *PostgradMed J* 2002; 78: 732-5.
7. Muna Al-Saadoon, Ibtisam B. Elnour, Anuradha Ganesh. "Shaken Baby Syndrome as a Form of Abusive Head Trauma". *SQU Med J*, August 2011, Vol. 11, Iss. 3, pp. 322-327.
8. Fernandes, A.M. Pala, M. Ferreira, F. Jasmin. "Síndrome del bebé zarandeado y accidente cerebrovascular" *REV NEUROL* 2007; 45 (11).