



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



387/125 - ALTERACIÓN CONDUCTUAL Y DE LA MARCHA EN EL ADULTO JOVEN

A. Asturias Saiz¹, A. Casal Calvo², G. Rijo Nadal¹, J. Cepeda Blanco², A. Aldama Martín², N. Otero Cabanillas³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años que acude a consulta acompañado de sus padres por alteración de la conducta y de la marcha. Refieren dificultad para la deambulación con caídas frecuentes, alteraciones en el lenguaje (habla de cosas que no tienen sentido, responde de forma inadecuada), encontrándose hasta hace 2 meses asintomático. Lo encuentran distraído, desorganizado, con conductas impropias, y ha presentado cambios en el carácter (irritable, agresividad verbal, amenazante). AP: IABVD, fumador activo, consumo OH, cocaína y marihuana, IQ rodilla izquierda tras accidente de tráfico.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, NH, NP, NC, eupneico. ACP: rítmico, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, molestias en hemiabdomen derecho, sin masas ni megalias. EEII: no edemas ni signos de TVP. NRL: somnoliento, orientado en las tres esferas, bradipsíquico y bradilálico, lenguaje conservado. PICNR, no nistagmo. PPCC normales. No claudicación en Barré. Claudicación en Mingazzini de EID, siendo imposible realizarlo con la EII. Balance muscular 5/5. ROT conservados. Sensibilidad táctil, algésica y vibratoria conservadas. No disimetrías. Marcha en tándem inestable. Analítica: leucocitos: 4.600 (N: 2.700, L: 1.400, M: 300), Hb: 13,5 g/dL, Hto: 38,3%, VCM: 92 fL, plaquetas: 75.000, VSG: 42 mm, Glu: 66 mg/dL, urea: 27 mg/dL, creat: 0,70 mg/dL, FG: > 90 ml/min, ALT: 40 U/L, AST: 58 U/L, GGT: 46 U/L, FA: 63 U/L, Bil total: 0,4 mg/dL, LDH: 230 U/L, Proteínas: 8,2 g/dL, albúmina: 3,7 g/dL, calcio: 9 mg/dL, Na: 136 mEq/L, K: 3,9 mEq/L, PCR: 1/2.560. VIH: positivo, carga viral: 278.000 copias/mL. Hepatitis B: VHB HBsAg+, AntiHBc total+, AntiHBc IgM negativo, AntiHBs negativo, carga viral: 102.000 UI/mL. Negativo para VHC, VHD. Se deriva a consultas de Neurología, realizándose: TC y RM cerebral: afectación de la sustancia blanca infra y supratentorial y atrofia de predominio subcortical, compatible con encefalopatía/encefalitis por VIH. TC corporal: múltiples ganglios-adenopatías en torno a 1,2 cm laterocervicales bilaterales, submandibulares, triángulos anteriores y posteriores del cuello, supraclaviculares, axilares bilaterales. Ganglios hilio-mediastínicos, sin afectación pulmonar. Esplenomegalia. Múltiples ganglios en tronco celiaco, retroperitoneales paraaórticos izquierdos, preaórticos e inter-aortocava, acompañando a los vasos ilíacos y más significativos adyacentes a los vasos ilíacos externos e inguinales. Inmunidad celular: CD3: 84,72%, número absoluto CD3: 774 cel/uI, CD4: 7,72%, número absoluto CD4: 70 cel/uI, CD8: 73,53%, número absoluto CD8: 671 cel/uI, CD4/CD8: 0,1.

Juicio clínico: VIH C3. Trastorno neurocognitivo asociado a VIH. Hepatitis B crónica. Lúes

(probable neurosífilis).

Diagnóstico diferencial: Marcha espástica (parálisis cerebral, esclerosis múltiple). Marcha atásica (lesiones nervios periféricos/médula espinal, déficit VitB12, ACV, trastornos autoinmunes, enfermedades neurodegenerativas, alcohol). Enfermedad de Parkinson.

Comentario final: Casi el 50% de los nuevos diagnósticos de VIH son tardíos (CD4 < 350 cel/dL), por ello es fundamental la concienciación tanto de la población como de los profesionales sanitarios. Son enfermedades que se asocian a alta prevalencia de VIH: ITS, linfoma, displasia/cáncer anal/cervical, hepatitis B o C, síndrome mononucleósico, trombocitopenia/leucocitopenia idiopática, FOD. Otras patologías de menor prevalencia: mononeuritis, neuropatía periférica, demencia subcortical, enfermedad tipo esclerosis múltiple, linfadenopatía... El paciente inició tratamiento antirretroviral y penicilina ev durante 14 días. Presentó deterioro neurológico progresivo a expensas de una paraparesia no espástica, en relación con la infección activa por VIH, por lo que comenzó tratamiento rehabilitador. Al alta hospitalaria, persistía alteración del juicio social y de la memoria a corto plazo.

Bibliografía

Baker JM. Gait Disorders. Am J Med. 2018;131:602-7.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. 2014.