

**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Nombre:**

**Erick Alexander Hernández López**

**Materia:**

**Neurología**

**Tema:**

**Resumen de ENCEFALITIS DISEMINADA AGUDA**

**Dr. José Luis Gordillo Guillen**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 06/11/2020.**

## Encefalitis diseminada aguda (ADEM)

También denominada encefalomielitis posinfecciosa y encefalomielitis inmunomediada, es una enfermedad desmielinizante inflamatoria multifocal y monofásica del SNC que involucra múltiples áreas de la sustancia blanca, raramente la sustancia gris y la médula espinal, del cordón, que afecta principalmente a los niños y que se produce principalmente después de infecciones virales o bacterianas recientes (1-2 semanas antes) o, más raramente, después de las vacunaciones, aunque no siempre se identifican un agente etiológico específico.

Su primera expresión se caracteriza por la aparición aguda de diferentes signos y síntomas neurológicos, acompañada de encefalopatía de curso monofásica, que a menudo se resuelve tras el tratamiento en los tres meses siguientes a su aparición, aunque pueden producirse recaídas en el 20-30% de los casos.

Una unión compleja de fenómenos autoinmunitarios e inflamación provocados por infecciones.

La ADEM afecta principalmente a niños menores de 10 años, es más común en los hombres y surge principalmente de 2 a 40 días después de una infección o, más raramente, después de las vacunaciones. En la mayoría de los casos ADEM sigue a un infección trivial, generalmente localizado en el tracto respiratorio superior, mientras que sólo menos del 5% de los casos puede ser clasificado como formas post-vacunales.



(M3DA) *chigo choo* *cazib otitotaz?*

Una variación estacional de la frecuencia de ADEM (con picos en invierno y primavera) apoya su etiología infecciosa. Las infecciones más frecuentes son virales y relacionadas con el tracto respiratorio superior, como sarampión, paperas, rubéola, varicela, influenza, y mononucleosis infecciosa. También enterovirus, coronavirus, el virus de la inmunodeficiencia humana, el virus del herpes simple, el citomegalovirus y el virus de la hepatitis A. se han asociado con ADEM.

Otros patógenos implicados anecdóticamente en ADEM han sido *Toxoplasma gondii*, *Plasmodium falciparum*, *Cryptococcus neoformans*, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Leptospira* sp., *Streptococcus pyogenes*, *Borrelia burgdorferi*, bacterias atípicas (*Coccidioides immitis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y *Legionella pneumophila*), *Pickettsia* sp. y *Campylobacter jejuni*.

La ADEM postvacunación se ha asociado con muchas vacunas, como las contra la viruela, el sarampión, las paperas, la rubéola, la difteria, el tétanos, la polio, la tos ferina, hepatitis B, influenza, el virus del papiloma humano, la rabia y la encefalitis B japonesa.

Un escenario clínico con múltiples caras.

Muchas características clínicas pueden presagiar la aparición de ADEM. Pueden ser tanto neurológicas como sistémicas, con fiebre, dolor de cabeza, debilidad y vómitos, relacionados principalmente con la ubicación



de las lesiones en el SNC y generalmente aparecen de 4 a 13 días después del episodio infeccioso desencadenante o después de la vacunación.

Otros signos descritos en diversas combinaciones podrían ser déficits multifocales o focales, como hemiparesia, ataxia, distonía, movimientos coreoideos, afasia, diplopía y dislexia. El curso clínico de ADEM es a menudo monofásico, pero también se han informado formas recurrentes o multifásicas.

### Un Algoritmo de diagnóstico para niños con encefalomielitis denominada aguda.

El diagnóstico ADEM es desafortunadamente debido a la falta de marcadores específicos de la enfermedad. El hallazgo más importante del LCR es la ausencia de bandas oligoclonales, que son típicas de la EM. Cultivo de células y técnicas biológicas moleculares para los bacterias y los virus en el LCR se utilizan comúnmente, pero su valor diagnóstico es incierto, ya que a menudo negativo y no contributiva para el diagnóstico.

La resonancia magnética es la técnica más utilizada para determinar el diagnóstico de ADEM: las lesiones se identifican con mayor frecuencia en las imágenes de recuperación de inversión ponderadas en T2 y atenuada por líquido como áreas multifocales, irregulares y poco marginales con diámetros entre 5 mm y 5 cm.

Estrategias del tratamiento: controversias y verdades comprobadas.

No existe una terapia estandarizada para ADEM. Actualmente el tratamiento más utilizado es la inmunosupresión por la presunta etiopatogenia autoinmune de esta encefalomielitis.

Pohl y Benenbaum han sugerido la administración de metilprednisolona intravenosa en dosis altas (20-30 mg/kg/día máximo 1g) durante 3-5 días, seguida de prednisolona (1-2 mg/kg/día por VO durante 1-5 días), disminuyendo en 2 a 6 semanas como tratamiento óptimo.