



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1150 - DOCTOR, NO SIENTO LAS PIERNAS

Á. Ramos Fernández^a, V. Vázquez Rey^b, T. Martín Quiles^c, M. Buceta Picasso^d, C. Díaz Cardona^d y A. Marchán Martín^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Gijón. Asturias. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Navalcarnero. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ramón y Cajal. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villamanta. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 28 años sin antecedentes de interés en tratamiento con anticonceptivos orales, acude a consulta por cuadro de 3-4 días de evolución consistente en parestesias e hipoestesia de ambos miembros inferiores (MMII). De inicio en ambos pies que ha ascendido progresivamente hasta las caderas. Sin claro desencadenante. Afebril. Refiere episodio transitorio hace un año de diplopía vertical de 5 días de evolución por lo que fue derivada a oftalmología y neurología, pero no acudió dada la resolución espontánea.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente. Orientada. Lenguaje fluente. Pupilas isocóricas y normoreactivas, motilidad ocular extrínseca conservada. Campimetría visual sin alteraciones. No asimetría ni alteraciones en sensibilidad facial. Pares craneales bajos normales. Fuerza conservada. Sensibilidad gravemente disminuida desde T10-T11 hasta MMII. Sensibilidad vibratoria disminuida en MMII, propiocepción preservada. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. Reflejos osteotendinosos normoactivos. No dismetría. Marcha sin alteraciones. Tándem inestable. Romberg negativo. Resto sin alteraciones. Ante exploración neurológica se deriva a urgencias hospitalarias para ser valorada por Neurología, que decide ingreso para completar estudio. Analítica sanguínea sin alteraciones. Resonancia magnética: múltiples lesiones de sustancia blanca cerebral y en médula espinal compatibles con enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple. Presenta 2 lesiones en centro semioval derecho y una placa medular en cordones posteriores, con extensión centro-medular a la altura de D9, con criterios de actividad radiológica. Punción lumbar: sin alteraciones. Se inicia tratamiento corticoideo intravenoso.

Juicio clínico: Cuadro progresivo ascendente de hipoestesia en MMII en relación con placa activa medular. Lesiones de sustancia blanca cerebral compatibles con enfermedad desmielinizantes tipo esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain-Barré. Déficit B12-ácido fólico. Hernia discal. Neoplásicas. Multineuritis. Vasculitis. Infecciones.

Comentario final: La esclerosis múltiple es una de las principales enfermedades desmielinizantes

del sistema nervioso central. Se produce una activación inmunitaria que ataca las vainas de mielina causando degeneración axonal progresiva e irreversible. Ante una paciente joven con la clínica sensitiva descrita debemos pensar en esta patología y realizar una prueba de neuroimagen. Así mismo ante cualquier clínica neurológica es importante completar el estudio y realizar un correcto seguimiento, para alcanzar un diagnóstico e inicio de tratamiento precoz.

Bibliografía

1. Martínez-Altarrriba MC, Ramos-Campoy O, Luna-Calcaño IM, Arrieta-Antón E. Revisión de la esclerosis múltiple (2). Diagnóstico y tratamiento. *Semergen*. 2015;41(6):324-8.

Palabras clave: Esclerosis múltiple. Desmielinizante. Disestesia.