

## Medicina Crítica

### Critical Medicine

#### MC-1

#### EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL CONTROL DE LA TEMPERATURA EN PACIENTES SÉPTICOS MAYORES DE EDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y META ANÁLISIS

**RUBIO RIVERA MANUELA, MORANTES CABALLERO JAIRO ALBERTO, SAAVEDRA TRUJILLO CARLOS HUMBERTO.**

*Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Medicina Interna. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La sepsis es un problema de salud pública a nivel mundial, con alto impacto en morbilidad y mortalidad y explica aproximadamente 74% de los casos de fiebre en pacientes hospitalizados. Se han desarrollado estrategias para disminuir el impacto negativo de esta patología en los pacientes críticos, pero no hay claridad si el manejo de la temperatura tiene algún grado de impacto. El objetivo de este estudio fue determinar si el control de la temperatura afecta la mortalidad del paciente críticamente enfermo con sepsis, realizando una revisión sistemática de la literatura disponible y análisis cuantitativo de esta.

**Diseño.** Revisión sistemática de la literatura y meta análisis.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática tipo meta análisis, se incluyeron ensayos clínicos que evaluaban el control de la temperatura en pacientes sépticos en cuidados intensivos (UCI) y que además incluían mortalidad como parte de los desenlaces. Se revisó literatura en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y SciELO.

**Resultados.** La búsqueda arrojó 3527 resultados, de los cuales 9 artículos fueron incluidos para el análisis. No se encontró impacto del control de la temperatura en la mortalidad de los pacientes OR 0.89 (IC 95% [0.68-1.15]), sin embargo, en el subgrupo donde se usó control físico el resultado con respecto a mortalidad fue estadísticamente significativo OR 0.47 (IC 95% [0.25-0.86]). Hubo diferencia estadísticamente significativa para el inicio de terapia de reemplazo renal por primera vez, favoreciendo a los pacientes tratados OR 0.43 (IC 95% [0.23-0.80]). No se encontró diferencia en los días de estancia en cuidados intensivos.

**Conclusiones.** El control de la temperatura en pacientes sépticos en UCI no disminuye la mortalidad, pero disminuye el requerimiento de terapia de reemplazo renal por primera vez.

## MC-2

### UTILIDAD PRONÓSTICA DE LOS GASES ARTERIALES EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

**ERICK CARDONA, JOSÉ GUILLERMO RUIZ, CARMELO ESPINOSA.**

*Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** En el tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo la hipoxemia es un factor independiente de mortalidad, los mecanismos fisiopatológicos más importantes para el desarrollo de la hipoxemia son la transferencia de oxígeno y la relación ventilación perfusión en la membrana alveolo capilar. Con el cálculo de la relación arterio-alveolar de oxígeno ( $a/AO_2$ ) y la diferencia alveolo arterial de oxígeno (DA-aO<sub>2</sub>) mediante toma de gases arteriales se puede estimar la transferencia de oxígeno desde el alveolo hasta el capilar pulmonar, se pretende describir el impacto pronóstico de estas variables en pacientes adultos con TEP agudo.

**Diseño y métodos.** Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes con TEP agudo admitidos al Hospital Universitario Nacional de Colombia; se realizó el estudio estadístico para establecer el rendimiento pronóstico de la DA-aO<sub>2</sub> y la  $a/AO_2$  en pacientes con TEP agudo mediante análisis univariado, multivariado y áreas bajo la curva relacionadas con el desenlace compuesto de muerte y/o necesidad de admisión en unidad de cuidados intensivos.

**Resultados.** En total 95 pacientes con diagnóstico de TEP agudo, 58% fueron mujeres, 5% fallecieron y el 30% requirió manejo en unidad de cuidados intensivos; en el análisis estadístico se encontró que la  $a/AO_2$  y DA-aO<sub>2</sub> fueron variables independientes para predecir el desenlace compuesto, con un área bajo la curva para ambas variables del 85%

**Conclusiones.** En pacientes adultos con TEP agudo la disminución de la  $a/AO_2$  o el aumento de la DA-aO<sub>2</sub> se relaciona con el desenlace compuesto de mortalidad intrahospitalaria y/o necesidad de ingreso a unidad de cuidados intensivos; el cálculo de dichas variables es de fácil realización y puede ser realizado a partir de una muestra de gases arteriales

## MC-3

### MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN SÍNDROME DE EMBOLISMO GRASO: REPORTE DE CASO

PINTO DIEGO, OSPINA FABER.

*Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de embolismo graso (SEG) es una entidad infrecuente, con incidencia en traumatismos del 1-2%, siendo mayor en fracturas femorales (4-7%). No se cuenta con una prueba específica para realizar el diagnóstico, éste se logra a través de manifestaciones clínicas y estudio de imágenes radiológicas.

**Diseño y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Paciente masculino de 35 años, en accidente de tránsito sufre trauma en pierna derecha con fractura de tibia. Ortopedia considera fractura inestable que requiere manejo quirúrgico. 12 horas posterior al accidente, presenta desorientación y desaturación. Gases arteriales con hipoxemia, tomografía axial de cráneo y angio-tomografía de tórax normales. Paciente persiste con deterioro neurológico. Se ordena resonancia cerebral la cual reporta múltiples focos puntiformes con restricción a la difusión cortical, subcortical, periventricular y ganglio basal compatible con lesiones isquémicas con lo cual se diagnostica síndrome de embolia grasa. Es llevado a cirugía, realizan fijación externa de la tibia. No se logra liberación de la ventilación mecánica por compromiso neurológico. Paciente con hospitalización prolongada. Al egreso, con compromiso para realizar actividades básicas.

**Conclusiones.** La presentación más frecuente del SEG es la forma subaguda que se presenta en traumatismos, con un pico de las 48-72 horas. La triada clásica del SEG incluye hipoxemia, confusión y erupción petequial. Los síntomas respiratorios predominan en el 90%, siendo la insuficiencia respiratoria la primera causa de muerte. La tomografía de alta resolución es la imagen de elección con sospecha de SEG (opacidades en vidrio esmerilado). La resonancia magnética es el estudio más sensible para el SEG cerebral (lesiones hiperintensas). Las alteraciones en la resonancia pueden aparecer a la hora de inicio de síntomas. No existe tratamiento específico; el manejo de soporte es la principal terapia

## MC-4

### RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES EN CUIDADO CRÍTICO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

MONTES JUAN, ALVARADO DANIEL, CARABALLO KAREN, ARAUJO KARINA, MIRANDA PABLO, ARIZA AMAURY.

*ESE-Hospital Universitario de Cartagena. Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** Una gran proporción de los pacientes que ingresan a la unidad de terapia intensiva tienen algún grado de malnutrición. El objeto de la presente investigación es cuantificar la asociación que existe entre la malnutrición y mortalidad de pacientes admitidos en la unidad de terapia intensiva.

**Método.** Estudio de tipo cohorte prospectiva en pacientes ingresados a la unidad de cuidados críticos

**Resultados.** Se incluyeron 111 pacientes. La media de edad fue  $50.3 \pm 21.1$  años y 53.1% (59) eran de sexo masculino. La media de los niveles de albumina sérica al ingreso fue de  $2.2 \pm 0.6$  g/dl y el 58.5% (65) de los pacientes tenían niveles de albumina sérica  $\leq 3.5$  g/dl. El 11.7% (13) de los pacientes tuvieron alto riesgo según NUTRIC SCORE. La media del SOFA SCORE fue  $5.0 \pm 4$  puntos para una media de riesgo de mortalidad de  $9.3 \pm 17.3\%$ . La media del APACHE II SCORE fue de  $27.6 \pm 16.0$  puntos. Los niveles de albumina sérica  $\leq 3.5$  g/dl al ingreso se relacionó significativamente con el puntaje de APACHE SCORE ( $18.9 \pm 9.5$  vs  $14.9 \pm 10.5$ ,  $p 0.04$ ). Los niveles de albumina sérica  $\leq 3.5$  g/dl al ingreso no se relacionó significativamente con alto riesgo según NUTRIC SCORE ( $p 0.55$ ), puntaje SOFA SCORE ( $5.3 \pm 4.0$  vs  $4.5 \pm 4.1$ ,  $p 0.36$ ) y estancia hospitalaria ( $6.7 \pm 12.2$  vs  $3.9 \pm 2.4$ ,  $p 0.15$ ). La media de la estancia en UCI fue de  $5.6 \pm 9.6$  días. La estancia hospitalaria fue mayor en los pacientes con SOFA SCORE  $\geq 5$  puntos ( $8.1 \pm 5.2$  vs  $4.1 \pm 2.6$ ,  $p 0.04$ ). No hubo diferencias significativas en los tiempos de estancia entre los pacientes con bajo y alto riesgo según NUTRIC SCORE ( $3.3 \pm 1.9$  días vs  $5.8 \pm 10.1$  días,  $p 0.42$ ) y APACHE II SCORE  $\geq 10$  puntos ( $6.6 \pm 11.6$  vs  $3.5 \pm 2.0$ ,  $p 0.13$ ).

**Conclusiones.** El 19.8% (22) de los pacientes fallecieron. La mortalidad se relacionó significativamente con alto riesgo según NUTRIC SCORE (53.8% (7) vs 46.1% (6),  $p 0.01$ ), SOFA SCORE  $\geq 5$  puntos (81.8% (18) vs 18.1% (4),  $p < 0.001$ ) y APACHE II SCORE  $\geq 10$  puntos (95.4% (21) vs 4.5 (1),  $p 0.003$ ).

## MC-5

### NEUMOTÓRAX ESPONTANEO BILATERAL Y MIASTENIA GRAVIS: UNA RELACIÓN INFRECUENTE

**DUEÑAS-CASTELL CARMELO, RAMOS ALFONSO, RODRÍGUEZ-YANEZ TOMAS.**

*Unidad de Cuidados Intensivos Gestión Salud. Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune rara. Una crisis miasténica pone en peligro la vida y puede requerir ventilación mecánica (VM). La gestión de la VM junto con los medicamentos (inhibidores de la colinesterasa) pueden favorecer el desarrollo de barotrauma. Se presenta el primer caso descrito en la literatura moderna de cuidados intensivos de esta relación.

**Diseño y métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Femenina de 18 años, diagnóstico de MG, ingresa por disnea y debilidad muscular progresiva de cuatro extremidades. Signos vitales: TA 110/60 mmHg, FC 58 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto. Al examen neurológico fuerza muscular 3/5 en cuatro extremidades, resto de examen anodino; configurando diagnóstico de crisis miasténica Osserman III, se instaura manejo con azatioprina, esteroides y piridostigmina 60 mg cada 4 horas. Se traslada a cuidados intensivos, donde requiere inicio de VM, paralelamente en tratamiento con sesiones de recambio plasmático, con evolución favorable de debilidad neuromuscular. Se inicia proceso de retiro de VM, con progresión lenta y deterioro en mecánica ventilatoria, enfisema palpable a nivel cervical, radiografía de tórax control y posterior tomografía de tórax documentan enfisema severo de los tejidos blandos de la pared torácica, neumotórax bilateral, neumomediastino con atelectasias laminares derechas. Se ajustan parámetros ventilatorios, se reduce dosis de inhibidores de la colinesterasa, se agregan anticolinérgicos inhalados y se realiza toracostomía cerrada bilateral. Presenta evolución favorable, amerita traqueostomía por VM prolongada logrando retiro de la misma, siendo egresada de la unidad para seguimiento por neurología.

**Conclusiones.** El desarrollo de neumotórax espontaneo en pacientes con miastenia gravis en VM puede estar favorecido por las dosis elevadas de inhibidores de la colinesterasa, los cuales podrían elevar las presiones en las vías aéreas, asociados al manejo de la ventilación mecánica son adyuvantes en el desarrollo de barotrauma, como en efecto ocurrió en el caso descrito.

## MC-6

### MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

**BORRE-NARANJO DIANA, BASTIDAS MELISSA, RODRÍGUEZ-YÁNEZ TOMÁS, ALMANZA-AMILKAR, DUEÑAS-CASTELL CARMELO.**

*Unidad de Cuidados Intensivos Gestión Salud. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** La miocardiopatía periparto (MCPPP) es una forma rara de miocardiopatía dilatada de origen desconocido. Se presenta hacia el final del embarazo o durante el puerperio y se asocia con alta morbilidad y mortalidad. Los síntomas de presentación más comunes de la MCPPP incluyen disnea, edema periférico y fatiga, síntomas frecuentes al final del embarazo, por lo cual requiere alta sospecha clínica para evitar un diagnóstico muchas veces tardío.

**Diseño y métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Femenina de 41 años, embarazo de 40 semanas, sin comorbilidades previas, ingresa al servicio de urgencias por ruptura prematura de membranas, desarrollando durante proceso de inducción del parto disnea. Signos vitales: FC 160 latidos/minuto, presión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia respiratoria de 28/min y saturación de oxígeno 79% con FIO<sub>2</sub> 80%. La auscultación del tórax reveló estertores crepitantes bilaterales y sibilancias, se verifica frecuencia cardíaca fetal 141 latidos/minuto, gases arteriales con hipoxemia severa. No se logran alcanzar adecuados parámetros de oxigenación por lo cual se inicia soporte ventilatorio invasivo y traslado a UCI. Se inicia ventilación mecánica con parámetros altos, PEEP 12 y FIO<sub>2</sub> 100%. Desarrolla hipotensión refractaria con requerimiento de soporte vasopresor, realizándose cesárea de emergencia. Se guía tratamiento mediante monitoreo mínimamente invasivo, predominando perfil hemodinámico de bajo gasto y edema pulmonar, siendo tratada con diuréticos, inotrópico (milirinone) y noradrenalina. Su ecocardiograma informa cardiopatía dilatada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida (25%) e insuficiencia mitral leve. Péptido natriurético cerebral (BNP) 1500 pg/dl. Se ajusta terapia farmacológica al confirmar diagnóstico de MCPPP (IECA, furosemida, bromocriptina, metoprolol succinato y espironolactona), se logra extubación y egreso a sala general.

**Conclusiones.** La MCPPP es poco frecuente. No obstante, su incidencia puede aumentar asociada a nuevas herramientas diagnósticas e incremento en la sospecha clínica ante la aparición de signos y síntomas de falla cardíaca en gestantes.

## MC-7

### ÍNDICE DE CHOQUE COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO, EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

**COGOLLO-MARYSABEL, ROJAS-JOSÉ, LÓPEZ-CARLOS, RAMOS-ENRIQUE, RODRÍGUEZ-ROSANA, HERNÁNDEZ-MAIRA, NIEBLES-MARÍA.**

*Universidad de Cartagena. Clínica Gestión Salud, Cartagena. Hospital la Divina Misericordia. Magangué. Colombia.*

**Introducción.** El índice de choque (IC) relaciona la frecuencia cardíaca (FC) con la presión arterial (PA) sistólica, es predictor de mortalidad, en trauma y choque hemorrágico obstétrico, con pocos estudios en sepsis. El objetivo de este trabajo, es determinar el valor pronóstico del IC al ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) en pacientes con sepsis y choque séptico, para mortalidad hospitalaria (MH) y correlacionar sus valores con el lactato.

**Diseño.** Estudio prospectivo-analítico, multicéntrico, tipo prueba diagnóstica.

**Métodos.** Incluimos adultos, con sepsis y choque séptico, de tres UCIs del departamento Bolívar, durante 15 meses; excluimos aquellos con comorbilidades que afectara la FC o PA (hipertensión, arritmias, uso de dispositivos cardíacos), enfermos terminales, postquirúrgicos, inmunodeprimidos, embarazadas, remitidos o con estancia >48 horas. Establecimos el mejor punto de corte del IC para MH, calculamos sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo (VP) negativo (VPN), VP positivo (VPP) y área bajo la curva (AUC). Utilizamos el coeficiente de Spearman (CS), para la correlación con el lactato.

**Resultados.** 221 pacientes cumplieron criterios de inclusión, al aplicar los de exclusión, 40 finalmente ingresaron al estudio, con 25% muertes. Para MH: el IC >0.9 tuvo S=90% (IC95%: 55.5-98.3), E=56.6% (IC95%: 37.4-74.5), VPN=94.4%, VPP=40.9% y AUC=0.717 (IC95%: 0.552-0.847, p<0.05). El CS entre el IC y lactato fue=0.416 (IC95%: 0.121-0.644, p=0.0093).

**Conclusiones.** El IC es una herramienta sencilla y económica, que puede utilizarse para predecir mortalidad en sepsis. En nuestro estudio, encontramos alta S y elevado VPN, con buena discriminación, y correlación positiva con el lactato. Se requieren estudios con mayor poder estadístico para confirmar estos resultados.

## MC-8

### SÍNDROME DE HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO RETO DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO E INFECTADO, REPORTE DE CASO HOSPITAL SANTA CLARA - BOGOTÁ.

A CORTÉS BRAVO, G ORTIZ, A LARA, M GARAY.

*Unidad de cuidados intensivos, E.S.E. Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de hemorragia alveolar difusa (SHAD) es el conjunto de signos clínicos consistentes en hemoptisis, infiltrados pulmonares y descenso en la hemoglobina; sienten el abordaje complejo y minucioso, puesto que la triada de presentación es infrecuente, siendo entonces la hemoptisis una manifestación de enfermedad sistémica que puede catalogarse como pulmonar, infecciosa, autoinmune o anexa a medicamentos. **Objetivo.** Analizar los conceptos básicos del síndrome de hemorragia alveolar en diferentes contextos patológicos coexistentes en un paciente, desde el punto de vista clínico, diagnóstico y terapéutico con base a la descripción de un caso clínico

**Diseño y métodos.** Presentación de caso.

**Resultados.** Paciente masculino de 19 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico diagnosticado hace 8 años, nefritis lúpica clase IV, Síndrome antifosfolípido y endocarditis de Libmann Sacks con daño valvular que requirió de reemplazo quirúrgico valvular mecánico mitral, en tratamiento con Eculizumab, prednisolona y antihipertensivo. Se hospitaliza en UCI Hospital Santa Clara por presentar cuadro de 1 mes de evolución consistente en fiebre, disminución de la clase funcional, disnea y expectoración hemoptoica, con falla ventilatoria hipoxémica y requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Al ingreso con INR que sugiera sobre anticoagulación, corregido, sin embargo paciente con evolución tórpida dada persistencia de inestabilidad y patrón respiratorio. Dentro de abordaje diagnóstico se consideró como diagnósticos diferenciales la hemorragia correspondía a una manifestación infecciosa bacteriana vs tuberculosis, por inmunosupresión y respuesta inflamatoria sistémica, se consideró como manifestación de autoinmunidad en marco de enfermedad de base, lupus eritematoso sistémica, como posibilidad de síndrome hemolítico urémico atípico como manifestación de microangiopatía trombótica

**Conclusiones.** El síndrome de hemorragia alveolar difusa es una entidad de presentación clínica severa que se asocia con alta mortalidad. Múltiples causas pueden ser causantes de hemorragia pulmonar, no solo las asociadas a vasculitis, siendo necesario una adecuada aproximación diagnóstica para determinar el mejor enfoque terapéutico. Es importante en primera instancia determinar el estado inmunológico del paciente. Debemos entonces establecer o sospechar la presencia de inmunocompromiso, pues esta condición, implica otras causas de hemorragia alveolar, específicamente de origen infeccioso.

## MC-9

### SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO EN UN PACIENTE CON NEUMONÍA VIRAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA

ROMERO ROJAS SANTIAGO.

*Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** El Síndrome de dificultad respiratoria del adulto es una patología inflamatoria pulmonar que se manifiesta como un trastorno de oxigenación severo; generando falla ventilatoria y confiriendo mortalidad de alrededor del 40 %. Pocas medidas terapéuticas han demostrado mejorar mortalidad y su abordaje en cuanto al diagnóstico y tratamiento sigue siendo controversial. Se describe un caso de Síndrome de dificultad respiratoria del adulto; enfatizando en los ejes diagnósticos y terapéuticos más relevantes.

**Diseño y métodos.** Presentación del caso.

**Resultados.** Se trata de un paciente remitido al Hospital Santa Clara, proviniendo de otra institución donde tras infección respiratoria aguda de origen viral (nexo epidemiológico y notificación establecida) presenta falla ventilatoria hipoxémica; requiriendo ventilación mecánica invasiva, presenta opacidades en cuatro cuadrantes, conformando el diagnóstico de Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Tras ello se describe el abordaje terapéutico que se implementó y finalmente se realiza una discusión respecto al diagnóstico y las herramientas con su evidencia respectiva para el tratamiento de dicha entidad. El paciente se diagnosticó con los criterios de la sociedad Americana y Europea de SDRA, se instauró tratamiento antiviral con Oseltamivir; se realizó bloqueo neuromuscular con altas dosis de cisatracurio según la evidencia clínica<sup>3</sup> y se pronosticó como es descrito en los estudios respectivos<sup>4</sup>; tras implementación de dichas medidas, mejoró parcialmente los parámetros ventilatorios, sin embargo posterior a ello presentó falla multiorgánica y falleció.

**Conclusiones.** El Síndrome de dificultad respiratoria del adulto sigue siendo una entidad que conlleva alta mortalidad en nuestro medio; es indispensable realizar el diagnóstico prontamente e instaurar las medidas que han demostrado desenlaces clínicos favorables en los pacientes.

## MC-10

### ENCÉFALO – MIELITIS AGUDA DESMIELINIZANTE (ADEM) POST VACUNAL.

**PANETTA EZEQUIEL, VASTA LEONARDO, BADINO JUSTINA, ROJAS ELKIN, RODRIGUEZ MACIAS MARIA ELIZABETH, SALAZAR ARANCIBIA MELODY, VALLEJOS ALVAREZ ALFREDO, FIERRO PIEDRAHÍTA RÓMULO, SIMULA SILVINA, MATAMALA JONATAN, ANGIOÑO MARIA ANTONELA.**

*Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield. Servicio Terapia Intensiva.*

**Introducción.** La ADEM es una enfermedad desmielinizante e inflamatoria, de presentación aguda o subaguda monofásica, que afecta el sistema nervioso central (SNC) y medula espinal, de etiología post-infecciosa o post-vacunal por virus atenuado, usualmente sarampión, con incidencia de 1-2 casos por millón de vacunas aplicadas, principalmente en niños.

**Diseño y métodos.** Presentación de caso.

**Resultados.** Mujer de 38 años de edad que ingresa a unidad de cuidados intensivos en contexto de cefalea pulsátil occipital, hemiplejía braquio-crural izquierda, progresando a las 72 horas a paraplejía y posterior cuadriplejía, con requerimiento de ventilación mecánica. Sin virosis en último mes. Recibe vacuna triple viral (MMR – Measles, Mumps, Rubella) 14 días antes de comenzar el cuadro. Interpretada inicialmente como Síndrome de Guillan Barré (SGB), recibió Inmunoglobulinas, corticoterapia y soporte hemodinámico. Se reciben los siguientes resultados: LCR: PCR Parotiditis, HSV 1/2, enterovirus, CMV, EBV, VZV, Zika, Chikungunya, arbovirus y Virus de San Luis: negativos. VDRL, HIV negativos. Parotiditis IgM negativa, IgG positiva. Anticuerpos anti-glicoproteína 1, ANCA, anti-mieloperoxidasa y anti-proteinasa 3, FAN, anti-DNA, anti-cardiolipina y anti-glicoproteína-1: negativos. Anti-gangliósidos negativos. Bandas oligoclonales: perfil normal u oligoclonal en LCR y suero. -RMN de encéfalo: lesiones focales inespecíficas que realzan con contraste en tronco de encéfalo y médula espinal. Mejora parámetros ventilatorios y es destetada (30 días) con traqueostomía. Recupera progresivamente motricidad, pudiendo caminar a los 60 días, en que es dada de alta. A los 60 días del alta presenta buena función motora y ventilatoria.

**Conclusiones.** Debido a la evolución clínica, remisión de síntomas neurológicos y hallazgos imagenológicos acompañados de altos títulos de anticuerpos para sarampión y habiéndose excluido patologías desmielinizantes como esclerosis múltiple, SGB mediante pruebas inmunológicas negativas y frente a remisión de hallazgos neurológicos, antecedente vacunal y hallazgos imagenológicos compatibles con lesiones desmielinizantes, se considera evidencia importante para el diagnóstico de ADEM.