



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/210 - LA MARCHA DE BENJAMIN BUTTON

M. Lumbreras Montero, A. Esteban Navarro, G. Fernández Tabernero y M. Hernández García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 50 años que acude a urgencias derivado por su médico de familia por diplopía binocular cuando fija la mirada y visión borrosa reciente que empeora con el cansancio y mejora con la oclusión del ojo. Además presenta astenia y mareo fluctuante no relacionado con cambios posturales de 1 semana de evolución. Con sospecha de paresia del VI par craneal y sin mejoría con piridostigmina, ingresa a cargo de Neurología. El paciente desarrolla una afectación principal de miembros superiores (parestias y actitud pseudocoreica de carácter sensitivo) y de la marcha que mejora clínica y radiológicamente tras rehabilitación y tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas, orientando a un origen inmune del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: Nistagmo horizonte-rotatorio con mirada lateral derecha y nistagmo vertical en la supravversión de la mirada. Marcha inestable. Resto de exploración normal. Analítica: normal. TAC craneal: sin hallazgos. Resonancia cerebral y panmedular: Alteración parcheada en bulbo protuberancial y base mesencéfalo. Lesiones inespecíficas puntiformes en cuerpo caloso y cordón medular cervical central (desde C3 a C5) la mayor 3 centímetros, que producen discreto efecto masa; compatibles con neuromielitis óptica o enfermedad desmielinizante sin poder descartar esclerosis múltiple, proceso infeccioso, linfoproliferativo o incluso paraneoplásico. Potenciales evocados visuales: normal. Punción lumbar (2): normales.

Orientación diagnóstica: Encefalitis (afectación mesencéfalo, protuberancia y bulbo) y mielitis (afectación de C3-C5) de probable origen inmunológico.

Diagnóstico diferencial: Principalmente por la debilidad que empeora con la actividad y la diplopía fluctuante, con enfermedades de placa motora como miastenia gravis, así como lesión sistema nervioso central como esclerosis múltiple, de origen infeccioso o paraneoplásico. Por el dolor cervical y parestias cabría hacerlo con radiculopatías, Sospechar también polineuropatías adquiridas por la afectación sensitiva y marcha dificultosa.

Comentario final: Reingresa semanas después por reagudización de mielitis cervical con empeoramiento clínico (inestabilidad en la marcha, precisando aumentar base de sustentación y sujeción con el mobiliario, caquexia y debilidad importante de extremidades) y radiológico, mostrando nueva lesión supratentorial y crecimiento de las lesiones de cordón medular central desde C2 a C6. Sin respuesta a tratamiento con Inmunoglobulinas y corticoides, inicia nuevo tratamiento con plasmaféresis y rituximab con lenta mejoría.

Bibliografía

1. Martí J.F. Neurología para médicos de Atención Primaria, 4ªed.

Palabras clave: Mielitis. Debilidad. Diplopía.