Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1447

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1425 - ¿PARESTESIAS INESPECÍFICAS?

L. Monteagudo González[a], J. Aracil Fernández[b], M.D. Vásquez García[c], P. Lázaro Argües[a], C. Flores Álvarez[d], A.D. Branchina Núñez[e], L.M. González[f], N. Martínez Navarro[g], A.I. Ortega Requena[h] y M. Pons Claramonte[i]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Calasparra. Murcia. [c]Médico de Familia. Consultorio Barrio del Progreso. Murcia. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. [f]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. [g]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. [h]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [i]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años, sin antecedentes personales de interés, excepto riñón único por agenesia, consulta por sensación de “adormecimiento” de falanges distales de 1er y 2º dedo de mano izquierda en región palmar, desde hace 2 semanas. Tras exploración anodina, se indica observación volviendo a consultar si no mejoría o empeoramiento. Al mes acude a consulta refiriendo mejoría; pero cuenta episodio de mareo con giro de objetos, acompañada de nauseas y vómitos, cediendo sólo a las 24 horas. Continuó 15 días después con sensación de vértigo ocasional y alteración de los sabores al comer. Por lo que se solicita RNM, ante la alta sospecha clínica, observándose lesiones compatibles con esclerosis múltiple y procediendo a su ingreso hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA: 116/72, FC: 85, Tª: 36,5º. Exploración por aparatos: sin alteraciones significativas. Exploración neurológica: funciones superiores y lenguaje conservados; pares craneales normales. Motor: conservado. Reflejos osteotendinosos tricipitales débiles, rotuliano izquierdo vivo, aquíleos débiles, resto normal. Reflejos abdominales abolidos en el lado derecho. Reflejo cutáneo plantar flexor. Sensibilidad algésica disminuida en MII y sensibilidad táctil y vibratoria disminuida en el pie derecho. Coordinación y equilibrio adecuados. No signos meníngeos. Análisis sanguíneo con bioquímica completa, hemograma, proteinograma y coagulación normales. Autoinmunidad y serologías negativas. Análisis de LCR (tras punción lumbar): bandas oligloconales IgG 5,57, resto normal. RM cerebral, médula cervical: Lesiones desmielinizante supratentorial, infratentorial y médula cervical, con signos de evolución aguda en dos lesiones infratentoriales y cuatro supratentoriales. Potenciales evocados SS: Incremento del tiempo de conducción entre la entrada del estímulo a nivel L5-S1 y córtex parietal contralateral. Resto normal. Potenciales evocados auditivos y visuales bilaterales con conducción adecuada.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple. Durante el ingreso la paciente presentó nuevos síntomas. Se administró metilprednisolona intravenosa quedando nuevamente asintomática. Actualmente,

pendiente de iniciar natalizumab, tras determinación de Ac antiJCV negativos, dada la presentación aguda y agresiva de la enfermedad en esta paciente.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades inflamatorias (lupus, Behçet, Sjögren, sarcoidosis, etc.), enfermedades infecciosas (Lyme, brucelosis, neurosífilis, asociada a HIV, etc.) enfermedades vasculares (ictus, malformaciones vasculares, etc.), enfermedades degenerativas y genéticas, enfermedades metabólicas/tóxicas (déficit de B12 o E, defecto adquirido de cobre, enfermedad de Fabry, enfermedad de Wilson, etc.) enfermedades neoplásicas (linfoma cerebral primario, síndromes paranoeplásicos y tumores del SNC), patología estructural (mielopatía cervical, malformación de Arnold-Chiari y siringomielia).

Comentario final: Cabe destacar la importancia de una alta sospecha clínica, no dejando pasar ningún síntoma por anodino que sea. Para ello, imprescindible la figura del médico de familia mediante observación, vigilancia y reevaluación continua de sus pacientes, buscando diagnostico y tratamiento precoces, que eviten el fatal desenlace de muchas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solà Valls N, Codas Campuzano JM, Grau Rivera O, et al. Esclerosis Múltiple. En: Saiz A, coordinador. Manual del Residente de Neurología. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2012. p. 493-502.

2. Olek MJ. Diagnosis of multiple sclerosis in adults. (abril 2015) http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-multiple-sclerosis-in-adults?source = search_result&search = diagnostico+diferencial+esclerosis+multiple&selectedTitle = 1~150

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.