

347/4215 - DOCTORA, NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS

A. García Vélez^a, J. Almenara Abellán^b y Á. Navas Moruno^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía. Córdoba. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 16 años. Alérgico a amoxicilina. Rinitis alérgica estacional. No hábitos tóxicos. No viajes recientes. Calendario de vacunas acorde a su edad. Acude al servicio de urgencias por sensación febril termometrada de 38º, así como malestar general y sensación de debilidad en MMII de 72 horas de evolución. Estreñimiento de 72 horas de evolución. Los padres refieren cuadro de infección respiratoria de vías altas las dos semanas previas que precisó tratamiento antibiótico. Estando en urgencias, episodio de RAO que precisa de sondaje vesical. Niega esfuerzo físico severo, tampoco dolor lumbar, cervical o cefalea. No alteraciones sensitivas.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado. Atención y lenguaje normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Niega diplopía aunque limitación discreta de la abducción del ojo izquierdo. Fuerza en MMII 4/5. ROTs ++. RCP flexores. Nivel sensitivo suspendido T4-T8. No rigidez de nuca. Analítica con leucocitos 15.200, Hb 16,5, plaquetas 316.000. Sedimento urinario, PCR y procalcitonina normal. TAC craneal normal. LCR normal. RMN de cráneo urgente: áreas de aumento de señal en secuencias potenciadas en T2 de tamaño variable, bilaterales, asimétricas e irregulares que afectaban sobre todo a la sustancia blanca cerebral.

Orientación diagnóstica: Encefalitis aguda diseminada (EAD).

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple. Guillain-Barré. Encefalitis de Bickerstaff. Mielitis transversa.

Comentario final: La EAD es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del SNC cuya característica patológica son lesiones del componente inflamatorio y con una clara tendencia a localización perivenosal. Es de predominio en niños prepúberes tras una enfermedad febril o una inmunización. Su diagnóstico se basa en la clínica y en la neuroimagen. Con respecto al tratamiento los corticoides iv. a altas dosis controlan rápidamente la inflamación del SNC seguidos de 3-6 semanas bajando la dosis gradualmente.

Bibliografía

1. Menge T, Hemmer B, Nessler S, et al. Acute disseminated encephalomyelitis: An update. Arch Neurol. 2005;62:1673-80.
2. Tanembaum S, Chitnis T, Ness J, et al. International Pediatric MS Study Group: Acute disseminated encephalomyelitis Neurology. 2007;68:S23-S36.

3. Leake JA, Albani S, Kao AS, et al. Acute disseminated encephalomyelitis in childhood: Epidemiologic, clinical and laboratory features. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:756-64.

Palabras clave: Sistema nervioso central. Inflamación. Debilidad. RMN. Corticoides.