



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3772 - PARESTESIAS EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Alberola Cebrián<sup>a</sup>, J. Martín Peñuela<sup>a</sup>, S. Gallardo Navas<sup>b</sup> y J. Cuevas Gálvez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 29 años, sin AP de interés, con dos embarazos y partos normales, que acude a consulta por presentar, desde hace 6 meses, parestesias ocasionales en ambos miembros superiores (hasta los dedos) y debilidad de miembros inferiores hasta dificultarle la deambulación actualmente. Comenta tropiezos frecuentes. Además, asocia visión borrosa y dificultad para enfocar los objetos, lo que le produce cefalea esporádica. La paciente, asimismo, presenta intenso estado de ansiedad reactiva a episodio de violencia de género e intento de agresión sexual por parte de familiar (cuñado). Se realiza derivación con carácter preferente a neurología. Solicitamos analítica sanguínea, Rx tórax y se instaura tratamiento con prednisona 30 mg desde nuestra consulta de AP.

**Exploración y pruebas complementarias:** Alerta. Lenguaje sin rasgos disfásicos. Pares craneales normales. Paraparesia 4/5 próxima en miembros inferiores con leve espasticidad. Hoffman izquierdo. ROTs vivos rotulianos y aquíleos con clonus agotable aquíleo derecho y Babinski bilateral. Fuerza 3/5 en miembros superiores. ROT bicipital, tricpital y radial 3/4. No disimetrías. Presenta disdiadococinesia de miembro superior derecho. Marcha con ampliación de la base de sustentación. Signo de Lhermitte negativo. RM lumbar: deshidratación de discos lumbares. A nivel de L4-L5 y L5-S1 se observan relieves generalizados de los discos que obliteran parcialmente el espacio subaracnoideo anterior y ambas foraminas sin clara afectación radicular. El cono medular de morfología y señal normal. RM cerebral: lesiones desmielinizantes múltiples, a considerar en el dx diferencial como primera posibilidad una esclerosis múltiple. Punción lumbar: bandas oligoclonales positivas. Potenciales evocados visuales: pendiente.

**Orientación diagnóstica:** Esclerosis múltiple (EM).

**Diagnóstico diferencial:** Paraparesia espástica con carácter progresivo. Mielopatía compresiva. Tumor cerebral. Espondilosis cervical. Hipertiroidismo. Síndrome Devic.

**Comentario final:** La EM es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por inflamación y destrucción de la mielina del SNC, siendo la causa más frecuentes de discapacidad neurológica en adultos jóvenes (20-45 años) afectando fundamentalmente a mujeres (60%). Aún hoy sigue siendo un diagnóstico por exclusión, por tanto, la base del diagnóstico es la clínica. He ahí nuestro papel fundamental desde AP en el diagnóstico precoz.

## **Bibliografía**

1. Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodríguez M, et al. Multiple sclerosis. N. Eng J Med. 2000;343:938-52.
2. Guía de Práctica de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMFYC.

**Palabras clave:** Esclerosis múltiple. Diagnóstico precoz.