



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

4 - DOCTOR, TENGO CORRIENTES EN LAS PIERNAS

V.E. Ortiz de Landaluce Piñero^a y C. Lemes Quintana^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^bMédico Residente de Hematología.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años, acude a servicio de urgencias por comenzar hace 4 días con cuadro de sensación de hormigueos e hipersensibilidad desde región costal hasta planta de los pies, acompañado de sensación de debilidad de MMII. Además comenta estreñimiento, y dolor en región periné “sensación de peso”. No alteración en erección ni eyaculación. Niega antecedentes traumáticos o infecciosos. No vacunas recientes. No síndrome constitucional. No dolor ni deformidad de articulaciones. No otra sintomatología. No antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratado y normocoloreado, consciente, orientado, colaborador. Eupneico, afebril. auscultación cardio ulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Exploración neurológica: lenguaje no disártrico ni disfásico. Pupilas isocóricas normoreactivas. No déficit campimétrico ni alteración de la motilidad ocular. Pares craneales normales. Tono muscular normal. Fuerza en ambos miembros superiores normal, salvo 4/5 en dedos. Fuerza en miembros inferiores normal, salvo isquiotibiales 4/5. Reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo levemente aumentado. Babinski positivo izquierdo. Pérdida de sensibilidad a la vibración en miembros inferiores, con sensibilidad propioceptiva conservada. Hiperalgesia y alodinia desde nivel infracostal hasta planta de los pies.

Juicio clínico: Mielitis transversa aguda.

Diagnóstico diferencial: Neuropatía periférica desmielinizante. Lesión medular. Hernia discal. Mielopatía compresiva (tumor, absceso, hematoma). Mielopatía no compresiva (infarto medular, mielitis infecciosa).

Comentario final: La mielitis transversa aguda es una enfermedad inflamatoria mal definida producida por una lesión específica en médula espinal. Aunque su incidencia es baja: 1-8 casos por millón de personas/año, el pico se produce a edades jóvenes 10-19 años y 30-39 años. Al tratarse de una enfermedad muy invalidante, supone bajas laborales a edades tempranas, en las que el paciente se encuentra en su etapa plenamente productiva; por lo que esta situación producida por la enfermedad se convierte en un importante problema sociosanitario. Por ello es muy importante su diagnóstico y tratamiento precoz. Se debe sospechar esta enfermedad ante un paciente joven que refiere síntomas neurológicos de menos de 4 semanas de evolución, que se inicia en ambos miembros inferiores y asciende generalmente de forma simétrica, presentando a la exploración disestesia, hiperreflexia, espasticidad y Babinski positivo en planta de pies. La resonancia magnética es la prueba de imagen de elección, la cual confirma el diagnóstico, y al mismo tiempo descarta etiología compresiva (tumores, hernias, hematomas...). Posteriormente se debe realizar analítica y serología completa así como estudio de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar para precisar la etiología del

proceso y decidir tratamiento de elección, administrando antibióticos si precisara. El tratamiento sintomático, consiste en administrar corticoides a altas dosis, obteniendo mejoría de clínica neurológica, sin embargo los corticoides no han demostrado interferir en la evolución natural de la enfermedad, la cual dependerá de forma intrínseca de las características del paciente. Se estima que aproximadamente 1/3 se recuperan totalmente, otro 1/3 permanece con secuelas leves-moderadas, y el otro 1/3 quedan con secuelas graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Árguelles JM, Sánchez-Solla A, López-Dolado E, Díez-de la Lastra E, Florensa J. Mielitis transversa aguda: revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica. Neurología. 2009;49:533-40.
2. Martín del Rosario F. Neuropatía periférica. Generalidades y tratamiento rehabilitador. CHUIMI. SOCARMEF, 2010.
3. Padilla G. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica.
4. Antoniuk S. Debilidad muscular aguda. Neurología. 2013;57:149-54.