

ATAXIA AGUDA EN PACIENTE PEDIATRICO

SANATORIO DE LA MUJER

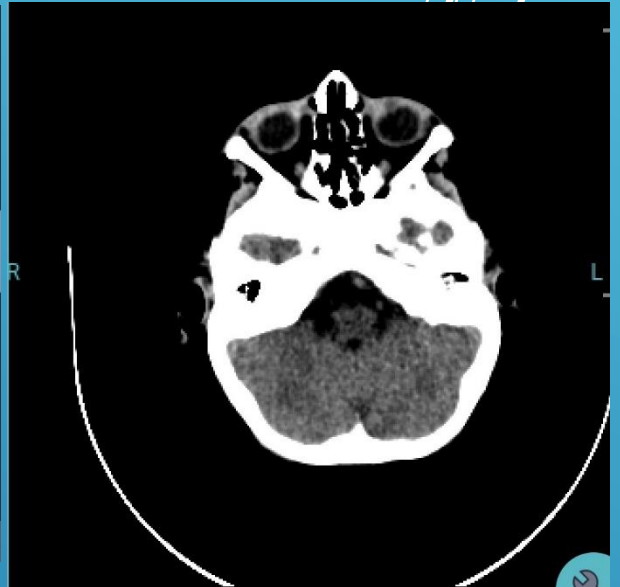
AUTOR: Dra. Stullitel, Sabrina

CO-AUTORES: Tassi, Virginia; Carcano, Valeria; Rovira, Daniel;
Quaranta, Andres.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 5 años de edad, con crecimiento y desarrollo normales, sin antecedentes de jerarquía, que cursa 5to día de virosis respiratoria con fiebre asociada a síntomas digestivos, es derivado desde otra institución por presentar cuadro de ataxia de comienzo súbito. Dado el comienzo súbito del cuadro se realizan PL, uro y hemocultivos y TC de cráneo de urgencia.

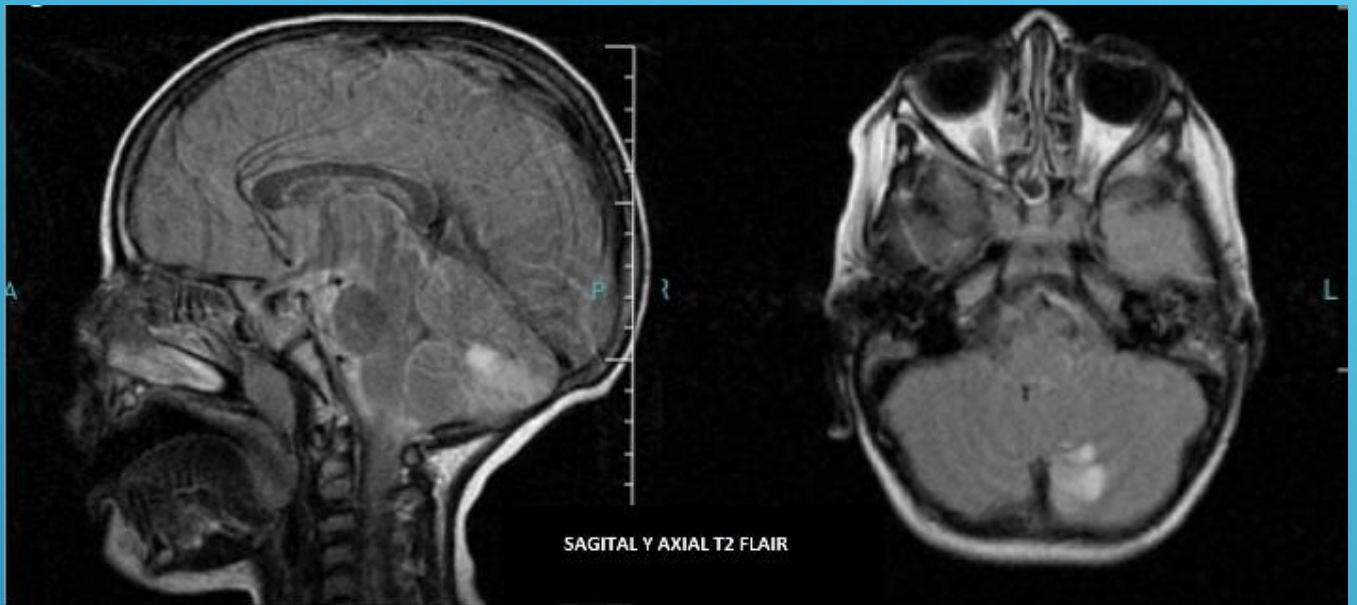
HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



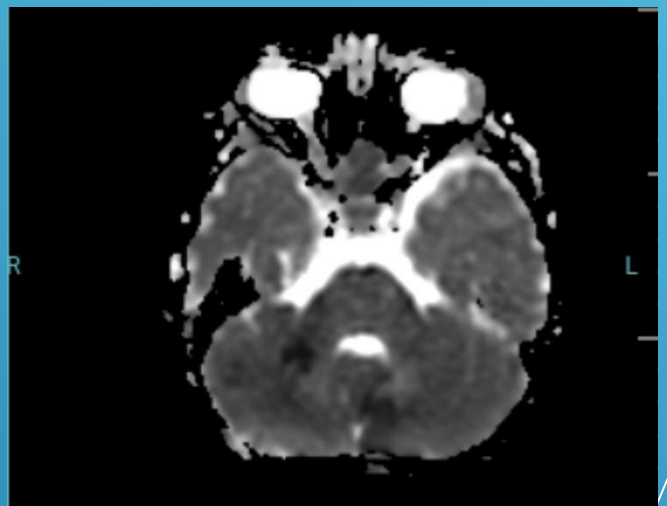
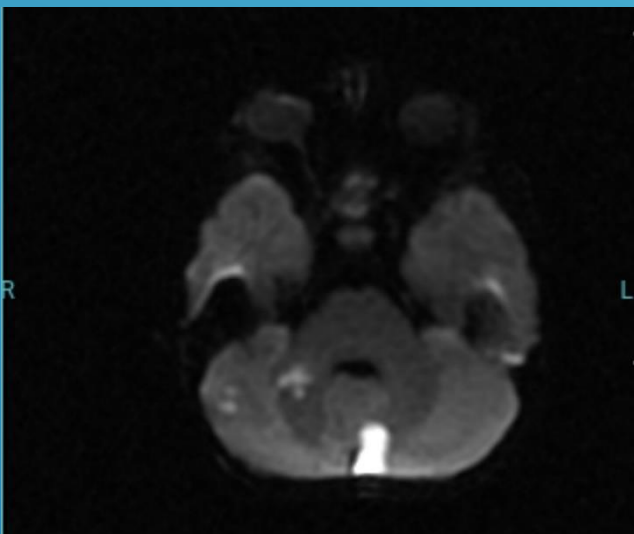
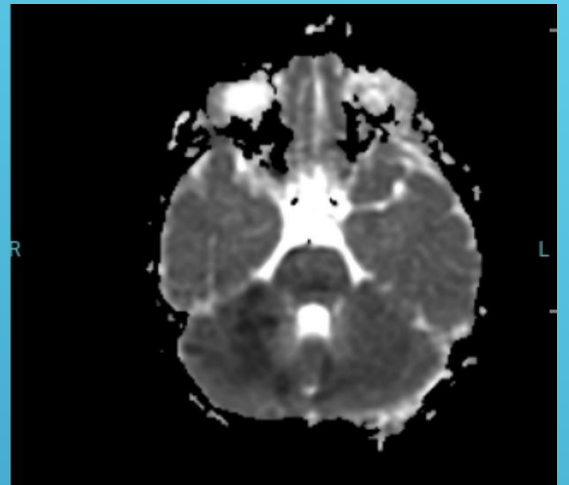
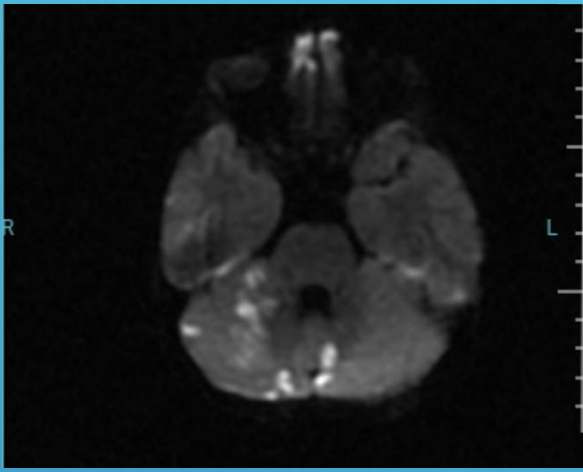
TC DE URGENCIA:

- Sutil hipodensidad en fosa posterior en hemisferios cerebelosos.

Se sugiere RMN con contraste.



- Múltiples áreas de alteración de la intensidad de señal cerebelosas bilaterales, en pedúnculo cerebeloso derecho, núcleo dentado y vermis.
- Hiperintensidades en secuencias ponderadas en T2.



- Restricción en Difusión.
- Valores bajos en el mapa de ADC.
- Sin lesiones en el eje espinal ni supratentoriales.

DISCUSION

PRESENTACIÓN CLINICA:

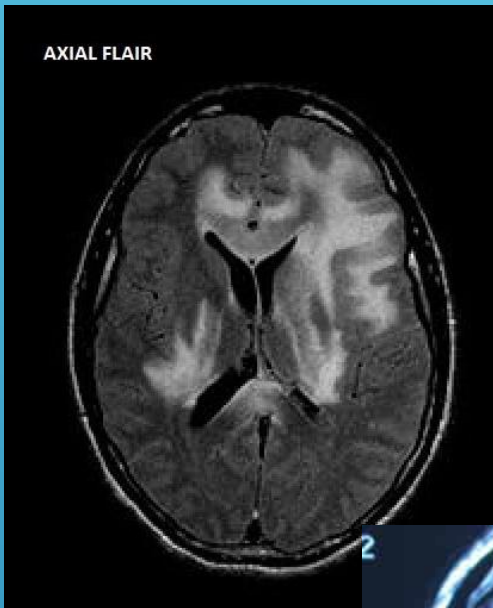
- Infrecuente.
- Correcto interrogatorio, examen físico, PL y cultivos.
- Descartar MOE e intoxicación.
- Inicio agudo con alteración de la marcha, disimetría, hipotonía y nistagmus.
- Fiebre.
- Sin signos de hipertensión intracraneal ni sistémicos.
- Causa más frecuente de ataxia aguda es la CEREBELITIS AGUDA POSTINFECCIOSA.

CEREBELITIS AGUDA POSTINFECCIOSA

- Serología, orina y PL normales.
- Menores de 5 años.
- 5 a 21 días posterior a virosis (varicela y enterovirus los más frecuentes).
- Desmielinización cerebelosa postinfecciosa.
- Recuperación completa de 2 semanas a 6 meses posteriores.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS.

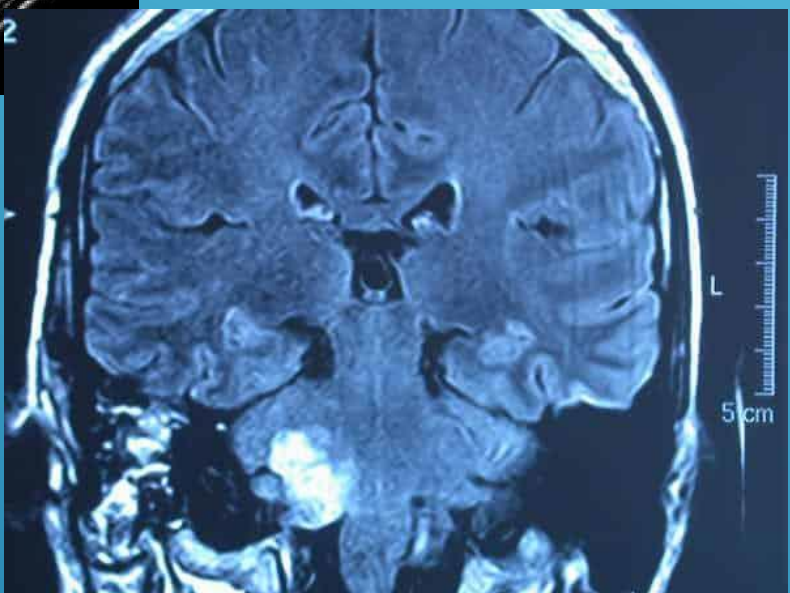
- Anormalidades cerebelosas difusas bilaterales córtico – subcorticales.
- Restricción a la difusión.
- Valores bajos en el mapa de ADC.



ADEM



GLIOMA DE TRONCO
(NEOPLASIA INFILTRANTE)




DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

- ADEM.
- Neoplasias infiltrantes.

(Hallazgos radiológicos frecuentes. Imágenes obtenidas de la bibliografía)


CONCLUSIÓN.

Dado el cuadro clínico del paciente y la ausencia de imágenes supratentoriales y espinales, se lo interpretó como una CEREBELITIS AGUDA. Se administraron dosis bajas de corticoides con una mejoría notable de los síntomas a las 48 hs y una remisión completa al cabo de 2 semanas.



CONCLUSIÓN

Resulta fundamental el conocimiento de esta entidad ya que su diagnóstico diferencial ADEM requiere un tratamiento más agresivo y presenta una evolución más tórpida.



BIBLIOGRAFIA.

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/28-ataxia.pdf>

https://apelizalde.org/revistas/2011-1-2-ARTICULOS/RE_2011_1-2_AR_2.pdf

<https://marbanlibros.com/radiologia/282-osborn-cerebro-9788471017208.html>

<https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-congresos-32-congreso-nacional-de-la-10-sesion-presentaciones-electronicas-cientificas-neuroradiologia-991-comunicacion-encefalomielitis-aguda-diseminada-claves-basicas-10405>

N 679



MUCHAS GRACIAS!!!