



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1503 - A PROPÓSITO DE UN CASO: SOSPECHA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

L. Acosta Urbano, J. Gómez Torres, A. Carmona González e I. Nieto Pérez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer. 53 años. Hermana con esclerosis múltiple. AP síndrome depresivo y cáncer mama derecha (1998). Fumadora de 20 cigarrillos/día. Histerectomía con doble anexectomía en 2013. Reconstrucción mamaria en el año 2000 con prótesis subpectorales. En tratamiento con desvelafaxina 100 mg. Acude por sensación de acorachamiento de un mes de evolución que abarca cintura, MMII, región genital y perineal. Refiere incontinencia de esfínter anal. Días previos comienza con dificultad para caminar que empeora progresivamente y torpeza en brazo derecho.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 105/79 mm Hg. Afebril. Buen nivel de conciencia y orientada. No alteraciones del habla y lenguaje. Obedece órdenes, responde preguntas, nomina y repite. No déficit en campimetría por confrontación. PINLA, MOEC. PPCC conservados. Barré y Miringanzzi negativo. Balance 4/5 hemicuerpo derecho sin claudicación. Trofia y sin rigidez. Sensibilidad tacto-algésica disminuida ligeramente en hemicuerpo derecho. ROT aumentados derechos con Hoffman bilateral mayor en derecho. RCP indiferente. No dismetrías. Marcha parética derecha. Analítica, autoinmunidad y serología normales. Presencia de bandas oligoclonales en LCR. RNM cráneo: Múltiples lesiones focales hiperintensas en T2/FLAIR supratentoriales sin realce de contraste y una lesión infratentorial en bulbo inferior que realza. Impresiona como primera opción diagnóstica de existencia de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple que cumple criterios de diseminación espacial y temporal.

Orientación diagnóstica: Se ingresa a la paciente en la planta de Neurología General donde se completa estudio con sospecha clínica de enfermedad inflamatoria cerebral en relación con enfermedad desmielinizante.

Diagnóstico diferencial: Hemos de descartar enfermedades desmielinizantes como la encefalomielitis aguda diseminada tras sarampión, rubéola, parotiditis, varicela o gripe. Enfermedades inflamatorias e infeciosas han de ser excluidas. Destacar entre ellas, el LES, Sjögren 1º o Behçet o infecciones por Borrelia o VIH, LMP y neurosífilis.

Comentario final: En la práctica clínica se utilizan los criterios de McDonald, que tienen como objetivo llegar al diagnóstico temprano de esclerosis múltiple, manteniendo una alta sensibilidad y especificidad, estableciendo que para el diagnóstico se necesita demostrar eventos separados en el tiempo y en el espacio sin una mejor posibilidad diagnóstica.

Bibliografía

1. Carnero Contentti E. Criterios diagnósticos para esclerosis múltiple: revisión de los criterios de McDonald 2010. Neurología Argentina. 2012;4(2):102-4.

Palabras clave: Enfermedad desmielinizante. Criterios de McDonald. Esclerosis múltiple.