



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/749 - MIELOPATÍA AGUDA COMO DEBUT DE UNA PRIMOINFECCIÓN POR VIH EN UN ADOLESCENTE

R. Calabuig Nadal y M.D. Just Cardona

Médico de Familia. Centro de Salud El Barranquet de Ontinyent. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años con debilidad generalizada progresiva, en mmii y cara, dificultad para la micción y estreñimiento de una semana, tras cuadro febril con sondaje por retención aguda de orina (evacuándose 1000 cc de orina) y tratamiento antibiótico por sospecha de ITU. Comenta debilidad muscular, síndrome constitucional, pérdida de apetito y de peso de dos meses de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/95 mmHg, FC 94 lpm, Sat O₂ 97%, glucemia 104 mg/dL. Afebril. Adenopatías cervicales e inguinales. Neurológico: Paresia facial bilateral, sin disartria. Motilidad ocular conservada sin nistagmus, Signos meníngeos dudosos, fuerza muscular disminuida en extremidades, hiperreflexia patelar, Babinsky extensor izquierdo, Romberg no valorado. ACP: normal. Abdomen: normal sin signos de irritación peritoneal ni globo vesical. No edemas ni signos de TVP. Expl. complementarias: Cr 0,73 mg/dl, Na 134 mEq/L, GPT 81 UI/L, resto de parámetros analíticos normales. Dímero D 436,5. Orina normal. Tóxicos en orina negativos. TAC craneal normal. Punción lumbar: líquido claro, no traumática, leucocitos 58/ul, mononucleares 95%, polimorfonucleares 5%, glucosa 52 mg/dL, proteínas 352 mg/dL. Potenciales evocados: visuales normales; somestésicos del N. ciático poplíteo interno: retraso de ondas corticales y prolongación de la conducción central sugestivo de mielitis parainfecciosa. Ecografía cervical: adenopatías yugulares y cervicales posteriores bilaterales, pequeñas y ovaladas, inespecíficas. Adenopatías submaxilares e intraparotídeas prominentes. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Vía biliar y vesícula normales. Riñón derecho: ureterohidronefrosis grado II probablemente secundaria a globo vesical sin otros hallazgos. Asas intestinales normales. RMN dorsal: normal. TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico: adenopatías cervicales, axilares e inguinales bilaterales. Biopsia adenopatía inguinal: Exudado inflamatorio linfo-plasmocitario. Serología: positiva para VIH (confirmada con Western Blot), negativa para VEB, HTLV, TBC, Toxoplasma y Ag. Cryptococco. Carga viral VIH 707.000 copias/mL. Poblaciones linfocitarias pendientes.

Juicio clínico: Primoinfección por VIH con mielopatía dorsal.

Diagnóstico diferencial: Linfoma, neoplasia, origen infeccioso, Guillain-Barré.

Comentario final: Se trata de un debut de mielopatía aguda en el contexto de una primoinfección por VIH, en tratamiento por Medicina Interna y seguimiento por Neurología, con mejoría de la

clínica neurológica espontáneamente sin tratamiento corticoideo.

Bibliografía

1. Skiest DJ. Focal neurological disease in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Clin Infect Dis 2002;34:103-15.

Palabras clave: *HIV. Myelitis. Paresis. Urinary retention.*