Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):519

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3261 - PARESTESIA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO COMO DEBUT DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

P. Doña González[1], G. Águila Gómez[1] y F. Casas Galán[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 35 años sin alergias medicamentosas conocidas, ni antecedentes médicos de interés que acudió a su centro de salud porque en las últimas semanas comenzaba con hormigueos en miembro inferior izquierdo, dificultándole la marcha en los últimos días. No clara pérdida de fuerza. La paciente consultó previamente en dos ocasiones siendo diagnosticada de lumbociatalgia. Además, al interrogar a la misma, añadía que presentaba enlentecimiento del pensamiento que se manifestaba en el habla, que era coherente pero algo más lenta. La clínica había progresado, de forma más evidente en los últimos dos días. Trabajaba cogiendo peso. En el pasado alguna vez presentó sensaciones similares, pero más leves. Afebril. No presentaba dolor en ninguna localización. No sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. COC. Buena hidratación de piel y mucosas. Afebril. Eupneica. Exploración neurológica: PICNR. MOEs conservados. No alteración de pares craneales. No nistagmus. No claudicación de miembros superiores ni inferiores. Sensibilidad ligeramente disminuida en MII, fuerza conservada. Romberg negativo. Aspecto nervioso. Resto de exploración por órganos y sistemas sin hallazgos de interés. Hemograma: leucocitos 11,210/mm^3, Hb 14,6 g/dL, plaquetas 326.000. Coagulación y Bioquímica normales. ANA negativo. ECG: ritmo sinusal a 92 lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: normal. TAC de cráneo urgente: sin hallazgos de interés RMN: lesiones hipercaptantes periventriculares y medulares compatibles con lesiones desmielinizantes.

Orientación diagnóstica: Esclerosis múltiple remitente-recurrente.

Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades desmielinizantes (neuromielitis óptica) Enfermedades autoinmunes: lupus, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, síndrome antifosfolípido. Sarcoidosis. Enfermedades infecciosas. Trastorno de somatización.

Comentario final: La esclerosis múltiple cada vez es más prevalente en nuestra población y es una de las enfermedades que actualmente provoca un grado importante de discapacidad en personas jóvenes, es por ello que nunca debemos olvidar que ante la clínica de parestesias o sensación de pérdida de fuerza tenemos que pensar en dicha entidad, siendo esencial hacer un correcto diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la progresión y secuelas de dicha enfermedad.

Bibliografía

1. Cuevas-García CF, Segura-Méndez NH, Herrera-Sánchez DA. Actualidades en la inmunopatología de la esclerosis múltiple. Gac Med Mex. 2018;154(5):588-97.

Palabras clave: Trastorno de somatización. Alteración de la marcha. Esclerosis múltiple.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.