

Editorial

Mielitis flácida aguda. Iniciar la alerta en México

Dra. Bibiana Marriaga Nuñez¹ y Dr. Fortino Solórzano Santos²
 1. Hospital General de Zapopan, Secretaría de Salud, Unidad de Nosocomiales Hospital Arboledas, Guadalajara Jalisco. Correo: bibimar3@hotmail.com.
 2. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Secretaría de Salud, Ciudad de México. Correo: solorzanof56@gmail.com.



From the editors

Acute flaccid myelitis. Start alert in Mexico

A partir de 2014, en Estados Unidos se detectó un incremento en los casos de parálisis flácida aguda (mielitis flácida aguda), con un patrón bienal con picos en verano y principios de otoño.¹ La mielitis flácida aguda (MFA) es una enfermedad rara, grave, que afecta el sistema nervioso, en particular el área de la sustancia gris de la médula espinal, es un padecimiento similar a la poliomielitis que causa debilidad muscular y, a veces, parálisis, principalmente en niños. La mayoría de los pacientes con MFA (más de 90%) han tenido alguna enfermedad respiratoria leve o fiebre, indicativas de una infección viral, antes de presentarla. Entre el 1 de enero y el 2 de noviembre de 2018, se clasificaron 80 casos de MFA como confirmados (en 25 estados) y seis como probables, lo que representó un aumento de tres veces en los casos confirmados en comparación con el mismo periodo en 2017.² Este número aumentó a 165 casos confirmados entre 320 casos reportados el 14 de diciembre de 2018.³

Se ha sugerido la asociación de infecciones por enterovirus, las cuales son comunes, especialmente en los niños, aunque no se ha podido precisar por qué una pequeña cantidad de personas presentan MFA, mientras que en la mayoría de las otras pasa asintomática. Es importante resaltar que estos casos de MFA no son causados por el virus de la poliomielitis. En Estados Unidos se han detectado el virus Coxsackie A16, el enterovirus A71 (EV-A71) y el enterovirus D68 (EV-D68) en el líquido cefalorraquídeo, de igual manera que en Europa y Japón, pero no en los mismos números que en Estados Unidos. Algunos investigadores europeos sugieren que el EV-D68 es la causa probable de la MFA.⁴ En la India se han reportado casos semejantes a MFA que cumplen los criterios del CDC, sin precisar la etiología.⁵ Sin embargo, el EV-D68 se ha detectado con mayor frecuencia en muestras respiratorias de pacientes con MFA, no en el LCR. Pocos pacientes con MFA asociada a enterovirus D68 han demostrado una recuperación completa de la fuerza. El enterovirus A71 se ha detectado con mayor frecuencia en muestras rectales/de heces o faríngeas de pacientes, no en el LCR, y en estos casos se observa una mejor recuperación, casi semejante a antes de la infección.

Los niños comienzan con una enfermedad febril con síntomas respiratorios, gastrointestinales o lesiones exantemáticas de pie-mano-boca, con un inicio rápido de debilidad y, en ocasiones, alteraciones de los pares craneales. A menudo la manifestación es asimétrica y afecta predominantemente los músculos proximales. La gravedad varía desde una debilidad apenas perceptible en una sola extremidad hasta cuadriparesia, que requiere asistencia respiratoria. Es posible que los pacientes se quejen de dolor en la extremidad, el cuello o la espalda afectados, lo que puede conducir a diagnósticos erróneos de sinovitis tóxica, lesión del plexo braquial, distensiones, esguinces o trastornos funcionales. Los reflejos tendinosos profundos suelen estar disminuidos.

Por ahora, la orientación para el diagnóstico es sólo clínica, apoyándose en estudios de punción lumbar y resonancia magnética (RM) de la médula espinal. La resonancia magnética espinal muestra hiperintensidades en forma de mariposa de la sustancia gris central. El líquido cefalorraquídeo generalmente muestra pleocitosis linfocítica y es negativo para patógenos bacterianos y para la mayoría de virales. Los hallazgos de laboratorio y gabinete pueden aparecer más tardíamente con respecto a la presentación clínica. Los estudios de electromiografía y conducción nerviosa demuestran neuropatía motora aislada. El poliovirus no se ha identificado en estos brotes, pero siempre se deberá estar alerta de esta posibilidad ya que clínicamente no se puede descartar. Es importante recordar que aún hay países donde existen casos de poliomielitis. Los profesionales de la salud y los padres en todo el país están preocupados por razones importantes: la presentación puede ser sutil y pasar desapercibida, el diagnóstico diferencial es complejo, existen posibles complicaciones a largo plazo y no se dispone de tratamientos efectivos establecidos.

Se han utilizado diversas estrategias de tratamiento, pero sin ensayos clínicos prospectivos y controlados. Entre éstas se ha mencionado la inmunoglobulina intravenosa, la fluoxetina y los esteroides. En resumen: la inmunoglobulina intravenosa previno la parálisis sólo cuando se administró antes de la infección viral o poco después; la fluoxetina fue ineficaz, y los esteroides exacerbaron la enfermedad, especialmente en modelos con EV-D68 y EV-71.

En México no se tiene información sobre la presentación específica de esta entidad, sin embargo, en el año 2016 se reportaron 606 casos de parálisis flácida aguda, 571 casos en 2017 y 703 casos en 2018.⁶ De esta manera, ante la información no médica, la población y algunos profesionales de la salud en todo el país han mostrado preocupación. Para nuestro sistema de salud hay un gran reto, ya que esta entidad puede pasar desapercibida debido a lo complejo del diagnóstico diferencial, con las consecuentes complicaciones o secuelas moderadas a largo plazo. Se requieren sistemas de monitoreo y detección específica. En Estados Unidos el programa de vigilancia de los CDC para los enterovirus todavía es pasivo y se basa en que

los médicos envíen muestras, lo que sugiere que pronto deberá instalarse un sistema activo que ponga mayor atención en niños con problemas respiratorios para detectar la frecuencia de infecciones por EV-D68 y establecer la asociación real. El uso de pruebas multiplex de biología molecular han demostrado una importante utilidad en el diagnóstico etiológico de las meningitis agudas, que como parte del estudio inicial en MFA podrían eliminar varios de los patógenos asociados y disminuir el uso innecesario de antibióticos y esteroides.⁷ Esperemos que en nuestro país pronto se tenga un sistema de vigilancia para la detección de los casos específicos de MFA.

Referencias

1. Millichap, J.G., "Acute flaccid myelitis outbreak", *Pediatr Neurol Briefs*, 2015, 29 (12): 96.
2. McKay, S.L., Lee, A.D., López, A.S., Nix, W.A., Dooling, K.L., Keaton, A.A. *et al.*, "Increase in acute flaccid myelitis: United States, 2018", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2018, 67 (45): 1273-1275.
3. Centers for Disease Control and Prevention, "Acute flaccid myelitis", disponible en: <https://www.cdc.gov/acute-flaccid-myelitis/afm-surveillance.html>. (Fecha de consulta: 4 de enero de 2019).
4. Devi, S., "US CDC task force to investigate acute flaccid myelitis cases", *Lancet*, 2018, 392 (10162): 2339.
5. Sarmast, S.N., Gowda, V.K., Ahmed, M., Basvaraja, G.V., Saini, J. y Benakappa, A., "Acute flaccid myelitis-clustering of polio-like illness in the tertiary care centre in Southern India", *J Trop Pediatr*, 2018, 30 de agosto. doi: 10.1093/tropej/fmy052. [Epub ahead of print].
6. Dirección General de Epidemiología, México. Boletín Epidemiológico Semanal, disponible en: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/425972/sem52.pdf.
7. Soucek, D.K., Dumkow, L.E., Van Langen, K.M. y Jameson, A.P., "Cost justification of the BioFire FilmArray Meningitis/Encephalitis Panel versus Standard of Care for Diagnosing Meningitis in a community hospital", *J Pharm Pract*, 2019, 32 (1): 36-40.

