

## 424/2384 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

C. Díaz Merayo<sup>1</sup>, B. Botana Fernández<sup>1</sup>, D. Martínez Martínez<sup>2</sup> y P. Reale Balbuena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotresrio. Asturias.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciaño. Langreo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años con parestesias en palmas y plantas, bilaterales de semanas de evolución. Tras una analítica con resultado rigurosamente normal excepto ligero déficit de vitamina B12 que se decide tratar con mejoría de la clínica de las manos y empeoramiento de los pies, ascendiendo hasta el muslo en MII y hasta rodilla en MID.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica normal. Tono y fuerza conservados sin pérdida de sensibilidad u otra sintomatología. ROT conservados simétricos. Pulso pedios, tibiales posteriores y poplíticos positivos simétricos. Sin otros hallazgos en la anamnesis o exploración física. Ante la persistencia de la clínica se decide derivar a Neurología para completar estudios. 1) PESS: compromiso en conducción somestésica en probable relación con patología a nivel cervical. 2) La RM craneal normal. RM cervical: artrosis, protrusión C5-C6 y hernia C6-C7. Áreas de hiperseñal parcheada en médula cervical sin captación de contraste compatible con Mielitis transversa aguda idiopática. 3) LCR con 14 linfocitos y bandas oligoclonales IgG positivas. AntiMOG y Anti-aquaporina negativos. Nueva RM de control: dos nuevas lesiones, una supratentorial y otra en cerebelo. Diagnóstico fue esclerosis múltiple (EM) remitente-recurrente. Tratamiento con interferón beta 1-A.

**Orientación diagnóstica:** Ninguna prueba diagnóstica es patognomónica de esclerosis múltiple, su diagnóstico se realiza con ayuda de todas estas pruebas y descartando otras posibles causas. Criterios de clínicos de dispersión en tiempo y en espacio: dos o más brotes en distintas áreas del SNC. RM: lesiones desmielinizantes. LCR: pleocitosis mononuclear, bandas oligoclonales. PESS: conducción lenta o anormal.

**Diagnóstico diferencial:** Al principio molestias muy inespecíficas, se atribuyen a un descenso de vitamina B12. Hernia cervical C6-C7 secundaria a accidente de tráfico. Analítica normal descartaba polineuropatía diabética, urémica, enólica... Diagnóstico diferencial: mielopatías, radiculopatías, mononeuropatías, patología del SNC (EM, ictus, epilepsia, linfoma, vasculitis primaria del SNC, tumores, abscesos).

**Comentario final:** La atención primaria tiene un papel importante tanto en la sospecha de la enfermedad ante síntomas muchas veces inespecíficos, como en el apoyo de los enfermos en la utilización, orientación y manejo de los fármacos para paliar la sintomatología de los brotes.

### Bibliografía

1. Cruz Herranz A, et al. Manual AMIR Neurología y Neurocirugía, 10<sup>a</sup> ed. Iceberg Visual SL, 2017.

**Palabras clave:** Atención Primaria. Diagnóstico. Esclerosis múltiple.