




Cerebelitis post infecciosa en niños caso clínico

Postinfectious cerebellitis in children case report

- ¹ Ipolita Cesibel Marin Zaruma
Universidad Católica de Cuenca
ipolita.marin.56@ucacue.edu.ec
 <https://orcid.org/0009-0003-1183-2494>
- ² Rosa Veronica Sumba Portilla
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
maria.merchan@ucacue.edu.ec
 <https://orcid.org/0000-0002-1788-4389>
- ³ Rodrigo Jose Mendoza Rivas
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca-Ecuador.
rodrigo.mendoza@ucacue.edu.ec
 <https://orcid.org/0000-0001-6020-9226>



Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Enviado: 12/06/2024

Revisado: 10/07/2024

Aceptado: 08/08/2024

Publicado: 12/09/2024

DOI: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v7i3.3.3172>

Cítese: Marin Zaruma, I. C., Sumba Portilla, R. V., & Mendoza Rivas, R. J. (2024). Cerebelitis post infecciosa en niños caso clínico. *Anatomía Digital*, 7(3.3), 6-28. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v7i3.3.3172>



ANATOMÍA DIGITAL, es una Revista Electrónica, Trimestral, que se publicará en soporte electrónico tiene como misión contribuir a la formación de profesionales competentes con visión humanística y crítica que sean capaces de exponer sus resultados investigativos y científicos en la misma medida que se promueva mediante su intervención cambios positivos en la sociedad. <https://anatomiadigital.org>

La revista es editada por la Editorial Ciencia Digital (Editorial de prestigio registrada en la Cámara Ecuatoriana de Libro con No de Afiliación 663) www.celibro.org.ec

Esta revista está protegida bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 International. Copia de la licencia: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Palabras claves:

Encefalitis;
Enfermedades
Virales del Sistema
Nervioso Central;
Sistema Nervioso
Central; Pediatría.

Keywords:

Encephalitis;
Central Nervous
System Viral
Diseases; Central
Nervous System;
Pediatrics

Resumen

Introducción: la cerebelitis aguda posinfecciosa es una patología infrecuente y su diagnóstico es difícil, ya que la presentación clínica y su curso son muy variables. Sus causas están asociadas a infecciones virales previas, vacunación reciente o ingesta de alimentos contaminados. **Objetivo:** determinar el manejo y terapéutica de Cerebelitis Post infecciosa en un caso clínico con el fin de establecer elementos novedosos e instructivos de la enfermedad. **Metodología:** Análisis de caso clínico tipo descriptivo retrospectivo, para la recolección de información se realizó una revisión de historia clínica; para la descripción de la enfermedad se realizó una recopilación de información en bases de datos reconocidas como: *Scopus, Pubmed, web of Science, Lilacs*. **Resultados:** se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 2 años 11 meses dismetrico, discronometrico, con nistagmo horizontal, tembloroso, atáxico, hipotónico, marcha en estrella de babinsky. inestabilidad postural. Con IGG para COVID19 de 265,8 (positivo) diagnosticado con cerebelitis que mediante el tratamiento antimicrobiano respectivo, presenta una clara mejoría clínica. **Conclusión.** El diagnóstico de la cerebelitis post infecciosa puede llegar a ser difícil al ser una patología infrecuente, un examen de imágenes confirma el diagnóstico clínico de cerebelitis aguda. sin embargo, en un contexto urgente, es posible que no se realice la resonancia magnética, especialmente en casos de inestabilidad clínica del paciente sin embargo el papel de la imagen craneoencefálica en el seguimiento de estos pacientes está relacionado con la detección de posibles complicaciones. **Área de estudio general:** medicina. **Área de estudio específica:** cardiología. **Tipo de estudio:** Casos clínicos.

Abstract

Introduction: acute post-infectious cerebellitis is an infrequent pathology and its diagnosis is difficult since the clinical presentation and its course are very variable. Its causes are associated with previous viral infections, recent vaccination, or ingestion of contaminated food. Objective: to determine the management and therapeutics of post-infectious cerebellitis in a clinical case to establish novel and instructive

elements of the disease. **Methodology:** Analysis of a retrospective descriptive clinical case, for the collection of information a review of clinical history was performed; for the description of the disease a compilation of information in recognized databases such as: Scopus, Pubmed, web of Science, Lilacs was performed. **Results:** we present a clinical case of a male patient aged 2 years 11 months, dysmetric, dyschronometric, with horizontal nystagmus, tremor, ataxic, hypotonic, babinsky star gait and postural instability. With IGG for COVID19 of 265.8 (positive) diagnosed with cerebellitis that through the respective antimicrobial treatment, presents a clear clinical improvement. **Conclusion:** The diagnosis of post infectious cerebellitis can become difficult as it is an infrequent pathology, an imaging examination confirms the clinical diagnosis of acute cerebellitis. however, in an urgent context, MRI may not be performed, especially in cases of clinical instability of the patient however the role of cranioencephalic imaging in the follow-up of these patients is related to the detection of complications.

1. Introducción

La presencia de virus suele provocar enfermedades leves en los niños, afectando las vías respiratorias, el sistema gastrointestinal y los ojos, y generalmente se resuelven por sí solas, sin embargo, es una causa rara de Cerebelitis Postinfecciosa, la cerebelitis aguda es una condición rara que a menudo se considera dentro del grupo de ataxia cerebelosa post infecciosa aguda a pesar de sus características clínicas y de imagen distintivas, Al evaluar pacientes con posibles síndromes tumorales, es importante considerar también síndromes inflamatorios más raros que pueden enmascarse como neoplasias; La cerebelitis post infecciosa es un síndrome, por lo que conocer claramente sus manifestaciones clínicas y abordaje, es importante para limitar complicaciones que se dan en función del tiempo (1).

La cerebelitis aguda posterior a una infección es una emergencia bastante común que enfrenta el neurólogo pediátrico en la vida diaria. La variedad de posibles causas de la ataxia aguda en niños es extensa, sin embargo, una historia clínica detallada y precisa es fundamental para distinguir las y un examen clínico cuidadoso pueden reducirlo y ayudar a orientar las investigaciones (2). Para la valoración es importante que se evalúen las

ayudas diagnósticas que permitan la certeza de la patología y lograr brindar al paciente un tratamiento eficaz y oportuno. Las condiciones que pueden simular tumores cerebrales o malformaciones vasculares son raras. La adecuada identificación de estos es crucial para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias, especialmente cuando pueden responder al tratamiento médico, en la parte trasera del cráneo, la cerebelitis aguda es un síndrome inflamatorio autoinmune que generalmente se diferencia de un tumor por afectar de manera simétrica y bilateral al cerebelo (3).

Este síndrome afecta predominantemente a los niños y puede ocurrir al mismo tiempo que la infección, después de la infección o después de la vacunación, la presentación típica es la experimentación del dolor en la cabeza, náuseas y una reducción del nivel de conciencia en un niño; la ataxia también puede estar presente. Radiográficamente, la resonancia magnética nuclear (RMN) potenciada en T2 revela hiperintensidad cerebelosa bilateralmente simétrica, edema cerebeloso y posible hidrocefalia obstructiva, se emplea una cantidad elevada de esteroides en el tratamiento y la gran mayoría de los pacientes logran una recuperación total (3). Aunque por lo general es bilateral, se ha informado que la cerebelitis aguda también se presenta de manera unilateral y se denomina hemicerebelitis, también se han informado casos de hemicerebelitis pseudotumoral, con síntomas y características radiográficas que simulan lesiones ocupantes de espacio; la hemorragia cerebelosa también puede provocar un efecto de masa e hidrocefalia obstructiva y puede deberse a malformaciones vasculares, fístulas o, en raras ocasiones, a complicaciones de neoplasias ocultas (4).

Los síndromes cerebelosos agudos post infecciosos muestran un amplio espectro de severidad aguda y pueden ocurrir con enfermedad febril aguda o recepción de vacunas, históricamente, la varicela ha sido la razón más frecuente, relacionada con un cuarto de los casos en extensas agrupaciones, la cerebelitis post infecciosa es frecuente durante la varicela en la infancia y se asocia con hospitalización prolongada, la presentación neurológica se caracteriza principalmente por ataxia, dificultad para hablar, vómitos, dolor de cabeza y dismetría; este estudio tiene como objetivo describir el un caso clínico de cerebelitis post infecciosa en niños (4).

Es la principal causa de disfunción cerebelosa aguda en niños previamente, esta patología resulta poco común identificar esta condición, ya que su manifestación clínica y evolución son sumamente variables y complicadas de diagnosticar, se considera como una enfermedad infradiagnosticada en el ámbito pediátrico, por ende, la verdadera frecuencia de la situación permanece en la oscuridad (5). La cerebelitis aguda suele ser infecciosa, post infecciosa o post vacunal, las causas más raras incluyen las tóxicas, la presentación clínica suele ser benigna, sin embargo, los casos graves con compresión del tronco encefálico pueden presentarse como coma. Basándose en tres situaciones clínicas de

niños, los escritores realizan un breve repaso sobre este fenómeno, con especial énfasis en sus causas y hallazgos imagenológicos (6).

La cerebelitis aguda es una afección neurológica aguda caracterizada por ataxia o disfunción cerebelosa atribuible a una enfermedad infecciosa reciente o concurrente, una vacunación reciente o ingestión de medicamentos, y en la cual hay evidencia de inflamación predominantemente cerebelosa en la resonancia magnética (7). Puede tener un curso fulminante, con edema cerebeloso que resulta en daño permanente o incluso muerte súbita (8). Se trata de una situación médica urgente que requiere una gran atención, siendo considerada la forma más grave de los trastornos infeccioso-inflamatorios del cerebelo, con un riesgo elevado de complicaciones y muerte (9).

Se sabe muy poco sobre la fisiopatología de esta enfermedad, aun es un punto por aclarar, se ha identificado un proceso edematoso importante con presencia de infiltración de linfocitos y eosinófilos sin mostrar signos de desmielinización; también se ha sugerido un mecanismo autoinmune para la cerebelitis aguda en vista de su origen post infeccioso y la detección de autoanticuerpos en algunos pacientes contra las células de Purkinje, centrosomas, receptores de glutamato, gangliósidos, cardiolipina y ácido glutámico descarboxilasa (10). Los agentes infecciosos asociados con la cerebelitis aguda incluyen varios tipos de virus que también se ha sugerido un mecanismo autoinmune para la cerebelitis aguda en vista de su origen post infeccioso y la detección de autoanticuerpos en algunos pacientes contra las células de Purkinje, centrosomas, receptores de glutamato, gangliósidos, cardiolipina y ácido glutámico descarboxilasa (11).

Se desconoce la etiología de la cerebelitis aguda en casi dos tercios de los pacientes, y el tercio restante es infeccioso, se ha encontrado que estos síntomas están relacionados con diferentes agentes infecciosos como el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la varicela, el virus de Epstein-Barr, el herpes labial, el rotavirus, el citomegalovirus, la polio, la gripe, el virus respiratorio sincitial, el virus Cocksackie, Salmonella, Borrelia, Bordetella, Coxiella, Streptococcus pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae (12). La resonancia magnética es el examen más preciso para evaluar el cerebelo y el tronco encefálico y debe considerarse la herramienta diagnóstica estándar de oro. Es la mejor forma de detectar la inflamación en el cerebro y la médula espinal. Se puede ver un aumento de brillo en el cerebelo en las imágenes de resonancia magnética, la hernia descendente puede ser indicativa de cerebelitis aguda infecciosa, los hallazgos de la RMN de la cerebelitis aguda se han clasificado previamente en 3 grupos principales: cerebelitis bihemisférica, hemicerebelitis y cerebelitis con hallazgos encefalíticos (13, 14).

La cerebelitis aguda leve o moderada se asoció con cambios en la RMN a nivel de la corteza cerebelosa y, en casos más graves, en la corteza cerebelosa y la sustancia blanca del cerebelo, compuesta por la materia gris profunda que alberga los núcleos dentados, se conservan, un hallazgo que ayuda a diferenciarlos de los trastornos metabólicos (15). No

todos los niños con cerebelitis aguda se someten a pruebas de diagnóstico por imágenes de forma rutinaria; por lo tanto, se desconoce su incidencia real, los marcadores séricos de infección o inflamación, como el recuento sérico de glóbulos blancos, la proteína C reactiva o la tasa de sedimentación de eritrocitos, pueden estar elevados. Sin embargo, estos marcadores suelen ser inespecíficos y no útiles (16).

Cuando es posible realizar una punción lumbar la microscopía del líquido cefalorraquídeo puede ser normal; sin embargo, a menudo se observa pleocitosis con predominio de monocitos, la bioquímica del líquido cefalorraquídeo también rara vez es útil, el bajo rendimiento de la punción lumbar debe sopesarse frente al riesgo de aumento de la presión intracraneal y hernia amigdalina cerebelosa (17). La electroencefalografía (EEG) a menudo no es útil, en su mayoría hallazgos inespecíficos, puesto que depende de la actividad neuronal y enfermedades del paciente, además en la etapa infantil tiene una sensibilidad y especificidad bajas, siendo muy poco elegido para el diagnóstico como tal (18).

En el instante crítico, someterse a una tomografía computarizada resulta ventajoso para descartar otras posibles razones de los síntomas y detectar la aparición súbita de hidrocefalia o una compresión severa en el tronco cerebral. Entre los descubrimientos, pueden observarse una leve dilatación del tercer ventrículo y los ventrículos laterales, o una hidrocefalia evidente, además de un cuarto ventrículo reducido y una aglomeración de las estructuras en la fosa posterior. de igual manera es particularmente útil en el diagnóstico temprano de secuelas tratadas quirúrgicamente (19). Es amplia la lista de patologías que pueden simular la presentación clínica de la cerebelitis aguda como tumores, abscesos, intoxicación, enfermedad metabólica, trastornos degenerativos hereditarios, meningitis, encefalitis y encefalomielitis diseminada aguda (20).

Se ha reportado secuelas neurológicas en un 27% de los casos que padecen esta enfermedad, dentro de las cuales se ha descrito temblor, ataxia, déficit cognitivo, deterioro de las funciones motoras y verbales en el seguimiento (21). Es fundamental actuar rápidamente para mejorar los resultados, por lo tanto, si se observa una clínica que sugiere una enfermedad en la parte posterior del cráneo, se debe considerar la posibilidad de que se trate de esta condición (22). Muestra una amplia gama de evolución clínica: desde un curso benigno autolimitado hasta una presentación repentina y grave con riesgo para la vida debido a la compresión de la fosa posterior, la aparición de hidrocefalia aguda y la presión elevada dentro del cráneo (23). En el 92% de los niños, esta enfermedad se manifiesta de forma prodrómica. La duración promedio desde el comienzo de los síntomas iniciales hasta el desarrollo de la cerebelitis aguda fue de una semana. Las enfermedades prodrómicas más comunes fueron infecciones del tracto respiratorio, enfermedades diarreicas o gastroenteritis, dolores de cabeza y enfermedades febriles no especificadas (24).

Los síntomas de presión intracraneal elevada debido a una hinchazón pronunciada incluyen dolor de cabeza, malestar estomacal, ganas de vomitar, alteraciones en la lucidez mental y/o somnolencia. Normalmente, se debe a la hidrocefalia obstructiva causada por la compresión que el proceso inflamatorio ejerce en el acueducto de Silvio y el IV ventrículo (25).

Los signos cerebelosos se han agrupado en 4 categorías (26):

- Síndromes neocerebelosos que se manifiestan principalmente con disinerxia, disimetría, disdiadococinesia y disartria.
- Síndromes paleocerebelosos que se manifiestan principalmente con disturbantes de la marcha y ataxias.
- Síndrome vestibulocerebelar o flocculonodular presentado como desequilibrio con ataxias.

Las características neuropsicológicas como el mutismo y la risa patológica se registraron como síndromes cerebelosos separados. Los síntomas más comunes al inicio fueron dolor de cabeza, náuseas y cansancio; mientras que los signos cerebelosos más frecuentes incluyeron falta de coordinación, dificultad para hablar y errores en la precisión de movimientos (25). La cerebelitis fulminante con inflamación del cerebelo por lo general conduce a la creación de hidrocefalia obstructiva debido a la obstrucción del flujo normal de LCR por compresión del cuarto ventrículo, y el cerebelo inflamado finalmente comprime las estructuras del tronco encefálico. Los niños pueden presentar síntomas de presión intracraneal elevada, incluido el coma, sin ningún signo de disfunción cerebelosa, la tasa de hernia amigdalina e hidrocefalia obstructiva fueron del 73,3% y 26,6%, respectivamente (27).

La condición suele ser autolimitada, pero a veces puede provocar una discapacidad permanente e incluso puede ser fatal debido a complicaciones relacionadas con la compresión de las formaciones en la parte trasera, hidrocefalia aguda y/o hipertensión intracraneal. La presencia de aumento agudo de la presión intracraneal con inflamación es una situación potencialmente mortal que requiere una intervención neuroquirúrgica emergente mediante craneotomías descompresivas o derivaciones de líquido cefalorraquídeo para evitar la compresión y la hernia del tronco encefálico (28).

Aún no se ha llegado a un acuerdo generalizado sobre cómo tratar la cerebelitis aguda, ya que su evolución es impredecible, por lo que es necesario abordar cada caso de forma personalizada. Ante situaciones leves que no presenten avance en los síntomas ni signos preocupantes en las radiografías, lo más adecuado es optar por una actitud conservadora y mantener una estrecha observación. Los corticosteroides son la primera opción terapéutica para disminuir la presión causada por la inflamación, y en algunos casos puede

ser preciso recurrir a un procedimiento de drenaje ventricular externo (DVE) para tratar la hidrocefalia (29).

Una elevada sospecha y una intervención agresiva temprana son las mejores herramientas para lograr resultados óptimos en la cerebelitis fulminante en niños. En situaciones de emergencia médica y quirúrgica, los corticoides en dosis elevadas se presentan como el pilar fundamental del tratamiento, ya que mejoran las perspectivas a largo plazo y reducen la duración de la enfermedad, el tratamiento antibiótico empírico es mandatorio, así como el uso de antivirales (30). La utilización de tratamientos complementarios con inmunomoduladores como la infusión de inmunoglobulinas o la plasmaféresis genera opiniones encontradas (31). Así, el propósito de este estudio es llevar a cabo un análisis acerca de la Cerebelitis post infecciosa en la población infantil.

2. Metodología

El presente artículo presenta el reporte de un caso clínico con una revisión bibliográfica de tipo descriptivo, retrospectivo en la descripción de la enfermedad bloqueo nodal sinoauricular. Para la recopilación de información del caso se realizó la verificación y análisis de la historia clínica. En relación con la redacción se utilizó para referenciar el estilo Vancouver; para la descripción de la patología, se aplicó la estructura: definición de la patología, fisiopatología, factores de riesgo, diagnóstico, pronóstico, signos y síntomas, consecuencias, plan de atención de enfermería y tratamiento médico. Para la descripción de la patología se trabajó mediante la recopilación de artículos extraídos de bases de datos reconocidas como: *Scopus*, *Porquest*, *Pubmed*, *Web of Science*, *lilacs*. En inglés y en español publicados en los últimos 5 años.

Se efectuó una sistematización de la información del caso clínico, los datos se obtuvieron de acuerdo a la historia clínica del paciente (base secundaria) describiendo: motivo de consulta, enfermedad actual del paciente al ingreso, impresión diagnóstica (IDX), antecedentes personales, antecedentes familiares, medicamentos de uso habitual del paciente, examen físico, laboratorios iniciales tomados al paciente, plan de manejo terapéutico, exámenes complementarios, desenlace (mejoría, falta de respuesta, o muerte).

En la última parte se hizo una discusión y síntesis de conocimiento las particularidades que inciden de forma holística en el desenlace del paciente, finalmente se compararon los datos obtenidos con los de otras investigaciones para poder estructurar el artículo de caso clínico.

3. Resultados

Presentación del caso

Paciente de 2 años 11 meses, hijo de padres añosos madre de 40 años. Embarazo no planificado, el mismo que transcurre sin complicaciones, nace por cesárea en casa de salud; llanto al nacer sin signos de asfixia, fue hospitalizado en el servicio de neonatología por ictericia neonatal, luego de un día fue dado de alta sin complicaciones. En su desarrollo neurológico, se describe un adecuado sostén cefálico, no tuvo el período de gateo, su sedestación fue a los 5 meses de nacido, y empezó a caminar al año y dos meses de vida, además, habla y comprende a los 2 años y 2 meses.

Familiar de paciente (padre) refiere que hace aproximadamente 24 horas paciente presenta vomito por una ocasión se desconoce si fue precedido de nausea. Posterior al cuadro, presenta ataxia al caminar e inestabilidad postural. Así mismo irritabilidad razón por la cual acude a casa de salud. Examen físico, paciente disimétrico, discrometrico, nistagmo horizontal, tembloroso, atáxico, hipotónico, marcha en estrella de babinsky. inestabilidad postural.

Exámenes de laboratorio: IGG para COVID 19 de 265,8 (positivo) 19: 3,30. Leucocitos: 7 810, Neutrófilos 45,200, Linfocitos 45 700, Hemoglobina 12,5 g/dl. Hematocrito 35,10%. Plaquetas 398 000, Potasio 4,7. Cloro 115. TGO: 20, TGP: 9,6. LDH: 214. Calcio 10,27, Creatinina: 0,25. Fosforo: 6,16. TP: 13,4 TTP: 29,6. INR: 1,06. Refiere como antecedente un cuadro de resfriado hace 15 días atrás. Se le cataloga como un cuadro atáxico no especificado, tras la realización de exámenes complementarios y por antecedente de cuadro infeccioso previo paciente es diagnosticado de cerebelitis aguda postinfecciosa.

Recibió tratamiento a base de metilprednisolona 250 mg en 100ml salina en 2 horas por 2 días, metoclopramida 5mg y 150mg de paracetamol vía oral previa administración de metilprednisolona. Solución salina 0,9% 1000 más 10ml de complejo B A 10 ml/hora.

Tratamiento enviado al alta médica prednisona en descenso, 20mg vía oral por 5 días, 10 mg por 5 días, 5 miligramos por 5 días, 2,5mg por 5 días. Complejo B 3ml vía oral una vez por día por 1 mes. realiza rehabilitación física por 3 meses, al primer mes conserva ligero temblor, mejora estabilidad y a los 3 meses paciente sin sintomatología.

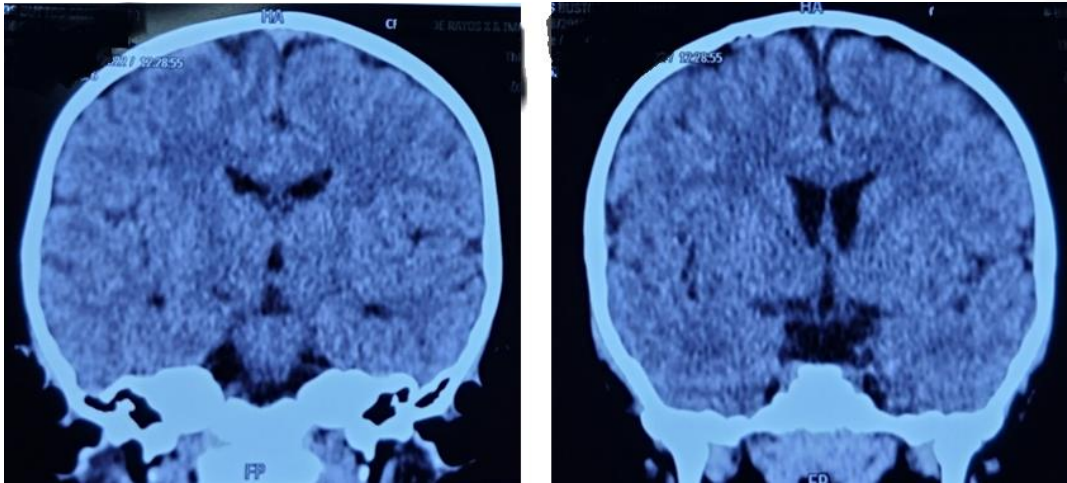


Figura 1. Tomografía axial computarizada simple de cráneo en corte coronal

Reporte: en la fosa posterior se observa el IV ventrículo, tallo cerebral, pedúnculos, así como los hemisferios cerebelosos de características normales.

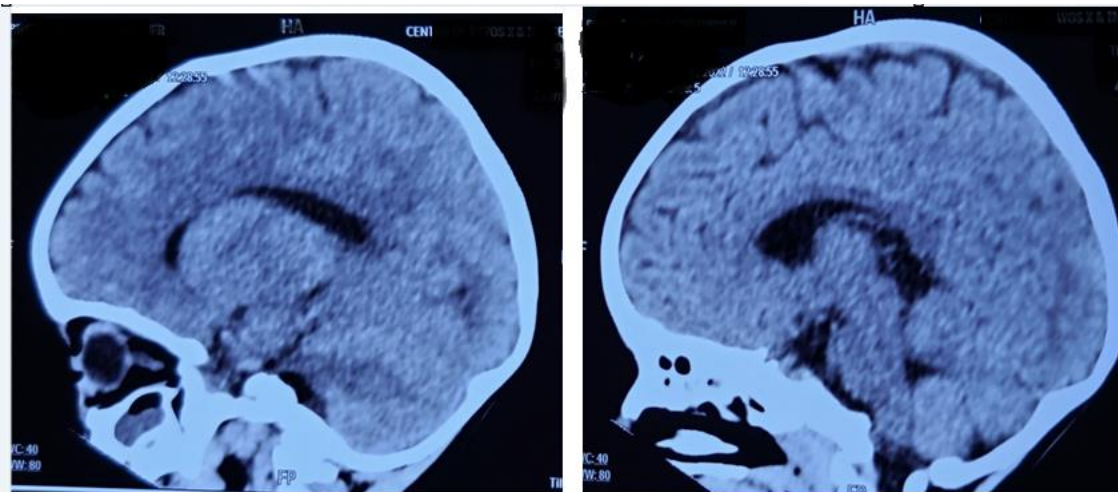


Figura 2. Tomografía axial computarizada simple de cráneo en corte sagital

Reporte: Las cisternas de la base no presentan alteraciones. En la región supratentorial los hemisferios cerebrales con densidad homogénea, no hay la evidencia de lesiones focales ocupativas de tipo sólido, quístico o imágenes de calcificaciones de tipo patológico.

El sistema ventricular infra y supratentorial está en límites normales. Las regiones corticales, así como las estructuras de la línea media son normales. El estudio concluye que se encuentra en límites normales (figura 1 y 2).

4. Discusión

La cerebelitis aguda postinfecciosa es un cuadro neurológico importante en los pacientes pediátricos, según, Iñiguez et al, señala que los síntomas iniciales más comunes incluyen dolor de cabeza, vómitos y somnolencia, mientras que la ataxia, disartria y dismetría fueron los signos del cerebelo más prevalentes, indica además que, las imágenes de tomografía computarizada suelen ser normales (33). Esto está en relación con la clínica con la que ingresó del paciente, además, de una tomografía simple en la que no se aprecian cambios relevantes en la fase aguda.

Se han requerido hallazgos de resonancia magnética que indiquen inflamación aguda para el diagnóstico de cerebelitis aguda. Sin embargo, la observación de cambios inflamatorios en la resonancia magnética está relacionada con el tiempo y la técnica de la imagen nuestros resultados no evidencian alteraciones en el estudio de imagen realizado. Por lo tanto, las características clínicas también deben participar en la distinción entre ataxia cerebelosa post infecciosa aguda y cerebelitis aguda (34). Esta última, a diferencia de la ataxia cerebelosa post infecciosa aguda, no se presenta con ataxia aislada sino con múltiples síntomas que Síntomas como cefalea, náuseas y pérdida de lucidez están presentes. Los microorganismos responsables de la cerebelitis aguda incluyen el virus de la varicela zóster, el virus de Epstein Barr, el virus del herpes simple-1, la influenza y el virus respiratorio sincitial, el rotavirus, este hecho puede tener relación con el antecedente de resfriado común que con resultados de laboratorio dio a COVID 19 positivo que tuvo el paciente, 15 días antes de la cerebelitis.

Se debe considerar el diagnóstico de cerebelitis aguda en lugar de ataxia cerebelosa post infecciosa aguda Cuando un niño presenta ataxia junto con dolor de cabeza y vómitos. La cerebelitis aguda se cura con secuelas en aproximadamente una de cada tres situaciones. La inexistencia de fallecimientos en nuestra serie sugiere un diagnóstico temprano y el tratamiento con esteroides puede aumentar las posibilidades de recuperación (35). en el caso el paciente tuvo una recuperación favorable y a los 3 meses no presentaba sintomatología.

En relación con su etiología, la enfermedad suele manifestarse durante el desarrollo de una infección, como en el caso de nuestro paciente, quien experimentó síntomas de un resfriado común hace 15 días. El curso clínico de la enfermedad es altamente variable, abarcando desde una evolución autolimitada relativamente benigna hasta una presentación fulminante con riesgo de vida debido a sus complicaciones asociadas, tales como compresión de la fosa posterior, hidrocefalia aguda e hipertensión endocraneal. Se refiere a una emergencia médico-quirúrgica que puede ser tratada con corticoides en dosis elevadas y, en situaciones más críticas, puede requerir la colocación de una derivación ventricular externa e incluso una intervención quirúrgica descompresiva (36, 37). Realidad que no fue sometido el paciente.

Siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de utilizar tratamiento antimicrobiano en estos pacientes, ya que la Cerebelitis aguda puede estar asociada con diversos agentes infecciosos. La ataxia puede manifestarse como un síntoma tanto de encefalitis viral como de meningitis bacteriana. Por lo tanto, si no se puede realizar una punción lumbar debido al riesgo de herniación cerebral, es imprescindible iniciar un tratamiento antibiótico empírico (38). En el caso no se utilizó terapia con antibiótico.

La cerebelitis post infecciosa, suele complicarse con ataxia cerebelosa, que es un síndrome clínico que suele ser benigno y transitorio, aunque pueden ocurrir condiciones potencialmente mortales que pueden requerir intervenciones inmediatas. Cuadro que presentó nuestro paciente, este cuadro clínico puede impactar a individuos de todas las edades, sin embargo, suele manifestarse principalmente en niños menores de seis años. Aunque se han registrado situaciones en niños de mayor edad y adolescentes, se manifiesta comúnmente como un trastorno que aparece después de una infección. Las manifestaciones clásicas son alteración de la marcha y nistagmo, mientras que los síntomas asociados pueden incluir disartria, vómitos, irritabilidad o dolor de cabeza, convulsiones e incluso pueden presentarse alteraciones de la conciencia (39).

Se sabe que las causas más comunes de ataxia de aparición aguda son la ingestión de drogas, la vacunación, las infecciones virales o bacterianas, los tumores malignos y las intoxicaciones por plomo, mercurio, alcohol o etilenglicol, en nuestro caso fue la cerebelitis post infecciosa. Se pueden señalar varios eventos causales para explicar la aparición de la ataxia cerebelosa aguda en nuestro paciente, incluido un posible desencadenante debido a la vacunación contra el HPV realizada un par de semanas antes de que aparezcan los síntomas visibles. No obstante, a partir de los síntomas observados, los análisis de laboratorio y las pruebas serológicas que detectaron la presencia de los anticuerpos IgG e IgM del virus en la cápside, junto con un resultado positivo en la prueba monospot (35).

Varios estudios sugieren un proceso autoinmune, donde la ataxia suele ser una manifestación autobenigna impulsada por un mecanismo inmunomediado desencadenado por la infección viral, las terapias dirigidas al sistema inmunológico podrían ser útiles en el tratamiento de la ataxia cerebelosa post-EBV. la mejoría clínica en algunos pacientes se produce sólo después de la administración de IVIG tratamiento aplicado en pacientes que no respondieron a la terapia con esteroides en dosis altas (33). en el paciente se dio respuesta favorable a los corticoides sin necesidad de la administración de IVIG resultados. Por lo tanto, la reanudación de las actividades diarias del paciente y el alivio de la angustia de sus padres subrayan la importancia de centrarse en el aspecto de mejorar la atención médica para elevar el bienestar y la calidad de vida, como también se ha destacado en otras enfermedades. Los tratamientos inmunológicos son las herramientas

más prometedoras para lograr la remisión clínica y mejorar el bienestar en diversas enfermedades para elevar la calidad de vida.

En la mayoría de las situaciones narradas en los textos, los individuos afectados suelen ser menores o adultos, jóvenes y la presentación clínica es generalmente solitaria en forma de síndrome cerebeloso agudo, que puede asociarse con lamentaciones por una intensa cefalea, malestar estomacal y episodios de vómito. Fiebre y meningismo pueden existir o no. Por lo general, la progresión clínica suele ser suave y limitada, con la presencia de problemas cerebelosos focalizados en la mayoría de las situaciones, sin embargo, en los casos en que la afectación cerebelosa es difusa puede ocurrir compresión del tronco encefálico, posiblemente se presente cerebelitis aguda. como un estado alterado de conciencia (42).

El diagnóstico clínico de cerebelitis aguda debe confirmarse con una prueba de imagen (TC o RM) que permita también a pesar de posibles complicaciones, como la obstrucción hidrocefálica causada por la compresión del cuarto ventrículo o la protrusión de las amígdalas cerebelosas a través del agujero occipital (43).

Desde el punto de vista histopatológico se describe inflamación perivascular, edema intersticial y desmielinización, lo que se traduce por hiperseñal en las ponderaciones TR largas de la resonancia magnética, como se observa en las imágenes T2 del paciente presentado. a) T2 axial: hiperseñal cerebelosa simétrica y difusa que afecta predominantemente a la sustancia blanca. b) Sagital T1 - aumento de volumen del cerebelo, con hidrocefalia obstructiva supratentorial y pérdida de cisternas de licor peribulbares debido a la posición baja de las amígdalas cerebelosas. a) Sagital T1: aumento del volumen del cerebelo, con obliteración de los espacios líquidos de la fosa posterior, compresión del IV ventrículo y hernia descendente de la amígdala cerebral. b) T2 coronal: hiperseñal cortical cerebelosa difusa e hiperintensidades corticales occipitoparietales focales bilaterales. c) Axial- hiperseñal hipocámpica cerebelitis infecciosa aguda, también se atribuye un posible papel etiopatogénico a la infección directa del parénquima cerebeloso por el agente infeccioso, ya que no fue confirmado en nuestro paciente, al no ser punción lumbar (45).

Las lesiones cerebrales resultantes de una intoxicación aguda por CO se explican por un mecanismo hipóxico-coisquémico. La afinidad del CO por la molécula de hemoglobina es aproximadamente 250 veces mayor que la del oxígeno. Una exposición aguda e intensa al CO Causa una disminución en la habilidad de la hemoglobina para transportar oxígeno, lo que resulta en una falta de oxígeno en los tejidos. Dentro del sistema nervioso central (SNC), las neuronas son las células que más oxígeno y glucosa requieren para funcionar correctamente y, por tanto, más susceptibles a un insulto hipóxico-isquémico^{5,6}. En el segundo caso clínico, este mecanismo explica la afectación predominantemente cerebelosa. cambios de señal corticales y focales, occipitoparietal, cortical y en ambos

hipocampos. En esta ocasión, no se llevó a cabo la realización de un estudio de resonancia magnética de difusión, debido a que las imágenes fueron capturadas en un equipo de 0,5 Tesla, el cual no posibilita la realización de este tipo de análisis (46).

En este caso clínico, la edad del paciente fue de 2 años 11 meses, El tiempo medio entre los signos/síntomas en el inicio (fiebre, erupción cutánea, infecciones virales) y el inicio de los síntomas cerebelosos fue de 6 días (rango de 0 a 30 días), similar a la mayoría de los informes que describen un tiempo medio de 7 días entre el inicio del exantema por VZV. e ingreso hospitalario a los 7 días. Al ingreso, la ataxia fue el signo más frecuente, con marcha amplia. La presentación neurológica también se caracterizaba a menudo por disimetría y dificultad para hablar (45).

Estos hallazgos pueden tener una consecuencia clínica ya que estos pacientes podrían ser los seleccionados para recibir tratamiento con esteroides, aunque actualmente no existen datos en la literatura que sugieran esta estrategia. Sin embargo, la posible utilidad de la TC cerebral en la fase aguda, para detectar hidrocefalia aguda, edema cerebeloso o compresión del tronco del encéfalo, la idea ya ha sido planteada, ya que se han mencionado en la literatura algunos casos de CA, con hidrocefalia como señal inicial. Es fundamental destacar que en la mayoría de los lugares resulta complicado acceder a una resonancia magnética cerebral de manera urgente, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones hay un "tiempo de espera" habitual de aproximadamente 7 días, mientras que es fácil realizar una tomografía computarizada del cerebro en el momento. Momento de presentación del paciente en urgencias. (48)

Las guías internacionales no establecen claramente si los niños inmunocompetentes con cerebelitis deben recibir aciclovir y/o esteroides intravenosos. De manera similar, la mayoría de los autores utilizan esteroides, principalmente para casos más complicados, pero no está claro qué se entiende por casos más graves y cuál es el mejor esteroide, dosis, modo de administración y duración de la terapia (48). Nuestro paciente fue tratado únicamente con corticoides logrando un resultado satisfactorio.

Dado que demostramos que los niños con TC o RM cerebral patológica al ingreso tenían una mayor probabilidad de tener secuelas neurológicas a largo plazo, este subconjunto de pacientes podría ser el que se seleccionaría para un tratamiento temprano y más agresivo. AC/ACA es la complicación neurológica más común de la varicela y ocurre en aproximadamente 1/4000 casos de varicela en niños. En la literatura encontramos otros informes que describen la infección por VZV y complicaciones neurológicas (encefalitis, meningitis, cerebelitis, polirradiculopatía, mielitis transversa) en adultos y niños. Otros informes describen la ataxia aguda en niños, pero analizaron una patogénesis diferente, no solo Cerebelitis Aguda infecciosa y posinfecciosa (40).

Es de destacar que este estudio incluyó principalmente a niños sin cambios en el estado mental y con estudios de imagen normales. En cambio, Hennes y sus colegas detallaron un grupo de 11 niños (rango de edad: de 3 años a 14 años y 10 meses), seis de ellos con una manifestación grave de la enfermedad, incluidos cambios en el estado mental, anomalías en las resonancias magnéticas, que fueron seguidos durante un período medio de 4 años y 4 meses. Se informaron secuelas neurológicas en cinco niños que iban desde ataxia hasta temblores leves, y se encontraron déficits cognitivos (capacidad de visualización espacial, habilidades del lenguaje y concentración) en seis pacientes (40).

5. Conclusiones

- Un examen de imágenes confirma el diagnóstico clínico de cerebelitis aguda. La resonancia magnética es más sensible para detectar cambios parenquimatosos que la tomografía computarizada; sin embargo, en un contexto urgente, es posible que no se realice la resonancia magnética, especialmente en casos de inestabilidad clínica del paciente. El papel de la imagen craneoencefálica en el seguimiento de estos pacientes está relacionado con la detección de posibles complicaciones. En los casos más graves, con afectación cerebelosa difusa y aumento de volumen del cerebelo, puede haber compresión del tronco encefálico e hidrocefalia activa, con alteración del estado de conciencia e incluso la muerte, si no se realiza una intervención quirúrgica oportuna, es decir, la colocación de un bypass ventricular o descompresión quirúrgica de la fosa posterior.

6. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el artículo presentado.

7. Declaración de contribución de los autores

Todos los autores participaron de forma equitativa en el artículo en todos los instantes de su elaboración

8. Costos de financiamiento

La presente investigación fue financiada en su totalidad con fondos propios de los autores

9. Referencias Bibliográficas

1. Martins WA, Cristovam R do A, Palmirini A. Acute post-infectious cerebellitis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [Internet]. 2015 [citado 12 de abril de 2023]; 73: 977-977. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/anp/a/HdkGrsHvzrzNfXJRfDRnFsF/?lan>

2. Poretti A, Benson JE, Huisman TAGM, Boltshauser E. Acute ataxia in children: approach to clinical presentation and role of additional investigations. *Neuropediatrics* [Internet]. 2013 [citado 12 de abril de 2023]; 44(3):127-41. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1329909>
3. Chow EKH, Rabin BM, Ruge J. Postinfectious coronavirus disease 2019 hemorrhagic cerebellitis: illustrative case. *J Neurosurg Case Lessons* [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 4(10): CASE22219. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9451054/>
4. Gunaratna GPS, Mohammad SS, Blyth CC, Clark J, Crawford N, Marshall H, et al. Postinfectious acute cerebellar syndromes in children: a nationally ascertained case series from Australia 2013-2018. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2022 [citado 13 de abril de 2023], 37(7):617–23. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08830738221093209>
5. Molina Corbacho M, Martín Birlanga F, Sarrión Sos N, Gargallo Tatay P, Tomás Vila M. Cerebelitis aguda fulminante, ¿una entidad infradiagnosticada? *Anales de pediatría*. [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 90(3):188-90. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-cerebelitis-aguda-fulminante-una-entidad-articulo-S1695403318301528>
6. Mendes Dos Santos C, Sá G, Geraldo AF, Tavares JB, Neto L, Campos JG. Acute cerebellitis in children: regarding different etiologies. *Acta medica portuguesa* [Internet]. 2012 [citado 12 de abril de 2023]; 25 Suppl 1:38-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23177581/>
7. Yildirim M, Gocmen R, Konuskan B, Parlak S, Yalnizoglu D, Anlar B. Acute cerebellitis or postinfectious cerebellar ataxia? clinical and imaging features in acute cerebellitis. *Journal of Child Neurology* [Internet], 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 35(6):380-8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073820901407>
8. García-Iñiguez JP, López-Pisón FJ, Madurga Revilla P, Montejo Gañán I, Domínguez Cajal M, Monge Galindo L, Sánchez Marcob SB, García Jiménez MC. Cerebelitis aguda en Pediatría: nuestra experiencia. *Neurología* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 34(5):291-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-cerebelitis-aguda-pediatria-nuestra-experiencia-S0213485317300294>
9. Alomani H, Arshad M, Elzonfly M, Aldakhil AA, Alharbi AH, Alasqah A, Alfheed BR, Aldhalan H. Pediatric fulminant cerebellitis is still a fatal disease

- that we know little about! two case reports and a literature review. American Journal of Case Reports [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 22. Disponible en: <https://amjcaserep.com/abstract/full/idArt/928370>
10. Mahajan SK, Sharma S, Kaushik M, Raina R, Thakur P, Taneja GP, Sharma JB. Scrub typhus presenting as acute cerebellitis. The Journal of the Association of Physicians of India [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2023]; 64(2): 69-70. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/84856279/14_cr_scrub_typhus_presentin_glibre.pdf?1650897228=&responsecontentdisposition=inline%3B+filename%3D+Scrub+Typhus+Presenting+as+Acute+Cerebel.pdf&Expires=1719602022&Signature=gxY7LvzFFkCFZgl7ToXrrcuDD4UnHkSzBopJZaKvmdkQk6Trthn93IQMqcppirV2FplvWVkr3nzppliC2ZIS~LZCqV7lZeO7FcyzdnxZEcbKwzL7KxenPmZWBwoBqIINqBTFGjzWjS9alwCrAEinCBTskg4PdpeDrDVliFz7boemrk64hzbH1FN7CR57GdOVYP6I58bULCLA2zMciQ7i~ftQGkp1oNPfv8XZMaS WvS1CrX5IEDso0eF23yNpUQYXg~1YhipExpsOQsG17zvut1xUDokfv9TSo7cVU35ynX8T9Zz2IHGnvRc9tQlZyNrxFovdg4aJDR6MCdmp8ag_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
 11. Kato Z, Sasai H, Funato M, Asano T, Kondo N. Acute cerebellitis associated with rotavirus infection. World Journal of Pediatrics [Internet]. 2013 [citado 14 de abril de 2023]; 9(1):87-9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-011-0298-0>
 12. Paketçi C, Edem P, Okur D, Sarioğlu FC, Güteryüz H, Bayram E, Fazla D. Rotavirus encephalopathy with concomitant acute cerebellitis: report of a case and review of the literature. TURKISH JOURNAL OF PEDIATRICS. 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 62(1):119-24. Disponible en: <https://avesis.deu.edu.tr/yayin/b91564ff-8990-49b9-a470-e3e8299142b5/rotavirus-encephalopathy-with-concomitant-acute-cerebellitis-report-of-a-case-and-review-of-the-literature>
 13. Orman G, Kralik SF, Desai NK, Meoded A, Sangi-Haghpeykar H, Jallo G, Boltshauser E, Huisman TAGM. Can MRI differentiate between infectious and immune-related acute cerebellitis? A retrospective imaging study. American Journal of Neuroradiology [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2023]; 42(12):2231-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8805750/>
 14. De Bruecker Y, Claus F, Demaerel P, Ballaux F, Sciort R, Lagae L, et al. MRI findings in acute cerebellitis. European Radiology [Internet]. 2004 [citado 11 de

- abril de 2023]; 14(8): 1478-83. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00330-004-2247-y>
15. Rossi A, Martinetti C, Morana G, Severino M, Tortora D. Neuroimaging of infectious and inflammatory diseases of the pediatric cerebellum and brainstem. *Neuroimaging Clinics* [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2023]; 26(3):471-87. Disponible en: [https://www.neuroimaging.theclinics.com/article/S1052-5149\(16\)30009-0/abstract](https://www.neuroimaging.theclinics.com/article/S1052-5149(16)30009-0/abstract)
 16. Emelifeonwu JA, Shetty J, Kaliaperumal C, Gallo P, Sokol D, Soleiman H, Kandasamy J. Acute cerebellitis in children: a variable clinical entity. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2018 [citado 13 de abril de 2023]; 33(10): 675-84. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073818777673>
 17. Sharma S, Ruparelia J, Bhaskar S, Tiwari S, Nag VL, Panda S. Acute fulminant cerebellitis in children with COVID-19 Infection: a rare but treatable complication. *Pediatric neurology* [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2023]; 119: 45-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7997024/>
 18. Lancellata L, Esposito S, Galli ML, Bozzola E, Labalestra V, Boccuzzi E, Krzysztofiak A, Corsi L, Castelli Gattinara G, Mirante N, Buonsenso D, Tagliabue C, Castellazzi L, Montagnani C, Tersigni C, Valentini P, Capozza M, Pata D, Di Gangi M, Dones P, Garazzino S, Baroero L, Verrotti A, Melzi ML, Villani A. Acute cerebellitis in children: an eleven-year retrospective multicentric study in Italy. *Italian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2017 [citado 13 de abril de 2023]; 43(1): 54. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0370-z>
 19. Kornreich L, Shkalim-Zemer V, Levinsky Y, Abdallah W, Ganelin-Cohen E, Straussberg R. Acute cerebellitis in children: a many-faceted disease. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2016 [citado 11 de abril de 2023]; 31(8):991-7. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073816634860>
 20. Manto M, Hadjivassiliou M, Baizabal-Carvallo JF, Hampe CS, Honnorat J, Joubert B, Mitoma H, Muñiz-Castrillo S, Shaikh A, Vogrig A. Consensus Paper: Latent Autoimmune Cerebellar Ataxia (LACA). *Cerebellum* [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]; 23(1): 1-18. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12311-023-01550-4>

21. Pöyhönen HM, Nyman MJ, Peltola VT, Löyttyniemi ES, Lähdesmäki TT. Neuroimaging and neurological outcome of children with acute encephalitis. *Developmental Medicine & Child Neurology* [Internet]. 2022 [citado 11 de abril de 2023]; 64(10): 1262-1269. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dmcn.15261>
22. Lagorio I, Bartalini S, De Franco V, Cerase A, Battisti C. A case series of two post-infectious acute cerebellitis an insidious path to the diagnosis and therapy. *Neurological Sciences* [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 42(11): 4843-4846. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-021-05590-8>
23. Hazama K, Shiihara T, Tsukagoshi H, Matsushige T, Dowa Y, Watanabe M. Rhinovirus-associated acute encephalitis/encephalopathy and cerebellitis. *Brain and Development* [Internet]. 2019 [citado 13 de abril de 2023]; 41(6): 551-554. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0387760418305278>
24. Thakkar K, Maricich SM, Alper G. Acute Ataxia in Childhood: 11-Year Experience at a major pediatric neurology referral center. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2023]; 31(9): 1156-1160. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073816643407>
25. O'Neill KA, Polavarapu A. Acute cerebellar ataxia associated with COVID-19 infection in a 5-year-old boy. *Child Neurology Open* [Internet]. 2021 [citado 11 de abril de 2023]; ;8:2329048X211066755. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2329048X211066755>
26. Chattopadhyay S, Sengupta J, Basu S. Post-infectious cerebellar ataxia following COVID-19 in a patient with epilepsy. *Clinical and Experimental Neuroimmunology* [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 13(4): 323–325. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cen3.12700>
27. Akçay N, Oğur M, Emin Mementoğlu M, İrem Sofuoğlu A, Boydağ Güvenç K, Bakirtaş Palabiyik F, Figen MD, Şevketoğlu, Esra MD. Acute cerebellitis in MIS-C: a case report. *The Pediatric Infectious Disease Journal* [Internet]. 2022 [citado 13 de abril de 2023]; 41(1): e16-8. Disponible en: https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2022/01000/Acute_Cerebellitis_in_MIS_C_A_Case_Report.23.aspx
28. Gupta S, Biswas A, Chandra A, Ray BK, Dutta A, Pandit A. Post-Varicella Neurological complications: a preliminary observation from a tertiary care

- center of eastern India. *Annals of Indian Academy of Neurology* [Internet]. 2022 [citado 14 de abril de 2023]; 25(2): 207-213. Disponible en: https://journals.lww.com/annalsofian/fulltext/2022/25020/post_varicella_neurological_complications_a.12.aspx
29. Arya V, Gehlawat VK, Singh A, Mittal K, Kaushik JS. Acute cerebellitis as a rare treatable cause of obstructive hydrocephalus. *Journal of Pediatric Neurosciences* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 14(3): 162-164. Disponible en: https://journals.lww.com/jopn/fulltext/2019/14030/acute_cerebellitis_as_a_rare_treatable_cause_of.12.aspx
30. Drapkin Z, Szadkiewski MA, Plumb J, Caravati EM. Acute cerebellitis in a 5-year-old child. *Pediatric Emergency Care* [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2023]; 34(9): e175-7. Disponible en: https://journals.lww.com/pec-online/citation/2018/09000/acute_cerebellitis_in_a_5_year_old_child.23.aspx
31. Goethe EA, LoPresti M, Bertot B, Lam S. Cerebellitis as a neurosurgical disease in pediatrics. *Journal of Clinical Neuroscience* [Internet]. 2021 [citado 11 de abril de 2023]; 85: 57-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0967586820317070>
32. Yildirim M, Gocmen R, Konuskan B, Parlak S, Yalnizoglu D, Anlar B. Acute cerebellitis or postinfectious cerebellar ataxia? clinical and imaging features in acute cerebellitis. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2023]; 35(6): 380-388. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073820901407>
33. García-Iñiguez JP, López-Pisón FJ, Madurga Revilla P, et al. Acute cerebellitis in paediatric patients: our experience. *Neurologia (Engl Ed)* [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2023]; 34(5): 291-299. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485317300294>
34. Yildirim M, Gocmen R, Konuskan B, Parlak S, Yalnizoglu D, Anlar B. Acute cerebellitis or postinfectious cerebellar ataxia? clinical and imaging features in acute cerebellitis. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2023]; 35(6): 380-388. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073820901407>
35. Desai J, Mitchell WG. Acute cerebellar ataxia, acute cerebellitis, and opsoclonus-myoclonus syndrome. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2012 [citado 11 de abril de 2023]; 27(11):1482-1488. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073812450318>

36. Desai J, Mitchell WG. Acute cerebellar ataxia, acute cerebellitis, and opsoclonus-myoclonus syndrome. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2012 [citado 11 de abril de 2023];27(11):1482-1488. doi:10.1177/0883073812450318 Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073812450318>
37. Akçay N, Oğur M, Emin Mementoğlu M, İrem Sofuoğlu A, Boydağ Güvenç K, Bakirtaş Palabiyik F, Şevketoğlu E. Acute Cerebellitis in MIS-C: A Case Report. *The Pediatric Infectious Disease Journal* [Internet]. 2022 [citado 11 de abril de 2023]; 41(1): e16-e18. PMID: 34596624; PMCID: PMC8658064. Disponible en: https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2022/01000/Acute_Cerebellitis_in_MIS_C_A_Case_Report.23.aspx
38. Emelifeonwu JA, Shetty J, Kaliaperumal C, Gallo P, Sokol D, Soleiman H, Kandasamy J. Acute cerebellitis in children: a variable clinical entity. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2018 [citado 11 de abril de 2023]; 33(10):675-684. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073818777673>
39. Sawaishi Y, Takada G. Acute cerebellitis. *Cerebellum* [Internet]. 2002 [citado 11 de abril de 2023]; 1: 223–228. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1080/14734220260418457>
40. Amador N, Scheithauer BW, Giannini C, Raffel C. Acute cerebellitis presenting as tumor. Report of two cases. *Journal of Neurosurgery* [Internet]. 2007 [citado 11 de abril de 2023]; 107(1) (Suppl): 57–61. Disponible en: [https://thejns.org/configurable/content/journals\\$002fj-neurosurg-pediatr\\$002f107\\$002f1\\$002farticle-p57.xml?t:ac=journals%24002fj-neurosurg-pediatr%24002f107%24002f1%24002farticle-p57.xml&t:ac=journals%24002fj-neurosurg-pediatr%24002f107%24002f1%24002farticle-p57.xml](https://thejns.org/configurable/content/journals$002fj-neurosurg-pediatr$002f107$002f1$002farticle-p57.xml?t:ac=journals%24002fj-neurosurg-pediatr%24002f107%24002f1%24002farticle-p57.xml&t:ac=journals%24002fj-neurosurg-pediatr%24002f107%24002f1%24002farticle-p57.xml)
41. De Bruecker Y, Claus F, Demaerel P, et al. MRI findings in acute cerebellitis. *European Radiology* [Internet]. 2004 [citado 11 de abril de 2023]; 14(8): 1478–1483. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00330-004-2247-y>
42. Adachi M, Kawanami T, Ohshima H, Hosoya T. Cerebellar atrophy attributed to cerebellitis in two patients. *Magnetic Resonance in Medical Sciences* [Internet]. 2005 [citado 11 de abril de 2023]; 4(2): 103–107. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/mrms/4/2/4_2_103/article/-char/ja/

43. Kamate M, Chetal V, Hattiholi V. Fulminant cerebellitis: a fatal, clinically isolated syndrome. *Pediatric Neurology* [Internet]. 2009 [citado 11 de abril de 2023]; 41(3): 220–222. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887899409001647>
44. Shiihara T, Kato M, Konno A, Takahashi Y, Hayasaka K. Acute cerebellar ataxia and consecutive cerebellitis produced by glutamate receptor delta2 autoantibody. *Brain and Development* [Internet]. 2007 [citado 11 de abril de 2023]; 29(4): 254–256. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0387760406002117>
45. Levy EI, Harris AE, Omalu BI, Hamilton RL, Branstetter BF IV, Pollack IF. Sudden death from fulminant acute cerebellitis. *Pediatric Neurosurgery* [Internet]. 2001 [citado 11 de abril de 2023]; 35(1): 24–28. Disponible en: <https://karger.com/pne/article-abstract/35/1/24/275903/Sudden-Death-from-Fulminant-Acute-Cerebellitis?redirectedFrom=fulltext>
46. Hennes E, Zotter S, Dorninger L, Hartmann H, Häusler M, Huppke P, Jacobs J, Kraus V, Makowski C, Schlachter K, Ulmer H, van Baalen A, Koch J, Gotwald T, Rostasy K. Long-term outcome of children with acute cerebellitis. *Neuropediatrics* [Internet]. 2012 [citado 11 de abril de 2023]; 43(5): 240–248. Disponible en; <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1324732>
47. Yiş U, Kurul SH, Cakmakçı H, Dirik E. Acute cerebellitis with cerebellar swelling successfully treated with standard dexamethasone treatment. *Cerebellum* [Internet]. 2008 [citado 11 de abril de 2023]; 7(3): 430–432. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12311-008-0045-9>
48. De Ribaupierre S, Meagher-Villemure K, Villemure JG, Cotting J, Jeannet PY, Porchet F, Roulet E, Bloch J. The role of posterior fossa decompression in acute cerebellitis. *Child's Nervous System*. 2005 [citado 11 de abril de 2023]; 21(11): 970–974. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00381-005-1176-7>

El artículo que se publica es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Anatomía Digital**.



El artículo queda en propiedad de la revista y, por tanto, su publicación parcial y/o total en otro medio tiene que ser autorizado por el director de la **Revista Anatomía Digital**.



Indexaciones

