



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1451 - DOCTORA, NO SIENTO LAS PIERNAS

C. Pérez Peñarrubia^a, E. Sequeda Vázquez^a, M. Martínez Díaz^a, J. Ramos González^a, M. Rodríguez de Viguri Díaz^b y A. Martínez-Lozano Ordovás^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas. Como único antecedente presenta parto normal hace 3 meses y toma ocasional de diazepam para dormir. Acude a consulta porque desde hace 10 días presenta parestesias e hipoestesia que ha ido ascendiendo progresivamente por los MMII y que ahora mismo llega hasta surco submamario.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. MMII sin edemas ni lesiones. Pulsos presentes y simétricos. Sin signos de TVP ni de IVC. Neurológicamente presenta pupilas isocóricas y normorreactivas, MOEs conservados sin nistagmus, pares craneales preservados. Fuerza y tono normales. ROTs presentes y simétricos. RCPs flexores. Presenta hipoestesia desde los pies hasta el surco submamario, con sensibilidad dolorosa y vibratoria normales. Se remite a la paciente a consultas de Neurología. Hemograma y bioquímica normales. Punción lumbar con leucocitos 12/1l, proteínas 100 mg/dl, índice de IgG LCR elevado sin bandas oligoclonales. En la RM cerebral y de columna se observan múltiples lesiones en sustancia blanca supra e infratentoriales, en columna cervical y dorsal sugestivas de enfermedad desmielinizante.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren primario, poliarteritis nudosa, enfermedad de Behcet, sarcoidosis, encefalomielitis aguda diseminada, borreliosis, sida, paraparesia espástica tropical, leucoencefalopatía multifocal progresiva, neurosífilis, CADASIL, degeneración combinada subaguda.

Comentario final: La EM es una enfermedad crónica. Se produce una reacción inmunológica contra los oligodendrocitos, células formadoras de mielina a nivel del SNC, respetando el SNP. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes, siendo la causa más frecuente de discapacidad neurológica en adultos jóvenes. Se suelen detectar bandas oligoclonales de IgG en LCR, aunque no son patognomónicas. La forma evolutiva remitente-recurrente es la más frecuente y la que mejor responde al tratamiento inmunomodulador. Los síntomas sensitivos son los más frecuentes, seguidos de la neuritis óptica. El diagnóstico es clínico y requiere la existencia de criterios de diseminación temporal y espacial, que se evalúan con RM. Las pacientes embarazadas experimentan menor número de brotes durante la gestación y mayor número en los 3 primeros meses posparto.

Bibliografía

1. Amosa Delgado M. Manual CTO de Neurología y Neurocirugía, 9^a ed. Madrid. CTO editorial. 2014. p. 38-41.
2. Fernández Fernández Ó, Saiz Hinarejos A. Farreras-Rozman Medicina Interna.

Palabras clave: Esclerosis múltiple. Hipoestesia. Desmielinizante.