



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2140 - DOCTORA, NO ME SIENTO LAS PIERNAS...

L. Sánchez de Cos Jiménez<sup>a</sup>, J. León Tercero<sup>a</sup>, A. Márquez Martínez<sup>a</sup>, M.Á. Barrero Martín<sup>a</sup>, M. Herberg Moreno<sup>b</sup> y J.M. Ignacio Expósito<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto Puntales. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente, mujer de 59 años. No RAM, DLP, HTA, no DM. Intervenido de tiroidectomía parcial izquierda. No hábitos tóxicos. Tratamiento habitual: eutirox, hidroclorotiazida/amiloride, bisoprolol. Acude a la consulta de Atención Primaria por dolor en pie izquierdo de 15 días de evolución sin traumatismo, acompañado de disestesias MMII hasta rodillas que evolucionaron hasta genitales y dolor a nivel dorsal bilateral. No fiebre, ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC, BEG, BYHP. ACP: tonos puros y rítmicos, no soplos, MVC en todos los campos pulmonares. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias. Expl. neur: PINRLA, MOECs, resto de PPCC conservados, Romberg -, ROT conservados, movilidad, y fuerza conservados. Lasegue y Bragard negativos. Radiografía pie izquierdo y dorsolumbar: sin hallazgos significativos. Analítica completa: BQ, Hemograma (Vit B12, ác. fólico), y coagulación sin hallazgos. Pendiente de ANCA, ANA y serología VIH, VHB y VHC.

**Juicio clínico:** Parestesias y parestias en MMII.

**Diagnóstico diferencial:** Mielitis transversa aguda, síndrome de Guillain Barré, mielopatías tras radiación, paraneoplásicas, isquemias por malformaciones arteriovenosas, déficit de vit B12 o de cobre y enfermedades degenerativas como ataxia de Friedreich o adrenoleucodistrofia.

**Comentario final:** Desde atención primaria, debido a la falta de clínica que justificase un posible cuadro a nivel de columna, por ejemplo, hernia discal, y por la presentación de distal a proximal de las parestesias, se decidió derivar al servicio de Neurología. Tras la revisión de la historia clínica de la paciente objetivamos que requirió ingreso a cargo de Neurología para realizar los estudios complementarios necesarios. Se realizó TC sin contraste en la que no se objetivaban alteraciones destacables a nivel intraparenquimatoso, RMN dorsolumbar en la que se hallaron signos sugestivos de mielitis aguda idiopática transversa e impresión de respuestas visuales evocadas donde se objetivó una leve disfunción de la vía visual prequiasmática izquierda de tipo desmielinizante. Resto de pruebas: VIH, marcadores tumorales, LCR fueron negativos. Manteniendo a la paciente en tratamiento con corticoides y pendiente de resultados serológicos, ANCA, ANA, VHB y VHC.

## Bibliografía

1. Gómez-Argüelles JM, Sánchez-Solla A, López-Dolado E, et al. Mielitis transversa aguda: revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica. Rev Neurol. 2009;49:533-40.

**Palabras clave:** *Mielitis.*