

“ALGO PARECE, LUMBALGIA NO ES”

Ester Hernández Martín

Medicina Interna del Hospital del Bierzo

8 junio 2019

♂ 31 años: Lumbalgia postraumática

ANTECEDENTES PERSONALES:

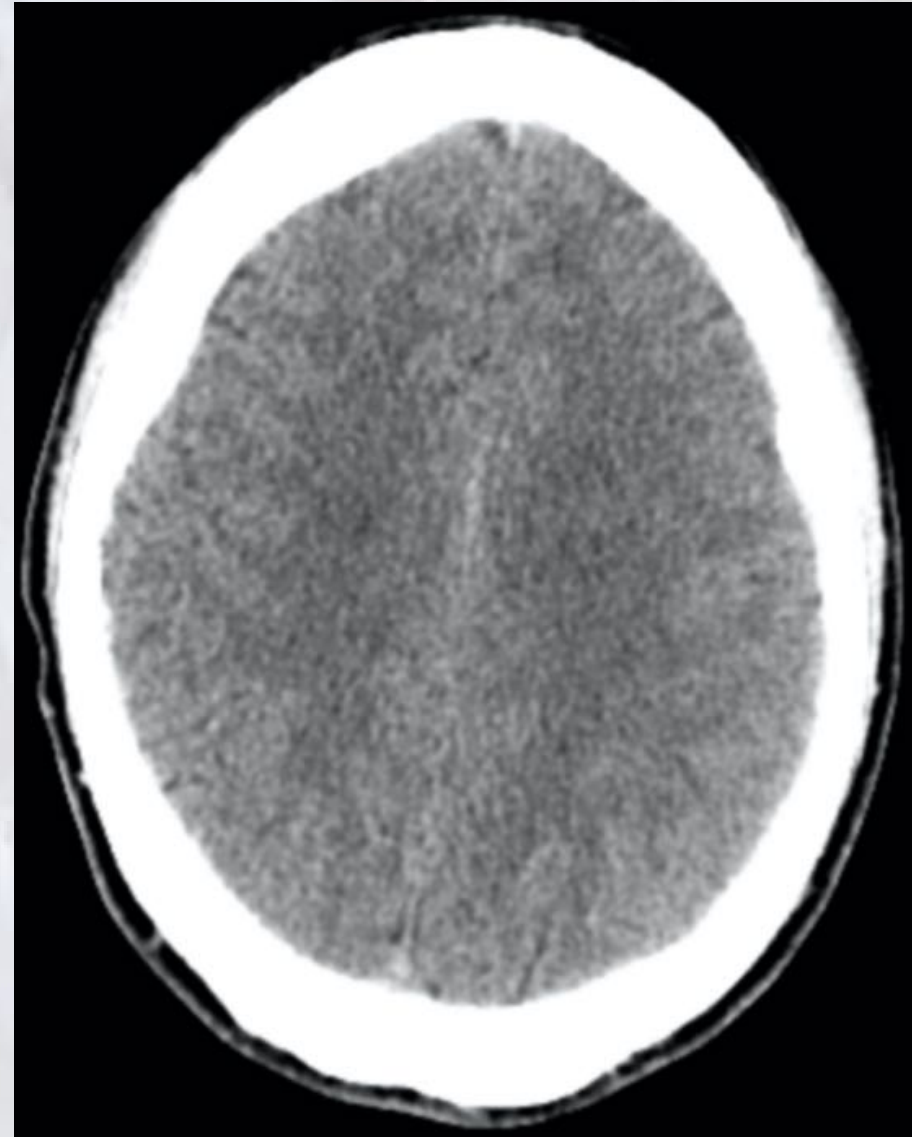
- No AMC.
- Fumador de 6 cigarros de cannabis al día. Bebedor ocasional.
- Sin otros antecedentes de interés.
- No sigue tratamiento habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL: El paciente refiere fuerte dolor lumbar tras traumatismo accidental. La familia cuenta que le notan más nervioso de lo habitual, sudoroso, y había referido mareos por lo que había consultado a su MAP quien le había pautado Betahistina. Las semanas previas había estado de viaje en la nieve con unos amigos, pero niega consumo de alcohol ni otros tóxicos a parte de la marihuana.

EXPLORACIÓN FÍSICA: La exploración física es rigurosamente normal, a excepción de la exploración neurológica, que destaca inquietud motora, disminución del parpadeo, pupilas isocóricas midriáticas, parálisis facial central izquierda, hipoestesia termoalgésica en hemicuerpo izquierdo, hemiparesia izquierda 4/5, y disminución de los reflejos osteotendinosos 4/5, en ocasiones movimientos involuntarios como temblores en EEDD acompañados de discinesias bilaterales.

Pruebas complementarias

- **BIOQUÍMICA, HEMOGRAMA Y COAGULACIÓN:** Normales.
- **DROGAS DE ABUSO EN ORINA:** Positivo para Marihuana.
- **RX TÓRAX:** ICT normal, no derrame pleural, no condensaciones ni patología aguda.
- **TC CRANEO** →
- **LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO:** ADA 5, glucosa 65.8, proteínas 21.5, leucos 14, hematíes 40.





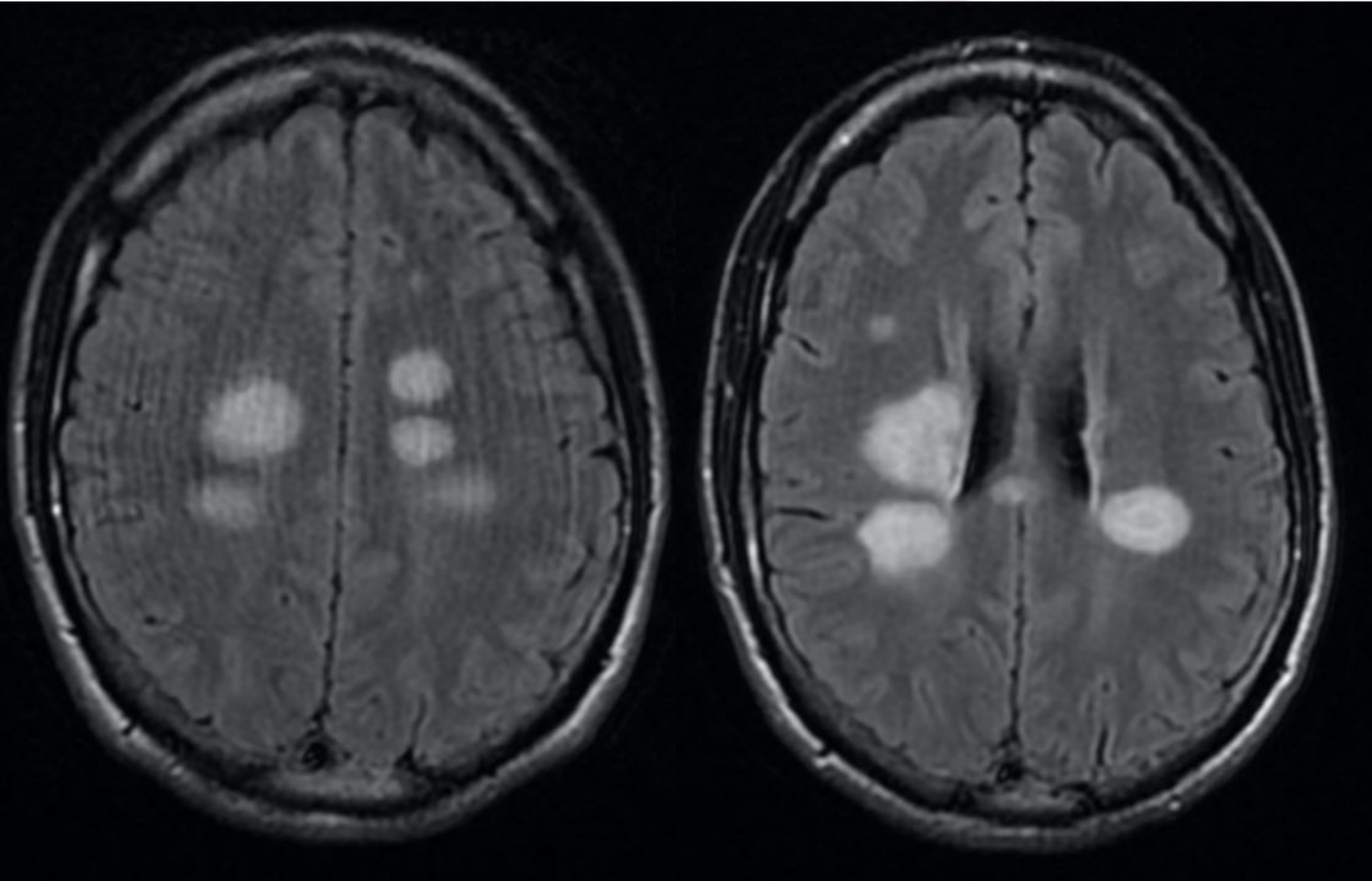
Tratamiento empírico

- Aciclovir intravenoso.
- Diazepam.

Otras pruebas complementarias

- **SEROLOGÍA VÍRICA EN SANGRE:** Negativa para VHC, VHD, VHB, VIH, Brucella, Lúes, sífilis y Borrelia negativo.
- **INMUNOLOGÍA:** ANA, ELISA, antiDNA negativo. Anticuerpos IgG cardiolipina negativos. Cardiolipina anticuerpos IgM negativos. ECA normal. Anticuerpos onconeuronales no detectados.
- **PROTEÍNAS EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO:** Se observan 12-14 bandas oligoclonales con un suero de aspecto policlonal, patrón compatible con síntesis intratecal de IgG.
- **EEG:** Características normales que muestra abundantes ritmos rápidos de probable origen medicamentoso.

RMN



ENCEFALO(MIELITIS) DISEMINADA AGUDA



CARÁCTERÍSTICAS GENERALES

Enfermedad inflamatoria autoinmune desmielinizante del SNC
Precedente de infección vírica o vacunación (niños < 10 años)
Instauración progresiva, aguda-subaguda
Monofásica y polisintomática

PATOGENIA

Desorden en el SNC en individuos genéticamente predispuestos desencadenado ante estímulos medioambientales: Autoantígenos de la mielina / Complejos inmunes se filtran en los vasos

CLÍNICA

Encefalopatía, meningoencefalitis, déficits motores y sensitivos, otros (neuritis óptica, signos focales, mioclonías, mielitis transversa, HTIC, RAO...)

ENCEFALO(MIELITIS) DISEMINADA AGUDA



DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica y exploración física
- ✓ Punción lumbar: con bandas oligoclonales e IgG
- ✓ RMN
- ✓ DD con EM

TRATAMIENTO

1. Corticoterapia:
 - Corticoides iv: Metilprednisolona 1 g/24 horas (3-5 días)
 - Pauta oral descendente de corticoides (4-6 semanas)
2. Inmunoglobulina iv: IgG 0.4g/Kg/día durante 5 días
3. Plasmaféresis: 7 sesiones en 2 semanas
4. Otros: Ciclofosfamida, Mitoxantrona

PRONÓSTICO

- Peor que en niños: Mortalidad en adultos del 12%
- Recuperación completa en el 46% de los pacientes

Tratamiento definitivo

- Metilprednisolona iv
- IgG iv durante 5 días
- Clonazepam 0.5mg cada 8 horas
- Quetiapina 25 mg si alucinaciones
- Distraneurine 2 comprimidos antes de acostarse



Evolución

- Tras tratamiento con IgG presentó mejoría clínica significativa
- Comienza tratamiento rehabilitador
- Recuperación de fuerza y sensibilidad con persistencia de ataxia al alta
- Revisión en 3 meses con RMN

Tratamiento definitivo

- Metilprednisolona iv
- IgG iv durante 5 días
- Clonazepam 0.5mg cada 8 horas
- Quetiapina 25 mg si alucinaciones
- Distraneurine 2 comprimidos antes de acostarse



Por el síndrome de abstinencia a marihuanna

Evolución



- Tras tratamiento con IgG presentó mejoría clínica significativa
- Comienza tratamiento rehabilitador
- Recuperación de fuerza y sensibilidad con persistencia de ataxia al alta
- Revisión en 3 meses con RMN

Ideas para llevar a casa

- ✓ ADEM es una enfermedad desmielinizante del SNC que suele precederse por una infección o vacunación.
- ✓ Es poco común. Suele ser más frecuente en niños que en adultos.
- ✓ Las lesiones suelen ser bilaterales y asimétricas en la sustancia blanca.
- ✓ En adultos el diagnóstico diferencial con la esclerosis múltiple es difícil.
- ✓ Suelen mejorar con el tratamiento pero la recuperación completa solamente ocurre en el 46%.

Bibliografía

- Höllinger P, Sturzenegger M, Mathis J, et al. Acute disseminated encephalomyelitis in adults: a reappraisal of clinical, CSF, EEG, and MRI findings. J Neurol 2002; 249:320.
- Kaji M, Kusuhara T, Ayabe M, et al. Survey of herpes simplex virus infections of the central nervous system, including acute disseminated encephalomyelitis, in the Kyushu and Okinawa regions of Japan. Mult Scler 1996; 2:83.
- Lin CH, Jeng JS, Hsieh ST, et al. Acute disseminated encephalomyelitis: a follow-up study in Taiwan. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78:162.
- Lakhan SE. Teaching neuroimages: MRI time lag with acute disseminated encephalomyelitis. Neurology 2012; 78:e138.



¡MUCHAS GRACIAS!