



160/1663 - Parestesias en miembros inferiores

J. González García^a y J.J. Villero Cerchar^b

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de Bormujos. Bormujos. Sevilla. ^bMédico Residente de 3º año. Centro de Salud de Bormujos. Bormujos. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años que acude a Urgencias por parestesias progresivas e hipoestésias en miembros inferiores de una semana de evolución. Además nota inestabilidad y pérdida de fuerza. Comenta pérdida de peso voluntaria (18 kg en 7 meses). Entre sus antecedentes destacan una dorsalgia crónica recurrente y la toma de anticonceptivos orales. El resto carece de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física en Urgencias: exploración neurológica normal, salvo hipoestésias en calcetín en ambos miembros inferiores con balance motor y sensibilidad térmica conservados. Pruebas complementarias en Urgencias: 1) Analítica. 2) Valoración por aparato locomotor. Actitud en Urgencias: se le administran 500 mg de metilprednisolona intravenosa e ingresa en planta para estudio y seguimiento. Exploración física en planta: se reinterroga a la paciente, refiriendo ésta episodio similar hace 2 años, con parestesias e hipoestésias en manos y pies, simétricas y de desaparición espontánea. La exploración neurológica vuelve a ser normal, con signo de Lhermitte negativo, ausencia de ataxia, persistiendo hipoestésias simétricas en calcetín en ambos miembros inferiores. Pruebas complementarias en planta: analítica (incluyendo autoinmunidad, screening de enfermedad celíaca, TSH, serología infecciosa y vitaminas). Resonancia nuclear magnética (RMN) de columna cervicodorsal. Electroneurograma-electromiograma. Actitud en planta: en base a los hallazgos de RMN y niveles bajos de B12 se diagnóstica de degeneración combinada subaguda de la médula espinal, iniciándose tratamiento con cianocobalamina 1.000 µg intramusculares cada 24 horas durante 7 días y se completa el estudio.

Juicio clínico: Degeneración de los cordones medulares por déficit de vitamina B12 de origen dietético.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Friedreich; radiculopatía carcinomatosa; esclerosis múltiple; toxicidad por organofosforados; déficit por vitamina B12; mielopatía vacuolar por VIH; sífilis (tabes dorsal).

Comentario final: Evolución: se solicita una nueva RMN de columna, gastroscopia con biopsia de mucosa y un estudio de autoinmunidad. La paciente confiesa que inició dieta vegetariana hacía 2 años de forma intermitente, que se transformó en estricta desde enero/febrero de este mismo año. La degeneración combinada subaguda de la médula es un trastorno clínico-radiológico que asocia desmielinización y muerte axonal. La médula espinal suele ser la primera en afectarse. Su clínica es

simétrica, con una fase precoz de parestesias en miembros, una intermedia con alteración de la sensibilidad vibratoria y posicional, y una evolucionada con signos motores y mentales, afectación de los cordones laterales o el nervio óptico... Para detectarla, en la analítica observamos anemia macrocítica, y aumento de homocisteína y metilmalónico. El seguimiento consiste en controles trimestrales el primer año en los que solicitamos RNM de columna cervicodorsal y niveles plasmáticos de B12 y metilmalónico/homocisteína. Con respecto a la respuesta al tratamiento, son influyentes el grado de anemia y la duración de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uptodate. Subacute combined degeneration of the cord. 2014.
2. Differential diagnosis of T2 hyperintense spinal cord lesions. 2009;52:535-43.
3. Potential outcome factor in subacute combined degeneration: review of observational study. 21(10):1063-8.