



333/68 - PARESTESIAS EN PIERNAS Y ABDOMEN

J. Guinot Montoliu¹, M. Gali Juan¹, E. Salvador Candau².

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carinyena. Villareal. Castellón. ²Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carinyena. Villareal. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, con antecedentes médicos de HTA, hipertrigliceridemia, cólicos nefríticos. Tratamiento con Carvedilol 25 mg/día, Olmesartán/hidroclorotiazida 40/25 mg/día, lercanidipino 20 mg/día, doxazosina 4 mg/día fenofibrato 160 mg/día. Acude a nuestra consulta de centro de salud por cuadro de inicio brusco de parestesias de 3 semanas de evolución en miembros inferiores, hasta ingles y zona perineal. Se solicita analítica y se remite a consulta de neurología, acudiendo 2 semanas después. El paciente refiere allí que las parestesias ascendieron hasta nivel umbilical y ambos vacíos 2-3 días después del inicio del cuadro, por lo que ingresa para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Buen estado general, normocoloreado. Eupneico. Auscultación y abdomen normal. Exploración neurológica: Consciente, orientado en 3 esferas, no alteraciones del lenguaje. MOES, pares craneales y campimetría conservada. Pupilas isocóricas y normoreactivas, no debilidad cervical, balance muscular 5/5 en extremidades. Hipostesia L2-L3 muslo izquierdo. No disimetrías. Refejos rotulianos y aquíleos ++/++++, estiloradial, bicipital y tricípital +/++++. No clonus. RCP flexor bilateral. Marcha normal. RCA conservados. No alteración esfinteriana. Analítica sanguínea y serologías normales, salvo IgM e IgG + para CMV. Rx tórax: normal. EMG: normal. PESS: leve afectación de cordones posteriores en lado izquierdo. RM cerebral y medular: Dorsal: LOE de 14 mm con captación de gadolinio que afecta al aspecto central del cordón medular a nivel del cuerpo vertebral T3 de características inespecíficas (ependimoma vs astrocitoma incipiente, neurinoma intramedular, hemangioblastoma), valorar exploraciones complementarias, control evolutivo. Cerebral, cervical y lumbar sin hallazgos reseñables. Valoración Neurocirugía: indican PL tras 10 días de tratamiento esteroideo: bandas oligoclonales ausentes en suero y LCR (patrón normal). Albúmina 183.72, IGG 2.8, ratio alb LCR /suero 0.42, Índice IGGLCR/suero: 0.102, Ratio IGG/albúmina LCR 1.5. Bioquímica y serología normal. RM control: Significativa mejoría de la alteración de señal dorsal, sin realce patológico tras administración de contraste. Mejoría importante y desaparición de parestesias en unas semanas.

Juicio clínico: Mielitis transversa. Citomegalovirus aguda.

Diagnóstico diferencial: LOES intramedulares, infarto medular, esclerosis múltiple, Guillain-Barré, síndrome de cola de caballo.

Comentario final: La mielitis transversa es un proceso inflamatorio que afecta generalmente a un

segmento medular. Existen causas infecciosas, y casos asociados a enfermedades autoinmunes.

Bibliografía

Andersen O. Myelitis. Opin Neurol. 2000; 13: 311-316.

Palabras clave: Parestesias. Mielitis transversa. Citomegalovirus. Atención Primaria.