

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

424/1201 - PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD EN AMBAS PIERNAS

I. Marín Serrano¹, A. López Pérez¹, Y. Nieto Espinar² y M. Expósito Díaz-Álvarez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Linarejos. Linares. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 30 años, acudió a Urgencias porque hace 9 meses comenzó con pérdida de sensibilidad en miembro inferior izquierdo, primero en muslo que mejoró parcialmente, desde hace una semana sintomatología similar en miembro inferior derecho. Dificultad para controlar esfínteres. Sensación disestésica con flexión cervical. Estudiada por Rehabilitación. Antecedentes personales sin interés. No alergias medicamentosas. No tratamiento actualmente.

Exploración y pruebas complementarias: TA 132/95. Temperatura 36 °C. FC 76 lpm. Consciente, colaboradora, orientada. Bien hidratada. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Abdomen anodino. Miembros inferiores (MMII) sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos conservados. Pares craneales y pupilas normales. No signos meníngeos. No déficit motor en extremidades. Sensibilidad tactoalgesica globalmente, región perineal, esfínter anal conservada, vibratoria y propioceptiva alterada en ambos MMII. Reflejos miotáticos vivos, clonus aquíleo derecho, reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. No dismetría. Marcha taloneante. Estabilidad con ojos abiertos en bipedestación, al cerrarlos empeora. Se derivó a Neurología. Analítica, TC craneal, punción lumbar, RM cerebral: sin significación patológica. Proteinograma: leve aumento de gammaglobulinas. Serología: VEB +. Autoinmunidad: IgM + GT1b, GM2 y GM3. Electroneurografía: retraso en latencias de las respuestas corticales, bilateral. RM columna completa: cordón medular morfología y grosor normal, en espesor áreas hiperintensas (T2 y STIR) en C5-C6, desde D5-D7 y desde D8-D10, afectación de cordones posteriores, anteriores y laterales. No realce tras contraste. Tratamiento: bolos de corticoides (1 g/día/5 días), pauta descendente y vacunación (Pn13, Pn23, gripe, Hib). En revisión con mejoría clínica y rehabilitación.

Orientación diagnóstica: Mielitis transversa longitudinalmente extensa.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, neuromielitis óptica, lupus eritematoso sistémico.

Comentario final: La mielitis transversa es la inflamación aguda de la sustancia gris y blanca de una sección medular, habitualmente torácica. Suele ser desmielinizante. Las causas incluyen la esclerosis múltiple, neuromielitis óptica, infecciones, trastornos del sistema inmunitario, vasculitis y fármacos. El tratamiento es sintomático y corrección de cualquier causa, los corticoides suelen ser útiles al inicio.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's: Principles of Internal Medicine, 18^a ed. McGraw Hill, 2011.

Palabras clave: Mielitis. Sensibilidad. Corticoides.