



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/848 - DOCTORA, NO SIENTO IGUAL LOS ABRAZOS

M. Argudo Lobatón^a, E. López Berrocal^b y E. Vázquez Gandullo^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Bajo. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Ubrique. Cádiz.

^cFEA de Neumología. Hospital Punta de Europa.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años, que consulta en Atención Primaria por parestesias de inicio en miembro superior izquierdo desde hace 2 meses, que posteriormente han ido evolucionando tanto caudal como cranealmente. No trastorno motor, ni cefalea, ni fiebre ni otros síntomas sistémicos. AP: fumador de 1 paquete al día, dislipemia leve sin tratamiento. Hace dos meses y medio sufrió una picadura de un insecto en muslo con eritema, flictena, y edema de tobillo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: normal, salvo déficit sensitivo superficial para el hemicuerpo izquierdo hasta la raíz de muslo de ese lado. Fuerza, Reflejos osteotendinosos, Marcha, y Fondo de ojos normal. Se deriva a Urgencias de hospital, para valoración ingreso hospital. Bioquímica, hemograma, PCR, hormonas tiroideas, coagulación normal. Marcadores tumorales normal, salvo la enolasa- NSE 45,01 (normal hasta 12,5). Serología de VIH, VHB, VHC, Brucella, Borrelia, lúes, CMV, VEB, VVZ, VHS, Rickettsia negativo, y el estudio de autoinmunidad normal. TAC contraste tórax, abdomen, pelvis: normal. RMN craneal: lesiones en sustancia blanca subcortical de lóbulo parietal, y en la protuberancia derecha. Sugestiva de lesiones isquémicas subagudo tardío-crónico como primera posibilidad. RMN control con espectroscopia: lesiones que impresionan como vasculitis, en el lóbulo parietal derecho. Probable telangiectasia en protuberancia. Lesiones isquémicas crónicas en lóbulos temporales y parietal derecho. Punción lumbar normal. PET-TAC cerebro, tórax, y abdomen normal. Ante el probable origen inflamatorio de las lesiones corticales, y sin poder descartar vasculitis de pequeño vaso central, se instaura Tratamiento con metilprednisolona con pauta oral, sin muchos cambios clínicos

Orientación diagnóstica: Vasculitis de pequeño vaso central.

Diagnóstico diferencial: Aterosclerosis, accidente isquémico transitorio, esclerosis múltiple, infección, linfoma intravascular.

Comentario final: Las vasculitis del sistema nervioso central son enfermedades poco frecuentes, pero algunas son potencialmente graves. Pueden comprometer a vasos sanguíneos de distinto tamaño, produciendo inflamación en la pared del vaso, estenosis, con consecuente isquemia o necrosis del tejido que irrigan.

Bibliografía

1. Mandal J, Chung SA. Primary Angiitis of the Central Nervous System. Rheum Dis Clin North Am. 2017;43(4): 503-18.

Palabras clave: Parestesias. Vasculitis.