



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

### 262/97 - MIELITIS POSTINFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Alcaraz Boronat<sup>a</sup>, S. Pérez Bernal<sup>b</sup>, A. Carpetano Elull<sup>c</sup>, I. Jara Calabuig<sup>d</sup>, R. Valero Valero<sup>e</sup> y F. Martínez Egea<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Alicante. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alicante. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Fábrica. Alicante.

#### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años, antecedentes de psoriasis, varices en MID. Sin tratamiento farmacológico crónico. Mecánico de motocicletas de competición, con frecuentes viajes a Japón, Malasia y Australia. Acude por malestar a nivel pélvico y molestias abdominales inespecíficas, se realiza sedimento de orina que es negativo y se pauta paracetamol. En control posterior, sigue con las molestias pélvicas, presentando además febrícula vespertina, por lo que se pauta tratamiento con antibiótico empírico (amoxicilina-clavulánico). Tras una semana de tratamiento, consulta de nuevo presentando disestesias en MMII, astenia, poliartralgias generalizadas, cefalea y acúfenos, persiste la febrícula vespertina. Nos explica que ha viajado a malasia hace un mes y medio, así que ante la evolución y los antecedentes, se deriva al paciente al servicio de Urgencias del hospital, para la realización de pruebas complementarias. Desde urgencias se deriva al paciente a la consulta rápida de medicina interna, que ante la normalidad de los hallazgos analíticos, y la persistencia de las disestesias a nivel de MMII así como la clínica miccional (pérdida de fuerza en el chorro miccional) se solicita resonancia de raquis cervical, dorsal y resonancia cerebral

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física anodina. Analítica sangre completa con serología infecciosa, virus hepatotropos, VIH, Coxiella burnetti y parásitos en heces. RNM medular cervical: 2 lesiones desmielinizantes da nivel de C2 y C3. Medular dorsal: una en D6 y D10. Cerebral normal. Pendiente de AS de protocolo de virus neurotropos y autoinmunidad

**Juicio clínico:** Mielitis diseminada postinfecciosa

**Diagnóstico diferencial:** Malaria, virus zyka, viriasis no filiada, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain Barré.

**Comentario final:** En primer lugar debemos destacar la importancia de la anamnesis, y la recogida de los antecedentes en la historia clínica, los pacientes inmigrantes así como los viajeros, que presentado clínica "habitual" nuestra orientación diagnóstica puede cambiar según estos antecedentes. Por otro lado, destacar las complicaciones de las propias infecciones, o el debut de otras patologías no tan frecuentes, pero si relacionadas y que no siempre tenemos en cuenta.

#### Bibliografía

1. Arenaza-Basterrechea N, et al. Mielitis transversa longitudinal extensa parainfecciosa asociado a virus varicela zóster. *Neurología*. 2016; doi.org/10.1016/j.nrl.2016.03.11
2. García Ramos GS, Cacho Díaz B Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Diagnóstico diferencial. *Rev Mex Neuroci*. 2005;6(5):448-54.