

Síndrome clínico aislado en esclerosis múltiple: informe de caso

Isolated clinical syndrome in multiple sclerosis: case report

Beatriz Pisquiy Quemé⁽¹⁾, Víctor García⁽¹⁾.

1. Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios, Quezaltenango, Quezaltenango, Guatemala.

Correspondencia: Dra. Ana Beatriz Pisquiy Quemé, anabeatrizpisquiy20@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i4.547>

Recibido: 10 de Junio 2022 - **Aceptado:** 4 de Julio 2022 - **Publicado:** Diciembre 2022

Resumen

La esclerosis múltiple (EM) es la enfermedad desmielinizante inflamatoria, mediada por el sistema inmunitario, más común del sistema nervioso central. Se presenta un caso de esclerosis múltiple en paciente de 25 años de edad, que consultó por pérdida de la visión del ojo izquierdo acompañada de hemiparesia derecha, que se desarrolló de forma aguda, con una duración de más de 24 horas, en ausencia de fiebre o infección. En resonancia magnética cerebral se evidenciaron lesiones hiperintensas que sugirieron evento desmielinizante inflamatorio multifocal. Bandas oligoclonales en suero y líquido cefalorraquídeo positivas. Luego del tratamiento con corticoesteroides, la paciente presentó mejoría clínica.

Palabras clave: esclerosis múltiple, bandas oligoclonales, neuritis óptica.

Abstract

Multiple sclerosis (MS) is the most common immune-mediated, inflammatory demyelinating disease, of the central nervous system [1]. A case of multiple sclerosis is presented in a 25-year-old patient, who consulted for loss of vision in the left eye accompanied by right hemiparesis, which developed acutely, lasting more than 24 hours, in the absence of fever or infection. Brain MRI showed hyperintense lesions that suggested a multifocal inflammatory demyelinating event. Positive oligoclonal bands in serum and cerebrospinal fluid. After treatment with corticosteroids, the patient showed clinical improvement.

Keywords: Multiple sclerosis, oligoclonal bands, optic neuritis.

Reporte de caso

Paciente de 25 años de edad, sin antecedentes de importancia; quien cuatro días antes de consultar, mientras iba caminando presentó visión borrosa y posteriormente pérdida repentina de la conciencia durante 30 minutos. Luego del episodio, notó pérdida de la visión del ojo izquierdo acompañada de hemiparesia derecha y disartria. Dicha sintomatología se acentuaba al exponerse al sol. Consultó con un médico, quien solicitó resonancia magnética cerebral (REM). A su ingreso, la paciente estaba consciente y orientada, Glasgow de 15 puntos, sin fiebre. En ojo izquierdo se evidencia pupila de Marcus Gunn, alteración del movimiento horizontal y a la evaluación oftalmológica, palidez de mácula y papila. Fuerza muscular (FM) 4/5, ROTS: II/IV en el hemicuerpo derecho; FM 5/5, ROTS: II/IV en el hemicuerpo izquierdo. Sensibilidad superficial profunda conservada. Fenómeno de Uhthoff positivo, maniobra de Barre positiva, prueba de Romberg positiva, marcha amplia, signo de Lhermitte negativo. En secuencia T1 y 2 de REM cerebral con lesiones hiperintensas en ganglios basales y región parietoccipital izquierdos; secuencia Fleir con lesión que capta el medio de contraste en núcleo caudado izquierdo (lesión activa) (fig.1).

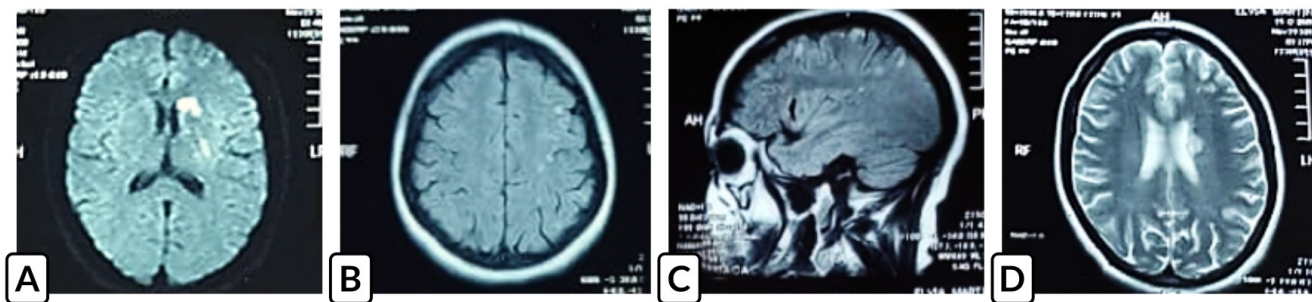


Figura 1. Se observa en secuencia T1 lesiones hiperintensas en región periventricular y ganglios basales izquierdos (A), en región parietoccipital yuxtacortical izquierda (B, C). En secuencia T2 lesión hiperintensa periventricular (D).

Al evaluar caso, conjuntamente con neurología, considerando como primera posibilidad diagnóstica, esclerosis múltiple, se inician pulsos de 1 gramo de metilprednisolona cada 24 horas, por 5 días. Pruebas autoinmunes (C3, C4, anti-DNA nativo, factor antinuclear) eran negativas. Luego del tratamiento con corticoesteroides, la paciente presentó mejoría clínica, recuperando la movilidad del hemicuerpo derecho y de la visión, progresivamente. Se realizaron bandas oligoclonales en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR); eran positivas de tipo 2, apoyando diagnóstico de esclerosis múltiple.

Discusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante inflamatoria inmunomediada, que generalmente se presenta en adultos jóvenes de 20 a 30 años [1], como el caso de la paciente quien tenía 25 años de edad. Ciertas características clínicas son típicas, pero la enfermedad tiene un ritmo muy variable y muchas formas atípicas; la mayoría de los pacientes tienen una enfermedad remitente recurrente [2]. En este caso la paciente se presentó con un síndrome clínicamente aislado típico multifocal (neuritis óptica unilateral y síntomas/signos de vías largas) compatible con una etiología desmielinizante sugestiva de EM. La demostración clínica y por REM cerebral de diseminación en el espacio, y la presencia de bandas oligoclonales específicas del LCR, permitió el diagnóstico de esclerosis múltiple, tomando en cuenta la última revisión de los criterios de McDonald [3]. La metilprednisolona IV es el tratamiento de primera línea preferido para la recaída aguda de la EM [4], en este caso se utilizó considerando la presentación aguda clínica y radiológica de EM, obteniendo una adecuada respuesta.

Referencias bibliográficas / References

1. Mcginley M, Goldschmidt C, Rae-Grant A. Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis. A review. JAMA. 2021;325(8):765-779.
2. Dobson R, Giovannoni. Multiple Sclerosis: a review. Eur J Neurol. 2019 ene;26(1):27-40.
3. Thompson A, Banwell B, Barkhof F, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol 2018; 17: 162-73.
4. Wang C, Ruiz A, Mao-Draayer Y. Evaluation and Treatment Strategies for Multiple Sclerosis Relapse. J Immunol Clin Res. 2018; 5(1): 1032