



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1012 - DOCTOR, NO SIENTO LAS PIERNAS

J. Hernández Moratalla^a, M. Fuentes Jiménez^b y A. Martínez Quesada^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Isidro. Níjar.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años, NAMC. Escoliosis. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales. Consulta por sensación de acolchamiento y parestias en miembros inferiores de forma simétrica de 3 semanas de evolución. Inició en dedos de los pies y ha ido ascendiendo hasta nivel periumbilical, incluyendo genitales. No pérdida de control de esfínteres aunque sí refiere dificultad para iniciar la micción. Asocia dificultad en la marcha y siente que pierde el equilibrio. Prurito a nivel lumbar. Refiere que previamente presentó una erupción eritematosa no vesiculosa en región costal y mamaria con mejoría tras corticoides tópicos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Neurológicamente conserva funciones superiores, no rigidez ni espasticidad muscular, balance muscular 4/5 en miembros inferiores a nivel proximal. Claudicación de miembros inferiores. Hipoestesia tactoalgésica desde caderas hacia pies, sensibilidad artrocinética con algunos fallos en miembros inferiores. Hiperreflexia y sacudidas clonoides en miembros inferiores. Reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Reflejos cutáneoabdominales algo abolidos. Analítica: hemograma, función hepatorenal, iones, hormonas tiroideas y serología dentro de la normalidad; urianálisis sin hallazgos. Punción lumbar: glucosa 52 mg/dl, proteínas 0,42 g/l, hematíes 10 por mm³, leucocitos 7 por mm³. Rx lumbar y tórax: escoliosis dorsal, resto sin hallazgos. RMN cráneo: múltiples lesiones hiperintensas T2 intramedulares a la altura c1-c1, c3 y c7 también en d1, d5, d8 y d9. No expanden significativamente la médula. Tras la administración de contraste hay algún realce difuso y la lesión existente d8-d9 tiene realce en anillo. Potenciales evocados: moderado retraso de la latencia bilateralmente con leve disminución de amplitudes.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Síndrome Guillain Barré. Polineuropatía diabética. Polineuropatía VIH. Enfermedades desmielinizantes.

Comentario final: Mayor incidencia de esclerosis múltiple aparece entre segunda y tercera década, más frecuente en mujeres. Tras los accidentes de tráfico, es la segunda causa de discapacidad en jóvenes. Ante la sospecha de esclerosis múltiple con la aparición de síntomas es necesario estudiarla. Un diagnóstico temprano conlleva a un tratamiento adecuado y un mejor control de la enfermedad.

Bibliografía

1. Martínez Vázquez F, Alonso Mesonero M, Costa Arpín E. Esclerosis múltiple. Fistera. 2016.

Palabras clave: *Parestesias. Mujer. Esclerosis múltiple.*