

333/129 - MÁS ALLÁ DE UN CUADRO VIRAL

W. Reynoso Heinsen¹, M. López Squillaris², L. Santos Béjar², M. Hercules Carbacal De Paz³, C. Almenara Rescalvo⁴, I. Reyes García⁵.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mora. Toledo. ²Médico de Familia. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ⁴Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo. ⁵Enfermera. Área Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 41 años, caucásico, alérgico a frutos secos, gramíneas y olivo. Como antecedentes personales tenemos HTA, Obesidad, Depresión, Hernia Hiato con RGE, SAHS, Cólico Renal. Tratamiento actual Olmesartán/Hidroclorotiazida, Escitalopram, Lorazepam, Omeprazol. Es valorado en Urgencia Hospitalaria por presentar desde hace varios días proceso gripe, fiebre de 38°C, tos, mucosidad y dolor lumbar bilateral tipo quemazón/escozor, empeora al roce MMII, disuria. En la exploración una vesícula en región lumbar y se le diagnostica de dorsalgia por Herpes Zoster, proceso gripe. Acude al 2º día de nuevo a Urgencias Hospitalarias por retención aguda de orina, empeoramiento dolor lumbar y sensibilidad MMII, dan alta con el diagnóstico de síndrome gripe + RAO. El paciente no mejora y al día siguiente acude a Urgencias AP donde se objetiva paraparesia y nivel medular sensitivo D4, aumento de los ROTs. Hablamos con el servicio de urgencias Hospitalarias y es derivado bajo la sospecha de mielopatía.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general: TA 154/85 mmHg; FC 105 l/m; Tª 36,3°C; Sat O2 97%. Resto sin alteraciones. Fuerza en MMSS 5/5; en MMII 4/5 global, Leve hipotonía. Reflejo cutáneo plantar indiferente. ROTs en MMSS ++/++++; ROTs MMII Patelar +++; Aquileos +++; Nivel sensitivo medular D4 bilateral con banda de hiperalgesia D6. RMN ingreso: Extensa hiposeñal intramedular a lo largo de todo el cordón medular dorsal, siendo más evidente entre D8 y D12 y D12-L1.

Juicio clínico: Mielitis transversa aguda.

Diagnóstico diferencial: Guillain-Barré. Enfermedades autoinmunes. Sarcoidosis. Esclerosis múltiples. Linfomas. Deficiencia de vitamina B12 o Cu. Ataxia de Friedreich. Lesión compresiva de la medula espinal.

Comentario final: En nuestra práctica diaria es necesario una rigurosa exploración e historia clínica de los pacientes con sintomatología banal que pueden ir evolucionando hasta llegar a un desenlace funesto del proceso, por no tener una aproximación diagnóstica y empezar un tratamiento tarde.

Bibliografía

Gómez-Argüelles JM, Sanchez-Solla A, López-Dolado, Diez-De la Lastra E, Florensa J. Mielitis transversa aguda: revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica. Rev Neurol. 2009; 49(10): 533-540.

Berman M, Feldman S, Alter M, Zilber N, Kahana E. Acute transverse myelitis: incidence and etiologic considerations. *Neurology*. 1981; ;31(8):966-71.

Pittock SJ, Lucchinetti CF. Inflammatory transverse myelitis: evolving concepts. *Curr Opin Neurol*. 2006; 19(4):362-8.

Palabras clave: Dorsalgia. Retención orina. Mielitis. Atención Primaria.