



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/337 - INFECCIÓN RESPIRATORIA CON FINAL INESPERADO

E. Tobal Vicente^a, J. Polo Benito^b, C. Pérez Vázquez^b, L. Alvarado Machón^c, Á. Lafont Alcalde^d y A. Martín Martínez^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud La Condesa. León. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico de Familia. Residente. Centro de Salud La Condesa. León.

^dMédico de Familia. Residente. Centro de Salud José Aguado II. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 21 años, antecedentes de bronquitis de repetición y empiema pleural secundario a neumonía en la infancia, acude a la consulta de AP por fiebre de 4 días de evolución acompañada de tos con expectoración verdosa. Refiere debilidad en MII que se ha ido intensificando hasta impedir la movilidad de dicha extremidad.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 106/71 mmHg, FC: 105 lpm, Sat O₂: 93%. Frec respiratoria: 22 inspiraciones por minuto. Destaca la presencia de roncus y estertores bilaterales hasta campos pulmonares medios con hipofonía generalizada. Fiebre de 38,6 °C. Exploración neurológica: funciones corticales superiores normales. PICNR. Movimientos oculares externos y campimetría por confrontación sin alteraciones. Resto de pares craneales sin alteraciones. Presenta claudicación de extremidades izquierdas en las maniobras de Barré y Mingazzini. En MSI presenta una fuerza proximal de 4/5 y distal de 4/5. En MII la fuerza proximal es de 3/5 y la distal 2/5. Hiperreflexia generalizada. Babinski izquierdo. No clonus. Sensibilidad profunda y superficial normal. No disimetrías. Dificultad para la marcha por la debilidad existente en MII. Rx tórax: atelectasia del lóbulo medio con aumento de la trama broncoalveolar, No evidencia de neumotórax ni de derrame pleural. Bronquiectasias en ambos lóbulos inferiores. Se envía al servicio de urgencias hospitalarias para valoración del cuadro clínico y con la presunción diagnóstica de neumonía complicada en forma de infección en el SNC. PC en urgencias: Bioquímica: Función renal y hepática normales. Proteínas totales 5,1. Ácido úrico 1,07. Hemograma: Sin alteraciones significativas. Coagulación: INR: 1,2; TC craneal: pequeña hipodensidad en sustancia blanca frontal y periventricular derecha. No realce tras administración de contraste. Ingresa en neurología para estudio concluyendo con el diagnóstico de LMP secundaria a inmunodeficiencia.

Juicio clínico: Leucoencefalopatía multifocal progresiva secundaria a inmunodeficiencia.

Diagnóstico diferencial: 1. LMP. 2. Absceso cerebral. 3. Debut de esclerosis múltiple. 4. Empiema subdural. 5. Neoplasia cerebral.

Comentario final: La LMP aparece en pacientes inmunodeprimidos y se caracteriza por una desmielinización multifocal que afecta al SNC. Se debe a la infección por el papovavirus JC. Los pacientes suelen presentarse con trastornos visuales, deterioro de funciones superiores o con

presencia de déficits motores como es el caso de la paciente. En la TC se observan lesiones hipodensas en sustancia blanca que no captan contraste ni presentan edema, pero el diagnóstico definitivo requiere de una biopsia cerebral.

Bibliografía

1. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2013.
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.