














REPORTE DE CASO

Acute flaccid myelitis presumably caused by herpes virus 6: a case report

Mielitis flácida aguda presumiblemente por herpes virus 6: reporte de caso

Angie Castro-Vera^{1,2}  , María Vivanco-Vega¹  , Rubén Riera-Pazmiño¹  , Evelyn Haro-Romero¹ , Silvia Guaigua-López¹  , Angélica Oña-Bueno¹  

¹Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Químicas. Guayaquil, Ecuador.

²Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Posgrado de Pediatría. Guayaquil, Ecuador.

Citar como: Castro-Vera A, Vivanco-Vega M, Riera-Pazmiño R, Haro-Romero E, Guaigua-López S, Oña-Bueno A. Acute flaccid myelitis presumably caused by herpes virus 6: a case report. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025; 5:1315. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251315>

Enviado: 22-05-2024

Revisado: 27-09-2024

Aceptado: 07-01-2025

Publicado: 08-01-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Angie Castro-Vera 

ABSTRACT

Introduction: acute flaccid myelitis (AFM) is a rare pathology that mostly affects children. It is of uncertain etiology. It has been related to enteroviruses D68 and A71, as well as viruses such as herpesviruses.

Case report: we reported the case of a 1-year-old child with symptoms of vomiting, abdominal pain, constipation and pain in the right lower limb. Consecutively, he presented thermal elevation, paralysis and areflexia of extremities. Only Herpes Virus 6 (HHV-6) was isolated. MRI was compatible with MFA. He had progressive clinical deterioration and died.

Discussion: it was reported a case of a child with AFM presumably caused by HHV-6, since it was the only pathogen isolated. The rest of the tests were normal or negative. Based on his clinical and MRI findings, he was diagnosed with AFM. He had rapid progression of the disease, with a fatal outcome.

Conclusion: diagnosing this disease represents a great challenge. Therefore, early recognition of this pathology is imperative to avoid fatal outcomes.

Keywords: Case Report; Acute Flaccid Myelitis; Herpes Virus 6; Children.

RESUMEN

Introducción: la mielitis flácida aguda (MFA) es una patología rara que afecta mayoritariamente a niños. Es de etiología incierta, se la ha relacionado a los enterovirus D68 y A71, así como a virus como a herpesvirus.

Reporte del caso: se reportó el caso de un niño de 1 año de edad con clínica de vómitos, dolor abdominal, constipación y dolor en miembro inferior derecho. Consecutivamente, presentó alza térmica, parálisis y arreflexia de extremidades. Se le aisló únicamente Herpes Virus 6 (VHH-6). LA RMN fue compatible con MFA. Tuvo deterioro clínico progresivo y falleció.

Discusión: reportamos el caso de un niño con MFA presumiblemente por VHH-6, ya que fue el único patógeno aislado. Resto de pruebas resultaron normales o negativas. Por su clínica y RMN se le diagnosticó MFA. Tuvo progresión rápida de la enfermedad, con desenlace fatal.

Conclusión: el diagnóstico de esta enfermedad representa un gran desafío. Por lo que es imperativo el reconocimiento temprano de esta patología para evitar desenlaces fatales.

Palabras clave: Reporte de caso; Mielitis Flácida Aguda; Herpes Virus 6; Niño.

INTRODUCCIÓN

La mielitis flácida aguda (MFA) es una patología rara que afecta mayoritariamente a niños.⁽¹⁾ Es definida

como debilidad flácida aguda de las extremidades, junto con lesión de la sustancia gris en la médula espinal en imágenes por resonancia magnética nuclear (RMN).⁽²⁾ Es de etiología incierta, y aunque se ha reportado una asociación potencial a los enterovirus D68 y A71⁽²⁾, también se la ha asociado con otros virus como flavivirus, herpesvirus, y adenovirus.⁽³⁾

Clínicamente la MFA presenta debilidad severa muscular en las extremidades, disfagia, disnea, o incluso insuficiencia respiratoria. La parálisis frecuentemente ocurre de manera asimétrica, repentina y rápidamente progresiva, combinando cualquiera de las extremidades.⁽⁴⁾

El diagnóstico de la MFA se basa en la clínica, junto con estudios de RMN y la exclusión de otras patologías, debido a que no existe una prueba diagnóstica específica para esta enfermedad.⁽⁵⁾

El tratamiento de la MFA es principalmente de soporte, ya que no se han reportado estudios acerca de un tratamiento específico. Un gran porcentaje de pacientes presentan complicaciones por insuficiencia respiratoria o debilidad bulbar grave. A largo plazo, presentan secuelas neurológicas, musculoesqueléticas y psicológicas.⁽⁵⁾

REPORTE DEL CASO

Un niño de 1 año de edad, previamente sano, presentó dolor abdominal, constipación y dolor en miembro inferior derecho. A las 24 horas de su ingreso presentó debilidad muscular de miembros inferiores e irritabilidad. A las 48 horas realizó alza térmica. Se inició antibioticoterapia empírica. Biometría y PCR dentro de valores normales. Hemocultivos, urocultivo y coprocultivo resultaron negativos. Progresivamente presentó afectación de miembros superiores y arreflexia de las extremidades.

Tuvo deterioro clínico progresivo, con compromiso neurológico. Tomografía computarizada de cerebro no mostró alteraciones. Los estudios citológicos y citoquímicos del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) no reportaron alteraciones. Asimismo, el cultivo del LCR reportó negatividad. No se administraron inmunoglobulinas por déficit en el hospital.

Presentó consecuentemente compromiso de musculatura respiratoria y requirió ventilación mecánica asistida. La RMN de columna cervical y dorsal reportó, en las secuencias T2 y STIR, incremento difuso de la intensidad de señal con ensanchamiento del cordón. La electromiografía no se pudo realizar por inestabilidad del paciente.

Se le realizó estudios séricos de FilmArray que resultó positivo para Herpes Virus 6 (VHH-6). Los resultados del FilmArray en LCR no se pudieron obtener. Se inició esquema de aciclovir.

Consecutivamente, presentó compromiso hemodinámico. A los 34 días presentó parada cardiorrespiratoria con su fallecimiento.

DISCUSIÓN

Paciente de 1 año cuyo único germen aislado fue el VHH-6. Presentó parálisis flácida aguda ascendente, rápidamente progresiva con compromiso neurológico. Tuvo alteraciones en la RMN de médula espinal compatibles con MFA. Se deterioró progresivamente y falleció.

Clásicamente, los síntomas de la MFA comprenden debilidad muscular de extremidades y disminución o ausencia de reflejos. En casos severos, se presenta insuficiencia respiratoria aguda debida a parálisis de los músculos respiratorios.⁽⁶⁾

El diagnóstico de la MFA se basa en características clínicas, de imagen y de laboratorio.⁽⁶⁾ Puede ser difícil diferenciarla de otras patologías que causan parálisis flácida aguda.

Los pacientes con MFA necesitan monitoreo continuo de la función respiratoria. Infortunadamente, no hay recomendaciones claras de tratamiento.⁽⁷⁾ La inmunoglobulina intravenosa es utilizada para aumentar la inmunidad humoral y ha mostrado eficacia, en ensayos en ratones, cuando se lo administra tempranamente. Los esteroides, en teoría, puede ser beneficiosos; sin embargo, existe el riesgo potencial de exacerbar una infección subyacente.⁽⁷⁾

CONCLUSIONES

La mielitis flácida aguda es una patología rara, que afecta principalmente a niños. El diagnóstico de esta enfermedad representa un gran desafío, sin embargo, los criterios clínicos y los estudios de imágenes y laboratorio orientan a un posible mejor diagnóstico. Resulta imperativo el reconocimiento temprano de esta patología para evitar desenlaces fatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helfferich J, Bruijstens AL, Knoester M, Brouwer OF, Neuteboom RF. Comparison of acute flaccid myelitis and transverse myelitis in children and evaluation of diagnostic criteria. *Eur J Neurol.* el 1 de agosto de 2023;30(8):2430-41.

2. Helfferich J, Roodbol J, de Wit MC, Brouwer OF, Jacobs BC, Aberle SW, et al. Acute flaccid myelitis and

Guillain-Barré syndrome in children: A comparative study with evaluation of diagnostic criteria. *Eur J Neurol.* el 1 de febrero de 2022;29(2):593-604.

3. Sejvar JJ, Lopez AS, Cortese MM, Leshem E, Pastula DM, Miller L, et al. Acute Flaccid Myelitis in the United States, August-December 2014: Results of Nationwide Surveillance. *Clinical Infectious Diseases.* el 15 de septiembre de 2016;63(6):737-45.

4. Fang X, Huda R. Acute flaccid myelitis: Current status and diagnostic challenges. Vol. 16, *Journal of Clinical Neurology (Korea).* Korean Neurological Association; 2020. p. 376-82.

5. Murphy OC, Messacar K, Benson L, Bove R, Carpenter JL, Crawford T, et al. Acute flaccid myelitis: cause, diagnosis, and management. Vol. 397, *The Lancet.* Lancet Publishing Group; 2021. p. 334-46.

6. Yarovaya K, Rayi A. *Acute Flaccid Myelitis.* Treasure Island (FL): StatPearls; 2024.

7. Hopkins SE, Desai J, Benson L. Acute Flaccid Myelitis: A Call for Vigilance and an Update on Management. *Pediatr Neurol.* el 1 de enero de 2021;114:26-8.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Castro-Vera Angie.

Curación de datos: Castro-Vera Angie.

Análisis formal: Vivanco-Vega María.

Investigación: Castro-Vera Angie, Vivanco-Vega María, Riera-Pazmiño Rubén, Haro-Romero Evelyn, Guaigua-López Silvia, Oña-Bueno Angélica.

Metodología: Riera-Pazmiño Rubén.

Administración del proyecto: Haro-Romero Evelyn.

Recursos: Castro-Vera Angie, Vivanco-Vega María, Riera-Pazmiño Rubén, Haro-Romero Evelyn, Guaigua-López Silvia, Oña-Bueno Angélica.

Software: Guaigua-López Silvia.

Supervisión: Oña-Bueno Angélica.

Validación: Vivanco-Vega María, Riera-Pazmiño Rubén.

Visualización: Haro-Romero Evelyn, Guaigua-López Silvia.

Redacción - borrador original: Castro-Vera Angie, Oña-Bueno Angélica.

Redacción - revisión y edición: Castro-Vera Angie, Vivanco-Vega María, Riera-Pazmiño Rubén.