

ARTÍCULO ORIGINAL
Original article

Fecha de recepción: 24-03-2013
Fecha de aceptación: 15-04-2013

COMUNICACIÓN CLÍNICA/
CLINICAL COMMUNICATION

NEUROMIELITIS ÓPTICA, ENFERMEDAD DE DEVIC.

DRA. MARLENE ÁLVAREZ SERRANO*
DRA. MARCIA VANEGAS BRAVO**
SRTA. ANDREA ANDRADE PEÑALOZA***

* Especialista en Medicina Interna. Magister en Investigación de la Salud. Docente Principal de la Universidad de Cuenca.

** Especialista en Medicina Interna. Docente de la Universidad de Cuenca.

*** Estudiante de Medicina.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no haber conflicto de intereses.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se estudia un paciente de sexo masculino, de 45 años de edad, soltero, procedente y residente en el cantón Pucará, provincia del Azuay, de ocupación guardia de seguridad, con primaria completa, católico, que ingresa por presentar desde hace 4 días parestesias en miembro inferior izquierdo que luego se extienden a miembro inferior derecho, dos días antes de su ingreso presenta paraparesia especialmente en miembro inferior izquierdo, sin alteraciones en el control de esfínteres. Tiene como antecedente patológico personal amaurosis del ojo derecho desde hace 9 años sin causa aparente, y disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo desde hace 7 meses. Al ingreso presenta signos vitales normales. En el examen neurológico se observa al paciente alerta, orientado en el tiempo, el espacio y persona; al examen de pares craneales se observa en el ojo derecho amaurosis, pupila midriática no reactiva, en el ojo izquierdo visión de cuenta dedos, midriasis con pupila reactiva a la luz; en el examen de fondo de ojo se observa papilas pálidas bilaterales, III, IV, VI con movimientos oculares normales, fuerza muscular 2/5 en miembro inferior izquierdo y 4/5 en miembro inferior derecho, REM ++++/++ en miembro inferior izquierdo, con clonus agotable y +++/++ en miembro inferior derecho, Babinsky bilateral, nivel sensitivo T12 -L1, marcha no valorable, taxia normal, hiperestesia en MII (muslo) y en MID hipoalgesia e hipopalestesia, signos meníngeos ausentes. La fuerza muscular y los REM en miembros superiores conservados. El resto de su examen físico es normal.

Exámenes complementarios: edema de papila, RMN captación de gadolinio (Figuras 1,2 y 3).

Palabras clave: parestesia, paraparesia, pares craneales, amaurosis, Babinsky, clonus, midriasis, visión en cuenta dedos.

DISCUSIÓN

El presente caso se aborda desde varios puntos de vista: el paciente debuta con sintomatología neurológica poco frecuente en la práctica clínica diaria como parestesias y paraparesias iniciadas hace 2 y 4 días previos al ingreso y que al objetivizar los datos registrados en la historia clínica se plantearían los siguientes problemas a ser solucionados: afección de neurona motora superior, compromiso de la sensibilidad superficial y profunda, y anomalías de ciertos pares craneales.

Topográficamente, al no existir alteraciones del estado de conciencia, se descartan lesiones supratentoriales, sino más bien ésta se ubicaría a nivel infratentorial, con afección de médula espinal bilateral con predominio izquierdo (T12 o L1) sin que existan datos para pensar en síndrome de Brown-Sequard porque el compromiso de la sensibilidad profunda es ipsilateral y no contralateral, por lo que se estaría frente a un síndrome medular.

No deben perderse de vista las afecciones a nivel ocular⁽⁶⁾. Un fondo de ojo que demuestre palidez a nivel del disco óptico con visión normal puede ser una variante de la normalidad, pero cuando existe alteración de la agudeza visual se asocia, entre otras causas, a lesiones inflamatorias, deficiencias nutricionales y enfermedades heredo degenerativas; igualmente, la presencia de pupilas no reactivas unilaterales se presentan en afecciones locales del iris, compresión del nervio motor ocular común (sea por tumores o por aneurismas), trastornos del nervio óptico como neuritis óptica⁽³⁾, esclerosis múltiple o iatrogénica (fármacos midriáticos).

Considerando la evolución de la afección ocular que ocurre hace 7 meses del lado izquierdo y 9 años del lado derecho, más los resultados del fondo de ojo, existe correlación que el proceso patológico del paciente sea de naturaleza inflamatoria⁽⁸⁾ (neuritis óptica), sin que se pueda descartar que se trate de lesiones compresivas sobre el III par, aunque menos probable, pues, los movimientos oculares están conservados.

Al continuar el análisis, no se debe excluir sino profundizar en la posible etiología de patologías no muy frecuentes como las Mielopatías desmielinizantes, como la esclerosis múltiple⁽¹⁻⁷⁻⁸⁾; pudiera, en el presente caso, tratarse de un primer episodio debido a que en ocasiones debuta con constelación de signos y síntomas neurológicos y que, según la historia natural de la enfermedad, pueden agravarse siendo característico la deficiencia o ceguera unilateral de menor grado que en la neuromielitis óptica de la enfermedad de Devic, también, se descarta la enfermedad de Leber en el que el deterioro visual es gradual y menos intenso que en la enfermedad de Devic.

Además, este caso no estaría a favor de una encefalomiелitis diseminada aguda que generalmente se presenta en el transcurso de una afección viral aguda principalmente sarampión o varicela.

Neoplasias: que pudieran ser primarias del sistema nervioso⁽⁴⁾, que en este paciente se debería pensar inicialmente enependimoma (90% de tumores medulares).

Enfermedades vasculares: como el infarto espinal, aunque se eliminaría este diagnóstico debido a que debuta con afección medular más signos de motoneurona inferior. **Enfermedades sistémicas:** menos probables como el Síndrome de Sjögren primario con compromiso del sistema nervioso central, LES, artritis reumatoide, porque no hay datos relevantes en la historia clínica. Infecciones, como sífilis en etapa terciaria, tuberculosis (en su variedad de enfermedad de Pott que provoque compresión medular secundaria siendo más frecuente en territorios medulares altos), VIH, linfoma, criptococosis o herpes-virus. Menos frecuentes, laparaparesia espástica tropical, afección secundaria a infección por HTLV tipo II, pero que en este caso no correspondería porque no se encuentra espasticidad al examen físico.

Por lo tanto, y luego de considerar las diferentes afecciones medulares, se trataría de neuromielitis óptica de Devic⁽⁹⁻¹⁰⁾ que afecta sobre todo a adultos jóvenes con pérdida de la visión marcada, precedida de paraparesia consecutiva a mielitis transversa; la pérdida visual es grave y afecta uni o bilateralmente, se acompaña de edema papilar de grado variable, como se observa en la figura 1. Y captación de gadolinio en la RNM⁽²⁻⁶⁾ en más de 3 cuerpos vertebrales observados en las figuras 2 y 3, exámenes realizados en el paciente.

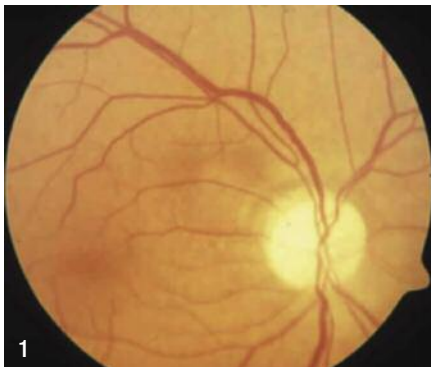
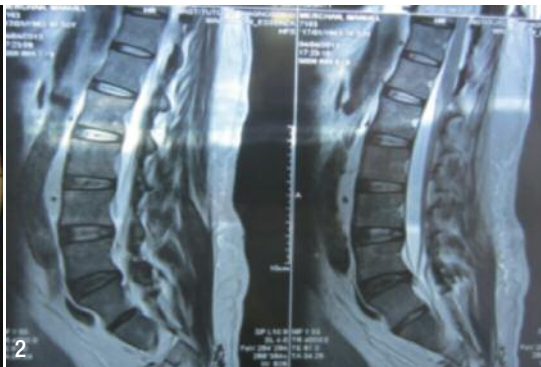


Foto 1: Edema papilar.



Fotos 2: Captación de gadolinio en la RNM.



Foto 3: captación en más de 3 cuerpos vertebrales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polman C, Reingold S, BanweBl, Clanet M, Cohen JA, Filippi M. et al. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Ann Neurol. 2011. p. 292-302.
2. WingerchukDM, Lennon VA, PittockSj. et al. Diagnostic Criteria for Neuromyelitis: Neurology. 2006;66. p. 1485-9.
3. Lennon VA, Wingerchuk DM, KryzerTJ. et al. Neuromyelitis Optica: distinction from multiple sclerosis.Lancet. 2006. p. 2106-12.
4. Wingerchuk DM, Weinshenker BG.Neuromyelitis Optica. CurrTrat Options Neurol. 2005.p. 173-182.
5. Granados A,García. L, et al.Enfoque Diagnóstico de las Mielopatías.Artículos de revisión. Revista Colombiana Radiolog.2011;22:(3): 3231-51.6.6.
6. Millán-Rodríguez A.C., Lázaro-González V, Dios-Castro E, Regal A, Cores F.J, Fernández-Vila P.C. Disminución de agudeza visual, primer síntoma de un tumor medular. ArchSocEspOftalmol 2008 v.83 n.7.
7. LopateguiC,CervantesM,Penton Rol.G.Neuromielitis Óptica: Principales Diferencias con la Esclerosis Múltiple.An. Med.Interna (Madrid).2013; 25(6): 294-296 .
8. Alvarez A, Neuromielitis Óptica. Patología Diagnóstico y Tratamiento del Siglo XXI.Revista Salud Bosque 2012, vol 2; número 1. p. 35-45.
9. Planas N, Muñoz S,ArrugaJ. Protocolo, Diagnóstico y Terapéutico de la Neuritis Óptica en Adultos.Annals de Oftalmología 2009; 17; Pag: 144-151.
10. Chiquete E,Navarro J. et al. Neuromielitis Óptica.Rev. Neurolog .2010;51.Pag. 289-294.