REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASOS

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2025.e12142506

Cerebelitis aguda postinfecciosa en paciente joven

Post-infectious acute cerebelitis in young patient

Cecilia Rosmary Méndez Fernández[1], Paolo Germán Battaglia Ocampos[1], Gloria Raquel Llanes de Luraschi[1], Fanny Giselle Ramos Galeano[1], Renata María León Stimson[1]

[1]Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas - Tercera Cátedra de Clínica Médica y Semiología Médica, San Lorenzo-Paraguay

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisor:
Lis Faviola Rondelli Martínez. Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

Cómo citar este artículo: Méndez Fernández CR, Battaglia Ocampos PG, Llanes de Luraschi GR, Ramos Galeano FG, León Stimson RM. Cerebelitis aguda postinfecciosa en paciente joven. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2025; 12 (1): e12142506

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón de 20 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada, que acude por cefalea, mareos y ataxia. Los estudios de imágenes y la punción lumbar fueron normales, pero entre los estudios serológicos retornó anticuerpo IgM contra virus Epstein-Barr positivo, sugiriendo una cerebelitis postinfecciosa. Se descartaron infecciones bacterianas y fue tratado con metilprednisolona intravenosa, mejorando rápidamente. Se dio de alta en condiciones estables con seguimiento neurológico.

Palabras claves: cefalea, ataxia, infecciones por virus de Epstein-Barr, enfermedades cerebelosas.

Artículo recibido: *31 octubre 2024*
Artículo aceptado: *11 diciembre 2024*

Autor correspondiente:
Dra. Cecilia Rosmary Méndez Fernández
Correo electrónico: mendezceci12@gmail.com

Dictamen del artículo:
https://revistaspmi.org.py/dictamenes/75_dictamen_de_reporte.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

ABSTRACT

The case of a 20-year-old male with a history of treated pulmonary tuberculosis is presented, who had headache, dizziness, and ataxia. Imaging studies and lumbar puncture were normal but among the serological studies, IgM antibody against Epstein-Barr viruses was positive, suggesting postinfectious cerebelitis. Bacterial infections were ruled out and the patient was treated with intravenous methylprednisolone, improving rapidly. He was discharged in stable condition with neurological follow-up.

Keywords: headache, ataxia, Epstein-Barr virus infection, cerebellar diseases

INTRODUCCIÓN

El virus del Epstein-Barr (VEB) o virus del herpes humano tipo 4 es miembro de la familia de los virus del herpes. Es común la primoinfección asintomática durante la infancia. Se propaga a través de fluidos corporales, principalmente la saliva. El período de incubación de la infección primaria sintomática por VEB puede durar aproximadamente seis semanas. La manifestación clínica más frecuente es la de la mononucleosis infecciosa, que se ve principalmente en adolescentes. Sin embargo, este virus tiene un espectro de presentación muy variable, pudiendo afectar al sistema nervioso central, produciendo meningitis viral, encefalitis, neuritis óptica, mielitis transversa, parálisis del nervio facial, síndrome de Guillain-Barré, ataxia cerebelosa aguda, hemiplejía [(1)].

La cerebelitis aguda post infecciosa por VEB es un fenómeno poco común, pero significativo, que puede presentarse semanas o meses después de la infección inicial. Se ha observado que esta condición puede afectar tantos individuos inmunocompetentes como a aquellos con inmunosupresión, y su diagnóstico puede ser un desafío [(2)].

En este caso clínico, presentaremos a un paciente que desarrolló cerebelitis aguda post infecciosa tras una infección por VEB, describiendo su evolución clínica, los hallazgos diagnósticos y el enfoque terapéutico implementado. A través de este caso, buscamos resaltar la importancia de considerar la ataxia en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas neurológicos tras una infección viral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 20 años, de nacionalidad paraguaya, futbolista y estudiante universitario, acude por cefalea. Refiere antecedente de tuberculosis pulmonar a los 15 años, enfermedad que fue tratada de manera exitosa con un seguimiento adecuado. Negó vacunaciones recientes, previas al cuadro. Presentó cuadro compatible con infección de vías aéreas superiores un mes antes del ingreso. El paciente refiere cefalea holocraneana opresiva de una semana de evolución, que cedió temporalmente con la administración de analgésicos. Veinticuatro horas después del inicio de la cefalea, el cuadro clínico se agravó con la aparición de mareos y alteraciones en el equilibrio que comprometieron su capacidad para caminar, lo que motivó su derivación a urgencias. Niega fiebre, vómitos y otros síntomas. Al ingreso, el examen físico mostró los siguientes signos vitales: presión arterial 105/64 mmHg, frecuencia cardíaca 63/min, frecuencia respiratoria 18/min y temperatura 36 °C. En el examen neurológico el paciente se encontraba lúcido, ubicado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, facies simétrica, marcha atáxica, leve disartria y dismetría, motilidad activa y fuerza muscular conservada, tono muscular conservado, reflejos superficiales y profundos conservados, sensibilidad superficial y

sensibilidad profunda conservadas, pares craneales sin alteraciones, sin signos meníngeos, control de esfínteres conservado. El resto del examen físico sin hallazgos relevantes, sin adenomegalias palpables. Ingresa con el diagnóstico de síndrome cerebeloso.

Se realizaron estudios complementarios, entre ellos una tomografía axial computarizada de cráneo, que no mostró signos de isquemia, hemorragia o masas ocupantes de espacio. La resonancia magnética nuclear de encéfalo también resultó normal (figura 1).

Se efectuó una punción lumbar, cuyo análisis del líquido cefalorraquídeo reveló glucorraquia y proteinorraquia normales, junto con cultivos negativos. Asimismo, la PCR para tuberculosis fue negativa. Las serologías resultaron negativas para VIH, sífilis, citomegalovirus y toxoplasmosis, pero el test de IgM para Epstein-Barr fue positivo, sugiriendo una infección reciente. El hemograma realizado al ingreso mostró valores dentro de los rangos normales, con un recuento de leucocitos de 6310/mm³ y una hemoglobina de 13,7 g/dL. Se consideraron diversas hipótesis diagnósticas, incluyendo infecciones del sistema nervioso central, procesos neoplásicos y enfermedades desmielinizantes, que fueron descartadas tras la evaluación clínica y los estudios complementarios.

Finalmente, se estableció el diagnóstico de cerebelitis postinfecciosa por VEB. El tratamiento consistió en la administración de metilprednisolona intravenosa a dosis de 1 g/día durante tres días. Debido a un pico febril observado durante la hospitalización, se solicitó procalcitonina, que retornó 9,85 ng/mL, por lo que se inició también tratamiento antibiótico empírico, el cual fue suspendido una vez que los cultivos retornaron negativos y el último dosaje de procalcitonina retornó 0,13 ng/mL.

El paciente mostró una evolución clínica favorable, con mejoría progresiva de la ataxia y la disartria. Fue dado de alta en condiciones estables y con un plan de seguimiento ambulatorio por el servicio de neurología. Se programaron estudios adicionales y consultas de control en el consultorio externo.

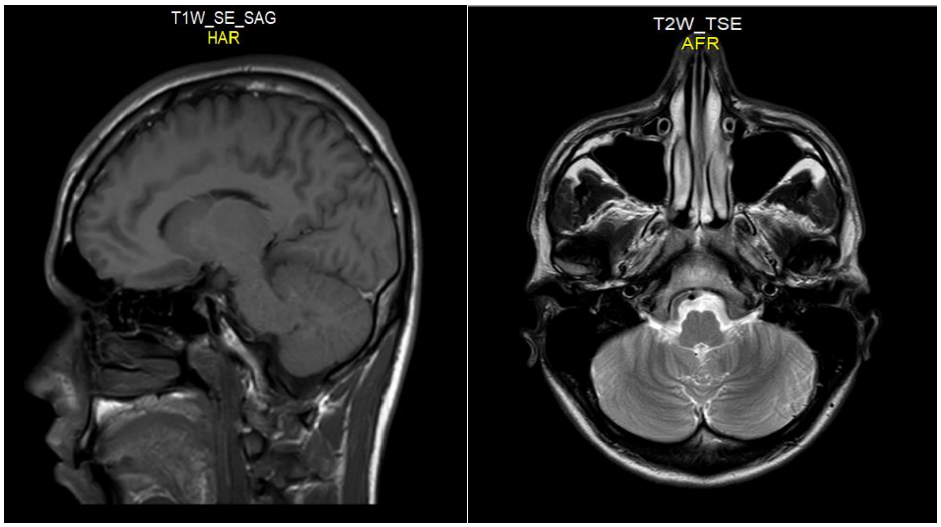

Figura 1. Resonancia magnética de encéfalo donde no se observan signos de isquemia, hemorragia o masas ocupantes de espacio.

DISCUSIÓN

La cerebelitis postinfecciosa es un trastorno inflamatorio que se observa habitualmente 1 a 6 semanas después de una infección por varicela o sarampión en niños, pero también puede ocurrir después de infección por VEB y otros virus, además de vacunas en adolescentes y adultos jóvenes [3]. En nuestro país se reportaron 3 casos de síndrome neurológico con asociación al virus zika, la mayoría de los casos de síndromes neurológicos asociados a virus en niños menores de 15 años y en el Departamento Central [4]. El sitio principal de infección es coincidente con nuestro caso, sin embargo, la mayoría de los reportados se da en la población pediátrica mientras que nuestro paciente fue un adulto. El virus productor del síndrome neurológico en este caso no es coincidente con los reportados en el país. Cabe resaltar que actualmente no existen datos epidemiológicos en Paraguay sobre casos de cerebelitis postinfecciosa asociada a seropositividad al VEB.

La cerebelitis aguda es una complicación infrecuente de la infección por el VEB, siendo lo más común la presentación como mononucleosis infecciosa. Las complicaciones neurológicas de esta infección ocurren en menos del 1% de los casos agudos e incluyen meningitis, meningoencefalitis, cerebelitis aguda, paresia de pares craneales, síndrome de Guillain-Barré y mielitis transversa.

La cerebelitis aguda postinfecciosa se presenta con un cuadro clínico variable, pero las características más frecuentes incluyen movimientos oculares espontáneos anormales, temblores, ataxia del tronco y las extremidades, disartria, cefalea, náuseas, vómitos y alteración del nivel de conciencia. Los signos meníngeos y las crisis convulsivas pueden ocurrir con menos frecuencia. En el caso de nuestro paciente, se presentó con síntomas neurológicos de una semana de evolución y, como en muchas otras ocasiones, no se presentaron los signos y síntomas clásicos de la mononucleosis infecciosa. En estos pacientes, el líquido cefalorraquídeo con frecuencia es normal y puede haber pleocitosis con predominio linfocitario e hiperproteinorraquia variable, lo cual es coincidente con el caso reportado. Sin embargo, este caso sí fue compatible con una infección aguda por VEB, ya que las serologías contra el antígeno de la cápsida viral fueron reactivas, y dicho diagnóstico se realiza con la serología para VEB mediante la prueba de Paul Bunnell Davidsohn y, principalmente, mediante la prueba de inmunoensayo enzimático [5].

Los estudios de resonancia magnética cerebral pueden ser normales o pueden demostrar difusión y anomalías hemisféricas cerebelosas ponderadas en T2 [5]. Esto concuerda con los hallazgos normales de la resonancia magnética del paciente descrito en este caso. La cerebelitis postinfecciosa suele ser una enfermedad monofásica que se resuelve por completo independientemente del tratamiento, pero puede complicarse con un edema cerebeloso que requiere intervenciones como tratamiento con glucocorticoides, descompresión quirúrgica o derivación ventriculoperitoneal para la hidrocefalia. En el caso descrito se optó por una terapia con metilprednisolona por 3 días con posterior mejoría del cuadro [6].

En conclusión, la cerebelitis postinfecciosa es una entidad neurológica poco frecuente, pero significativa, que generalmente sigue a infecciones virales, siendo el VEB, uno de los patógenos más comunes asociados. Aunque el diagnóstico es complejo debido a la ausencia de hallazgos específicos en estudios de imagen y análisis de líquido cefalorraquídeo, la serología viral y una historia clínica compatible son claves para la identificación oportuna. El caso presentado de un paciente joven con infección reciente por VEB que desarrolló ataxia y disartria

resalta la importancia de considerar este diagnóstico en presencia de síntomas neurológicos subagudos tras una infección viral.

El manejo temprano con corticosteroides, como la metilprednisolona intravenosa, puede ser crucial para reducir la inflamación cerebelosa y promover una recuperación rápida, tal como se observó en este caso. A pesar del buen pronóstico en la mayoría de los pacientes, la posibilidad de secuelas neurológicas leves persiste, lo que subraya la necesidad de un seguimiento neurológico a largo plazo.

Dado el creciente reconocimiento de la cerebelitis postinfecciosa, especialmente en pacientes jóvenes previamente sanos, es esencial que los internistas mantengan un alto índice de sospecha para evitar diagnósticos erróneos o retrasados, y optimizar así los resultados terapéuticos. Este caso reafirma la importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva y de un enfoque terapéutico temprano en pacientes con síntomas neurológicos compatibles, particularmente tras una infección viral reciente.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses en la realización de esta investigación.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador y manuscrito final, revisión y aprobación del contenido del artículo.

Financiación

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epstein-Barr virus and infectious mononucleosis [Internet]. USA: CDC; 2024. [cited 2024 Oct 25]. Available from: https://www.cdc.gov/epstein-barr/hcp/clinical-overview/index.html
2. Peuchmaur M, Voisin J, Vaillant M, Truffot A, Lupo J, Morand P, et al. Epstein-Barr virus encephalitis: A review of case reports from the last 25 years. Microorganisms [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 25];11(12): 2825. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38137968/. doi: 10.3390/microorganisms11122825
3. Cho TA, Schmahmann JD, Cunnane ME. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 30-2013. A 19-year-old man with otalgia, slurred speech, and ataxia. N Engl J. 2013; 369(13):1253–61
4. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Síndromes neurológicos, con probable asociación a Zika. Boletín epidemiológico semanal [Internet]. 2022 [citado 26 Oct 2024]; (37):14. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/boletines/SE38_2022_Boletin.pdf
5. Teive HAG, Zavala JAA, Iwamoto FM, Bertucci-Filho D, Werneck LC. Cerebelite aguda causada por vírus Epstein-Barr: relato de caso. Arq. Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2001 [citado 26 Oct 2024]; 59 (3A): 616-8. Disponible en: https://www.scielo.br/j/anp/a/9kjRRmbbKkmvg8G9JKwpFdS/
6. Ravi V, Rozen TD. Acute cerebellitis: MRI findings. Neurology. 2000; 54(1):213. doi: https://doi.org/10.1212/WNL.54.1.213