



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2356 - Alteraciones de la sensibilidad de miembros inferiores

M. Flores Ortega^a, J. Flores Flores^b, A. Marquina García^c, N. Otero Cabanillas^d, A. Rotaru^e, S. Rodríguez Castro^a y D.M. Comaneci^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Villel. Teruel. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Gusur. Guadalajara. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital

Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Yunquera. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 46 años sin antecedentes de interés, consulta por segunda vez por dolor punzante y discontinuo en fosa renal izquierda de 4 días, asociando sensación de aumento de temperatura en pierna derecha. En primera consulta se pauta analgesia de primer escalón con mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destaca una hipoestesia tacto-algésica en miembro inferior derecho hasta raíz D7 e hipopalestesia, sensibilidad artrocinética conservada. Resto de exploración por aparatos, analítica y radiografía abdominal normales. Ingresa a neurología por sospecha de esclerosis múltiple (EM). En RNM encontramos 16 lesiones cerebrales y 4 lesiones medulares compatibles con EM. Reinterrogada de forma dirigida refiere cuadro autolimitado de disestesias/hipoestesia en ambos pies hace 1 año interpretado como posible brote de EM. Instauramos tratamiento corticoideo a dosis altas con buena respuesta. Durante el ingreso además presenta un cuadro de dolor paroxístico lumbar que cede con carbamazepina.

Juicio clínico: EM remitente-recurrente.

Diagnóstico diferencial: EM. Cólico renoureteral. Lumbalgia. Neuropatías. Estado disociativo.

Comentario final: La EM es una enfermedad crónica autoinmune desmielinizante con afectación parcheada en sistema nervioso central y que acaba provocando degeneración axonal. Más frecuente en mujeres de 20-40 años de edad. Etiología desconocida, aunque parecen afectar factores genéticos y exacerbarse por infecciones víricas. La clínica más característica: afectación visual (diplopía/visión borrosa/neuritis óptica), motora (déficit/ataxia) y, más frecuentemente, sensitiva (dolor/síndrome lemniscal). Pueden aparecer trastornos de la marcha, síntomas vegetativos, por afectación del tronco, fenómenos paroxísticos y otros inespecíficos, como fatiga o disfunción cognitiva. El perfil de sintomatología depende de la duración de la enfermedad. Se clasifica según su curso en brotes o progresión continua en: recurrente-remitente, secundariamente progresiva, primariamente progresiva y benigna. Diagnóstico basado en clínica, RMN, analítica con estudio de LCR y potenciales evocados. Tratamiento dividido en: el de brote (corticoides/plasmaféresis) y, salvo en

progresivas, de base (interferón/aminoácidos/inmunosupresores/anticuerpos monoclonales).

Bibliografía

1. Orts E, Martínez-Acebes E, Galacho A, Berbel A. Alteraciones de la sensibilidad. En: Rodríguez García JL, Berbel García A. Diagnóstico tratamiento médico neurología. España: Marban. 2013:598-610.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Manual de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2013.

Palabras clave: *Esclerosis múltiple. Hipoestesia. Radiculopatías.*