



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

S. Alberola Cebrián^a, J. Martín Peñuela^a, S. Gallardo Navas^b y J. Cuevas Gálvez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^cMédico 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.