Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1414

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/482 - Una razón para quejarse

B. Sánchez García[a], J.I. Giménez[b], M.C. Quesada Martínez[c], D. Fernández Camacho[c], M. Almansa[c], P. Abellán García[d] y J.J. López Pérez[d]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. [c]Médico Residente de 2º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 36 años que acude a consulta de atención primaria en reiteradas ocasiones refiriendo dolor en mano derecha, cervicobraquialgia izquierda, rodillas junto a hormigueos en mano izquierda y planta del pie y calambres en miembros inferiores. No traumatismo previo pero si coincidía con realización de ejercicio físico e inicio de dieta hipocalórica. Dicha clínica termina por ocasionarle incapacidad laboral. Se solicita analítica y se inicia tratamiento con arcoxia inicialmente, luego se intensifica el tratamiento con urbasón 4 mg y zaldiar 37,5/325 mg por no mejoría, con la sospecha de patología reumática. Antecedentes personales: no alergias, no enfermedades conocidas ni tratamiento crónico.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes estables. Cabeza y cuello: pulsos carotídeos rítmicos y simétricos, no ingurgitación yugular. Normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni organomegalias. MM: articulaciones interfalángicas proximales y distales dolorosas, mínimo rebote patelar, lassegue y bragard negativos, no edemas ni signos trombosis venosa profunda, no pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Neurológico: No signos de focalidad neurológica ni signos de irritación meníngea, ROT normales. Analítica en consulta: bioquímica normal excepto PCR 0,1, FR 7 y VSG 5, En el servicio de urgencias y en planta: serologías, TC, estudio LCR (con bandas oligoclonales negativas), RM cerebral, lumbar y cervical, Potenciales evocados somatosensoriales, visuales y auditivos e IC a Oftalmología. Evolución: el paciente no acude a consulta para revisión por lo que se da el alta por incomparecencia, más tarde vemos que había acudido a urgencias precisando ingreso en Neurología por progresión de la clínica. Tras realizársele las pruebas complementarias pertinentes, es diagnosticado de probable esclerosis múltiple remitente recurrente comenzando tratamiento con IFN; en posteriores revisiones con resultados de algunas pruebas pendientes se confirma el diagnostico, con seguimiento semestral por Neurología. La evolución del paciente ha sido fluctuante, presentando brotes recurrentes en forma de hemisíndrome motor izquierdo con mioclonías ocasionales de dicho hemicuerpo y síntomas de vejiga hiperactiva con recuperación parcial en meses.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple remitente recurrente.

Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades desmielinizantes: neuromielitis óptica, enfermedades autoinmunes: lupus, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, síndrome antifosfolípido, sarcoidosis.

Comentario final: La esclerosis múltiple es un diagnóstico de exclusión, no somos capaces en el momento actual de dar un pronóstico fiable y el 50% casos de EM remitente recurrente pasarán a una forma secundariamente progresiva en 10 años. Debemos prestar una atención más estrecha al paciente que no acude a consulta, en los casos en los que haya síntomas de alerta/sospecha de alguna patología importante dificil de filiar, sin dejarnos llevar por la infravaloración en el momento de la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the Internacional Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol. 2001;50:121-7.

2. Dalton CM, Brex PA, Miszkiel KA, Hickman SJ, MacManus DG, Plant GT, et al. Application of the new McDonald Criteria to patients with clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis. Ann Neurol. 2002;52:47-53.

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