



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/363 - ESCLEROSIS MÚLTIPLE: EL BROTE SIMULADOR

J. Novas Moreno^a, M. Rodríguez García^a, J. Caballero Hoyos^a, S. Sosa Romero^a, G. Alcántara López-Seld^b y S. Gago Braulio^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años con antecedentes personales de esclerosis múltiple diagnosticada en 2016 en tratamiento con teriflunamida, acude a nuestra consulta por parestesias peribucales y sensación de pesadez en miembro superior derecho y miembro inferior derecho desde el día anterior. La paciente niega diplopía acompañante, disartria, alteraciones de la marcha u otra clínica neurológica. Tras exploración, se deriva a la paciente al servicio de urgencias hospitalarias por sospecha de brote de esclerosis múltiple. A la llegada de la paciente al servicio de urgencias inician tratamiento con corticoides intravenosos, y solicitan analítica general. Se contacta con neurología de guardia. Estando en observación, la paciente comienza con cuadro de afasia global, hemiplejía derecha y hemianopsia derecha. Se activa código ictus y se realiza TC de cráneo urgente. Posteriormente, se realiza fibrinólisis, y se activa equipo intervencionista realizándose trombectomía mecánica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física al inicio: Glasgow 15 puntos, PICNR, desviación de la comisura bucal al lado izquierdo fluctuante, incapacidad para convergencia en ojo izquierdo (ya descrito), no dismetrías ni diadococinesias, claudicación en MSD y MID (previamente no descritas), pérdida de fuerza 2/5 en miembro superior derecho, reflejos osteotendinosos disminuidos en miembro inferior derecho. Marcha estable y coordinada, Romberg negativo. Resto de exploración física normal. Analítica general: Hemograma con tres series normales, coagulación normal, bioquímica normal, sistemático de orina sin hallazgos. TC de cráneo urgente sin contraste: Aumento de densidad del segmento distal de MI de ACM izquierda. No se observan focos de sangrado intra ni extra axial. Línea media no desplazada. Sistema ventricular y espacio subaracnoideo de morfología y calibre conservado. Fosa posterior sin hallazgos.

Juicio clínico: Ictus isquémico tipo TACI en ACM izquierda.

Diagnóstico diferencial: Brote esclerosis múltiple. Ictus isquémico. Vasculitis primaria del SNC. CADASIL.

Comentario final: A pesar de la enfermedad de base de la paciente que puede en este caso, camuflar el diagnóstico, se debe tener en cuenta el ictus de tipo isquémico por la clínica. A destacar como factores de riesgo de accidente cerebrovascular principalmente la teriflunamida, con efecto protrombótico reconocido. La paciente evolucionó favorablemente en planta. Se retiró teriflunamida de su tratamiento.

Bibliografía

1. Hernández Pérez MA. Tratamiento de la esclerosis múltiple. Revista Española de Esclerosis Múltiple. 2014;(4):5-13.
2. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.