Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):1138

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-285. - DIFERENTES FORMAS DE INICIO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

J. Caballero Castro[1], M. Vidal Marín[1], M. Villanueva Gimeno[1], V. Muñoz Mendoza[1], J. Vicario Bermúdez[1], A. Garzarán Teijeiro[1], C. Iannuzzelli[2], F.J. Lerín Sánchez[1] ; [1]Servicio de Medicina Interna. [2]Medicina de Familia. Hospital Obispo Polanco. Teruel (Teruel).

Resumen

Objetivos: Conocer diferentes formas de presentación clínica en pacientes con esclerosis múltiple (EM) en nuestro hospital.

Métodos: Mujer de 31 años, sin antecedentes clínicos de interés, hace 4 años en presenta disminución de la fuerza en EID, RNM se identifica cavidad siringomiélica en cono medular, recibe AINEs y cuadro remite en 15 días; hace 20 días refiere disminución progresiva de la fuerza en EEII, parestesias, inestabilidad a la marcha, visión borrosa, tenesmo y pujo vesical y anal. En forma particular realizan RNM medular con focos de alteración de señal en cono medular en relación a probables focos de desmielinización. Al examen nistagmus horizonto-rotatorio no agotable, disminución de la fuerza de EEII a predominio derecho con BM de 2-3/5, parestesias con nivel sensitivo en dermatoma D10, hiperreflexia, babinsky bilateral, aumento de la base de sustentación. Varón de 32 años, sin antecedentes clínicos de interés, en forma brusca diplopía monocular de OI, al examen nistagmus horizonto-rotatorio bilateral con compensación cefálica de la mirada, TC craneal urgente normal. Mujer de 37 años sin antecedentes clínicos de interés, con cervicalgia de un mes de evolución irradiada a zona occipital, recibe AINEs sin mejoría, el día previo al ingreso presenta en forma brusca déficit visual derecho tipo "velo" asociado a dolor ocular intenso, examen neurológico normal, valorada por oftalmología impresiona de neuritis retrobulbar derecha.

Resultados: La primera paciente cuenta con RNM cerebral, cervical y dorsal con afectación difusa bulbar, pontina, cerebelosa, peduncular, talámica, mesencefálica y cervicodorsal hasta cono medular con extensos focos de desmielinización parcheada, los potenciales evocados somatosensoriales son positivos, presencia de bandas oligoclonales en LCR, impresiona de esclerosis múltiple RR, inician corticoides a altas dosis con mejoría subjetiva franca. El segundo cuenta con RNM cerebral con lesión protuberancial desmielinizante y dos dudosas a nivel cervical, presencia de bandas oligoclonales en LCR, los potenciales evocados con neuropatía desmielinizante del nervio óptico derecho y disfunción de la vía somatosensorial derecha, impresiona de esclerosis múltiple, se inicia corticoterapia a altas dosis con mejoría parcial, por lo cual se inicia tratamiento con inmunomoduladores con clara mejoría, en RNM cerebral de control con franca disminución de lesión. La tercera cuenta con RNM cerebral con dos lesiones de hiperseñal en la sustancia blanca supratentorial inespecíficas, los potenciales evocados visuales objetivan neuritis óptica derecha de carácter desmielinizante, presencia de bandas oligoclonales en LCR, RNM cerebral de alto campo con focos de gliosis inespecíficos, inician corticoides a altas dosis con mejoría subjetiva, luego de unos meses, cursa con hemisindrome sensitivo, RNM de control con aumento de carga lesional

supratentorial, impresiona de esclerosis múltiple RR y se inicia tratamiento con inmunomoduladores.

Discusión: La EM es una enfermedad crónica, con focos de inflamación que pueden desmielinizar en forma definitiva, más frecuente en adultos jóvenes, mujeres 2:1. Etiología desconocida. Cuatro tipos clínicos basados en la progresión de los síntomas y su remisión. El cuadro clínico consiste en trastorno sensitivo, neuritis óptica, trastorno motor, disfunción del tronco cerebral, alteración cerebelosa y otros. El diagnóstico precisa de pruebas específicas: RNM cerebral, anticuerpos, serologías, potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales, isoelectroenfoque de LCR para detección de bandas oligoclonales. El tratamiento en función de la situación clínica, corticoides a altas dosis e inmunomoduladores como el interferón.

Conclusiones: No existe clínica típica de EM, algunos síntomas son característicos tales como: síntomas sensoriales, déficit visual, déficit motor, diplopía. El inicio es a menudo polisintomático, dato a tener en cuenta en estos pacientes.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.