

Parestesias en varón de 41 años

Martínez Pereira, Icíar; Álvares Ibañez, Carlos; Charle Crespo, Ángeles

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 65 - 66

1 RESIDENTE 2º AÑO EOXI DE VIGO, CENTRO DE SALUD DE PORRIÑO
2 RESIDENTE 4º AÑO EOXI DE VIGO, CENTRO DE SALUD DE PORRIÑO
3 TUTOR DE MEDICINA DE FAMILIA EOXI DE VIGO, CENTRO DE SALUD DE PORRIÑO

INTRODUCCIÓN

Paciente de 41 años de edad con antecedente de flebitis en miembro inferior izquierdo 1 mes antes y siendo tratado con enoxaparina 60 mg hasta hace cinco días.

Consulta por parestesias y sensación de acorchamiento a nivel de miembro inferior derecho acudiendo en varias ocasiones a urgencias, con diagnóstico de sobrecarga muscular.

Por reincidencia, se decide su ingreso en Neurología. A la exploración neurológica solo destaca una hipoalgesia para la sensibilidad táctil, dudosa afectación de la sensibilidad dolorosa y sensibilidad posicional alterada en pie derecho.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?

- Esclerosis múltiple.
- TVP.
- Mielitis transversa.
- Hernia discal.
- Tumor medular.

¿Qué prueba complementaria solicitaría inicialmente?

- Rx lumbosacra.
- Serología lues y VIH.
- EMG.
- TAC/RMN
- Punción lumbar.

¿Cuál es el tratamiento de elección?

- Exéresis de la lesión.
- Corticoides.
- Antibióticos.
- Analgésicos.
- Anticoagulantes.

DIAGNÓSTICO

Mielitis transversa dorsal

EXPLICACIÓN FINAL

Se le realizan diversos estudios, análisis de sangre, análisis de líquido cefalorraquídeo, serologías, radiología simple de tórax, TAC craneal, RMN cerebral y RMN medular donde se evidencia una lesión intramedular ligeramente expansiva de aproximadamente 12x4x3'5mm a nivel de la vertiente póstero-medial del cordón medular a la altura de D11 y que capta contraste, hallazgo compatible con mielitis focal.

Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona objetivándose una mejoría del cuadro. Se procede al alta con tratamiento corticoideo en pauta descendente. Tras dos meses, se vuelve a valorar al paciente en consultas externas de Neurología, habiendo desaparecido el cuadro casi por completo.

La mielitis dorsal o transversa es un trastorno neurológico debido a la inflamación de un segmento de la médula espinal. Típicamente, la inflamación es bilateral y se limita a uno o dos segmentos, y por lo general afecta a la médula dorsal.

Tiene una incidencia de 1-5 casos por millón de habitantes al año. Ocurre en adultos y niños, en ambos sexos y en todas las razas. Parece que existe un pico entre los 10 y 19 años y entre los 30 y 39 años.

Se desconoce la etiología exacta de esta entidad, aunque todos los estudios apuntan a un origen autoinmune.

Se relaciona con la esclerosis múltiple, de hecho puede ser la primera manifestación de esta patología. También se relaciona con la neuromielitis óptica de Devic y con múltiples conectivopatías como: síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y/o esclerodermia.

La mielitis transversa puede ser aguda (se desarrolla desde unas horas a varios días) o subaguda (generalmente se desarrolla en 1 a 4 semanas). Los síntomas iniciales generalmente incluyen dolor lumbar localizado, parestesias súbitas (sensaciones anormales como ardor, cosquilleo, pinchazos u hormigueo) en las piernas, pérdida de sensibilidad, y paraparesia (parálisis parcial de las piernas). La

paraparesia puede evolucionar a paraplejia (parálisis de las piernas y parte inferior del tronco). La disfunción vesical e intestinal es común. Muchas personas también informan que tienen espasmos musculares, una sensación general de malestar, dolor de cabeza, fiebre y pérdida del apetito. Dependiendo de qué segmento de la médula espinal esté implicado, algunas personas también pueden tener problemas respiratorios.

El diagnóstico se hace a través de la historia clínica, el examen físico, el estudio del líquido cefalorraquídeo (punción lumbar) y mediante pruebas de imagen con la RMN (resonancia magnética nuclear).

El líquido cefalorraquídeo está alterado en el 50% de los casos, objetivándose un aumento de proteínas (100-120mg/100ml) y una ligera linfocitosis ($<100/m^3$), siendo los niveles de glucosa normales. Con la RMN se puede evidenciar con certeza la localización de la lesión.

El pronóstico, por lo general, es bastante desalentador, puesto que en el 40% de los paciente quedan secuelas irreparables. Es poco probable una recuperación significativa de la enfermedad si a los 3 meses de iniciado el tratamiento no se observa una mejoría sintomática. La mielitis transversa es una enfermedad monofásica, sin embargo se ha observado alguna recurrencia.

Los corticoides son el tratamiento de elección, utilizándose metilprednisolona o dexametasona intravenosa (generalmente durante alrededor de 5 días) y en algunos casos, se usa la prednisona oral durante algún tiempo después del tratamiento endovenoso. Sin embargo, hay estudios que se plantean la posibilidad de que los corticoides alteren el curso de la enfermedad. En los casos más graves se pueden utilizar otros tratamientos como inmusupresores o inmunomoduladores. En todos los casos la rehabilitación juega un papel clave en la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrew Eisen MD. Disorders affecting the espinal cord. UpToDate.2012
2. Choi KH, Lee KS, Chung SO, et al. Idiopathic transverse myelitis: MR characteristics. AJNR Am J Neuroradiol 1996; 17:1151.
3. Krishnan AV, Halmagyi GM. Acute transverse myelitis in SLE. Neurology. 2004;62(11):2087