



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2921 - A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Ruiz de Castañeda Menéndez^a, B. Cuesta Benito^b, B. Rivas Baeza^c y M. Caballero Sánchez^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fronteras. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fronteras. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Fronteras. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto en tratamiento hormonal sustitutivo con Eutirox e intervenida de túnel carpiano derecho en septiembre de 2017, que acude a consulta por presentar cuadro de entumecimiento de miembro inferior derecho de 72 horas de evolución. La paciente describe "sensación de hormigueo" y disestesias al contacto con el frío. No edema, eritema ni aumento de temperatura. No traumatismo previo. No otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 123/67 mmHg, FC 91 lpm, afebril. Buen estado general. Normocoloreada, normohidratada, normoperfundida. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Fuerza conservada y simétrica en todos los miembros. Sensibilidad disminuida en miembro inferior izquierdo respecto al derecho. Se derivó a la paciente a Urgencias, donde fue valorada por Neurología de guardia, objetivando en su exploración la presencia de hipoestesia generalizada en miembro inferior y hemiabdomen izquierdos hasta D7, con alteración de la sensibilidad táctil y termoalgésica, así como disestesias e hiperreflexia generalizada con aumento del área reflexógena y clonus inagotable en pie izquierdo. Balance motor en miembro inferior izquierdo 4/5. En pruebas complementarias se objetivó hemograma, coagulación, bioquímica y TAC craneal normales, cursándose ingreso en planta de Neurología con juicio clínico de probable mielitis, y realizándose durante el mismo una RMN craneal y de columna en la que se observaron múltiples lesiones supratentoriales en sustancia blanca, la mayoría subcorticales, milimétricas. En columna, dos lesiones hiperintensas a nivel de C7 y D11.

Orientación diagnóstica: Esclerosis múltiple con criterios de diseminación espacial.

Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Behçet, síndrome de Sjögren.

Comentario final: Tras este caso, consideramos de gran relevancia el estar atentos y no subestimar aquellos síntomas inespecíficos que se presentan de forma aislada como lo es la hipoestesia, así como el conocer que la esclerosis múltiple presenta muy diversas formas clínicas.

Bibliografía

1. Arévalo MJ, Batlle J, et al. Guía de práctica clínica sobre la atención a personas con esclerosis múltiple (2012). Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_518_Esclerosis_multiple_compl.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence. Multiple sclerosis (2016). Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs108/resources/multiple-sclerosis-pdf-75545244362437>
3. Ramírez D, Medina J, et al. Protocolo de manejo de la Esclerosis Múltiple (2015). Disponible en:
<http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Guias/Consultas%20Publicas/2015/Noviembre/EstrategiaAltoCosto/Protocolo%20de%20Esclerosis%20Multiple.pdf>

Palabras clave: Esclerosis. Múltiple. Hipoestesia.