



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

242/4229 - UN DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

S. Paoli^a, C. de Prados González^b, C. Espín Giménez^c, R. Alcolea Garrido^d, M. Martínez Valero^e y C. Saavedra Menchón^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-Sur. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés, excepto osteoma de 14 mm dependiente de mastoides derecha. Desde julio de 2015 consultó en múltiples ocasiones con su médico de familia por molestias en oído derecho, siendo diagnosticada de otitis media aguda en varias ocasiones. En los meses sucesivos la paciente consultó varias veces, tanto en urgencias como en su centro de salud, por escasa mejoría a pesar del tratamiento indicado. Tras valoración por ORL que no objetivó patología que justificase las molestias refieridas, la paciente consultó nuevamente por dolor en zona laterocervical y mastoides derecha y por cefalea hemicraneal y molestias en zona periorbitaria derecha. Se decidió realizar interconsulta a Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Durante los 12 meses en los que la paciente fue diagnosticada y tratada por otitis media, la exploración física evidenciaba en varias ocasiones tapón de cerumen, signo del trago negativo y conducto auditivo externo levemente hipermeico, sin supuración. El cultivo ótico resultó negativo. La exploración neurológica en el centro de salud, en urgencias y en las consulta de Neurología resultó normal, excepto hipoalgesia facial. La RMN solicitada en Neurología evidenció lesiones supra e infratentoriales hiperintensas de probable etiología desmielinizante, confirmadas en una segunda RMN. La prueba de potenciales evocados visuales evidenció una conducción de ambos nervios ópticos normal. La analítica general, incluyendo proteinograma, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, autoinmunidad y estudio de coagulación, resultó normal. Serología negativa. El estudio del LCR también resultó normal.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple recurrente-remitente.

Diagnóstico diferencial: Otitis de repetición, cefalea, osteoma de mastoides, esclerosis múltiple.

Comentario final: La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante que puede presentarse con mucha variabilidad clínica. En este caso el osteoma y la clínica inespecífica de la paciente, sugestiva de otitis, dificultaron el diagnóstico diferencial; solo con la aparición de síntomas como cefalea, hipoestesia facial y molestias perioculares se instauró la sospecha clínica de esclerosis múltiple. Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, son de utilidad en el diagnóstico diferencial los criterios de McDonald y la realización de pruebas complementarias como la RMN.

Bibliografía

1. McDonald WI. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol.* 2001;50(1):121-7.
2. Martínez-Altarriba. A review of multiple sclerosis (2). Diagnosis and treatment. *Semergen.* 2015;41(6):324-8.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple. Otitis repetición. Osteoma.