



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2973 - CABLES PELADOS

A. Sánchez Lozano, M. Álvarez Sierra, A. Gil Gómez y J. Redondo Jáñez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 46 años, sin antecedentes de interés salvo madre con ELA. Acude por parestesias en región plantar de ambos pies desde hace una semana. Hace dos días han ascendido por ambos gemelos hasta las rodillas. Además cuenta disminución/alteración de la sensibilidad en región perineal con el aseo. No antecedente infeccioso ni catarral.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física en consulta fue totalmente anodina, estaba afebril y sin adenopatías. No apreciamos alteraciones en la exploración neurológica. Dada la disparidad entre clínica y exploración física enviamos a urgencias para valoración por parte de Neurología. La exploración por parte de Neurología fue normal salvo sensibilidad termoalgésica disminuida hasta rodillas, bilateral. Las pruebas complementarias: analítica (hemograma, bioquímica, coagulación), TC craneal, serología infecciosa (VIH, Brucella, lúes y Borrelia B.) y líquido cefalorraquídeo fueron normales. La RM de columna muestra una lesión hiperintensa de 12 mm en cordones posteriores de D3-D4 y lesiones hiperintensas menos definidas en C4 y C2 sin captación del CIV. En la RM cerebral hay varias lesiones hiperintensas de pequeño tamaño a nivel subcortical y 3 lesiones en situación yuxtacortical en el lóbulo temporal izquierdo, alguna de ellas presentando marcada hipointensidad secuencias T1 como signo de cronicidad, ninguna de ellas capta contraste. Estos hallazgos, teniendo cuenta la patología descrita a nivel medular cumplirían criterios radiológicos de enfermedad desmielinizante, esclerosis múltiple (EM), con diseminación espacial, y teniendo cuenta que la lesión medular sí que presenta captación de contraste y las lesiones cerebrales no, también cumpliría criterio de diseminación temporal.

Orientación diagnóstica: Alteraciones sensitivas a estudio para descartar polineuropatía.

Diagnóstico diferencial: Polineuropatía, esclerosis múltiple, síndrome cola de caballo, infección.

Comentario final: La EM es una enfermedad de etiología desconocida y patogenia autoinmune. Se caracteriza por destrucción de la mielina, una sustancia que envuelve las fibras nerviosas. El diagnóstico se realiza por alteraciones a nivel del SNC con criterios de dispersión en el tiempo (> 1 mes) y espacio (? 2 áreas del SNC) y RM. Las crisis se tratan con corticoides y hay múltiples tratamientos crónicos para estabilizarla.

Bibliografía

1. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes. En: Neurología clínica, 5ª ed. Elsevier, pp.1595-626.

Palabras clave: Parestesias. Esclerosis múltiple.