

377/27 - PIE CAÍDO COMO PRIMERA SEÑAL DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

A. Terriza Ríos¹, S. Peña Lozano², C. Estébanez Prieto², M. Rodríguez Martín², M. Rodríguez Alonso², I. Vilariño Fariña², I. Campuzano Juárez² Y. González Silva³.

¹Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ³Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años sin antecedentes personales de interés que refiere desde hace una semana limitación para la dorsiflexión del pie derecho tras ejercicio intenso. El paciente refiere que cinco años antes sufrió un episodio similar acompañado de parestesias en la pierna contralateral que progresó de forma ascendente. Al enfocar la anamnesis para el diagnóstico locorregional el paciente refiere dos episodios de urgencia fecal en los últimos días y acorachamiento a nivel perineal.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta disminución de la fuerza e hipoestesia crural derecha, con reflejos aquileos levemente disminuidos pero simétricos, y reflejos rotulianos normales. Se realizaron radiografías de tobillo y de rodilla para descartar lesiones óseas que pudiesen causar daño a nivel del nervio peroneo, y una analítica básica con resultados normales. Posteriormente se derivó al Servicio de Neurología y se realizó una prueba de potenciales evocados donde se observó disminución de la velocidad de conducción de la vía somatosensorial desde miembros inferiores. En la resonancia magnética aparecieron diferentes lesiones agudas y crónicas, sugestivas de enfermedad desmielinizante.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple remitente -recurrente.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial que se llevó a cabo en Atención Primaria se basó en la localización de la lesión. La causa más frecuente del pie caído es la neuropatía peronea, seguido de radiculopatía L5. Se descartó afectación periférica debido a que las alteraciones en la sensibilidad del paciente no correspondía a un nivel medular concreto ni al territorio inervado por el nervio peroneo. Otros datos que apoyaban la lesión central eran la incontinencia de esfínteres y los reflejos simétricos a la exploración física. Una vez identificada como central nuestra lesión, la disminución de la velocidad de conducción en la vía somatosensorial y las lesiones características de esclerosis múltiple en las pruebas de imagen llevan al diagnóstico sospechado en nuestra consulta de Atención Primaria por las parestesias perineales, urgencia fecal y fatigabilidad tras el ejercicio.

Comentario final: La esclerosis múltiple es la segunda causa de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, diagnosticándose de forma tardía en muchas ocasiones debido a sus variables formas de presentación, habitualmente con síntomas que el paciente interpreta como de escasa importancia, posponiendo su consulta. En nuestro caso, la anamnesis y la exploración física fueron los principales recursos para localizar la lesión y sospechar la enfermedad causante. El paciente cumplía ya en su primera visita criterios clínicos de

diseminación temporal y espacial, puesto que había presentado dos episodios distintos con síntomas en ambos miembros inferiores. Su diagnóstico precoz fue importante puesto que el tratamiento precoz con inmunomoduladores parece ralentizar el avance de la enfermedad.

Bibliografía

Karussis D. The diagnosis of multiple sclerosis and the various related demyelinating syndromes: a critical review. *J Autoimmun*. 2014; 48-49: 134-142.

Andreopulo G, Mercer TH, Van der Linden ML. Walking measures to evaluate assistive technology for foot drop in multiple sclerosis: A systematic review of psychometric properties. *Gait posture*. 2018; 61: 55-66.