



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE MIELITIS TRANSVERSA”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Marín Tabares, Adriana Paola

Tutor: Dr. Lana Saavedra, Héctor Enrique

Ambato – Ecuador

Abril, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE MIELITIS TRANSVERSA”, de Marín Tabares Adriana Paola, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero de 2017

EL TUTOR

.....
Dr. Lana Saavedra, Héctor Enrique

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE MIELITIS TRANSVERSA”, como también de los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Ambato, Febrero del 2017

LA AUTORA

.....
Marín Tabares, Adriana Paola

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2017

LA AUTORA

.....
Marín Tabares, Adriana Paola

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: “DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE MIELITIS TRANSVERSA” de: Marín Tabares Adriana Paola estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, abril del 2017

Para la constancia firman

.....
1er Vocal

.....
2do Vocal

.....
PRESIDENTE/A

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación se lo dedico a Dios por darme la oportunidad de levantarme con vida cada día, por tantas bendiciones que me han permitido cumplir mis objetivos y levantarme de mi continuo tropiezo, por ser el creador de las personas que más amo, pero sobre todo por su infinita bondad y amor, a mis padres por su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, sus valores impartidos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, con mucho amor Carmita y Paúl, a mis hermanos por brindarme su ayuda siempre que lo necesito, por ser mi motor para en todas las circunstancias intentar ser su mejor ejemplo, con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Sebastián Ramón, por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, porque ha estado siempre brindándome su comprensión, amor y ternura, aún en los momentos más difíciles, a mi hermosa hija, mi razón de ser, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día y luchar siempre para lograr un futuro mejor, te amo mi Amelia, a mis abuelitas por ser mi ejemplo de lucha, mi apoyo incondicional, mis segundas madres, con mucho amor mami Maru y Teresita, a todos quienes forman parte de mi familia que sin esperar nada a cambio me han brindado su ayuda y han compartido junto a mí, sus alegrías y tristezas.

Marín Tabares, Adriana Paola

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios, por enseñarme que bajo su amor todas las cosas son posibles, por tantas bendiciones, que me han permitido encontrar el camino correcto de la vida. A mis padres, por su ejemplo de perseverancia y dedicación, porque pese a la adversidad de las circunstancias siempre me han inculcado valores que me han transformado en una mujer honesta, valiente y capaz, gracias por toda su paciencia y apoyo, padres, los amo. A mis hermanos por su apoyo y confianza, por estar siempre a mi lado, por ser mi inspiración. A mi amado esposo quién se esfuerza cada día para darnos siempre lo mejor, por su infinito amor, porque sé que, daría su vida por su familia. A mi hija que en todo momento sus abrazos y sus sonrisas son mi mejor recompensa y razón para esforzarme y seguir adelante. A mi Tutor de caso por su paciencia y por guiarme en cada paso de este proyecto. A mis maestros de la Universidad Técnica de Ambato quienes son parte importante de mi formación, ya que me impartieron los conocimientos necesarios para superarme y que hoy esto, sea posible. A toda mi familia, amigos y amigas y a todas las personas que me brindaron su apoyo y motivación para seguir adelante y cumplir mis propósitos.

Marín Tabares, Adriana Paola

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. DEFINICIÓN.....	2
1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA.....	2
1.3. FACTORES DE RIESGO.....	3
1.4. FISIOPATOLOGÍA.....	3
1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	4
1.6. RELEVANCIA ANATÓMICA.....	5
1.7. DIAGNOSTICO.....	7
1.8. TRATAMIENTO.....	8
1.9 PRONÓSTICO.....	9
2. OBJETIVOS.....	10
2.1.- Objetivo general.....	10
2.2.- Objetivos específicos.....	10
3. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	11
3.1 Datos de Identificación.....	11
3.2 Descripción del caso.....	11
3.3. Fuente de Información.....	26
4. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	27
4.1 Factores de riesgo.....	28
4.2 Análisis de los Factores relacionados con los Servicios de Salud.....	28

4.2.1 Oportunidades en la Solicitud de la consulta	28
4.2.2 Acceso a la Atención Médica.....	29
4.2.3 Oportunidades en la atención.....	29
4.2.4 Características de la atención	29
5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	29
6. CARACTERIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	30
7. CONCLUSIONES	30
8. RECOMENDACIONES	31
9. BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA	32
ANEXOS	35

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE MIELITIS TRASNVERSA”

Autora: Marín Tabares, Adriana Paola

Tutor: Dr. Lana Saavedra, Héctor Enrique

Fecha: Febrero, 2017

RESUMEN

El presente caso clínico corresponde a un paciente masculino de 53 años de edad, con antecedentes patológicos personales clínicos de dolor y parestesias de miembros inferiores y quirúrgicos de safenectomía izquierda por dos ocasiones y hernioplastia inguinal izquierda hace un año. Quién acude por presentar cuadro de astenia generalizada y progresiva de tres días de evolución, que siete horas previas al ingreso exacerba provocando dificultad para la deambulación y se acompaña de parestesias esporádicas de miembros inferiores. Al examen físico de ingreso presenta TA: 110/60 mmHg, FC: 61 LPM, FR: 18 RPM, SATO2: 97% AA, T: 36.7°C, PESO: 68 Kg, TALLA: 165 cm, IMC: 25 m/kg, paciente despierto, consciente, afebril, hidratado, álgido, cabeza normocefálica, sin patología aparente, ojos pupilas de 2mm isocóricas, normoreactivas a la luz y a la acomodación, oídos normales, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas, orofaringe normal, cuello no doloroso a la palpación ni al movimiento, tiroides OA, tórax expansibilidad conservada, pulmones con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, corazón con ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, abdomen suave, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, cicatriz de hernioplastia en región izquierda, región lumbar dolorosa a la dígito presión a nivel de L1-L2, miembros inferiores con fuerza disminuida 1/5, tono conservado, sensibilidad algésica y táctil abolida, (nivel sensitivo hasta región de caderas T12-L1), reflejos osteotendinosos

Rotuliano y Aquileo (hiperreflexia), Babinski negativo, Lasegue negativo, **Examen Neurológico:** paciente orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, Funciones mentales superiores conservadas. Pares craneales: conservados. **Examen Motor:** paciente permanece en decúbito dorsal, no se puede valorar la marcha, sensibilidad de miembros superiores conservada, de miembros inferiores abolida. **Exámenes complementarios:** Perfil Tiroideo, Prostático y Lipídico: Normales, Proteína C Reactiva: Negativo, Procalcitonina: 0.08, Biometría Hemática: Normal, Anticuerpos: Normales, Anticardiolipina: 3,9, Anticardiolipina IGM: 1, Beta2 Cardiolipina; 1,6, Anticuerpos Antinucleares: 0,04, Glucosa: 97,70, Urea en suero: 62,4, Creatinina 0,9, Na 139 K 4,2, Velocidad de eritrosedimentación: 3, Latex: Negativo, V.D.R.L: No reactivo, Citomegalovirus IGG: >500.00, IGM: 0,252, Hepatitis C: 0,067, Herpes I – IGG: 44,42, Ácido Fólico 11,42, Albúmina; 3,9.

Ingresa al servicio de Neurología con diagnóstico de paraplejía en estudio; no se logra establecer un diagnóstico claro basado en los datos de la historia clínica, se mantiene en observación con terapia para el dolor, complejo B y fisioterapia, se realizan exámenes complementarios con el fin de establecer la etiología, obteniéndose exámenes con resultados dentro de los parámetros normales, durante su hospitalización presenta evolución clínica favorable y aumento progresivo de la actividad motora de miembros inferiores, presentando fuerza muscular de 3/5 y notoria sensibilidad hasta S2 y S3, logra mantenerse de pies e inicia su deambulación, por lo que se cataloga como cuadro clínico de mielitis transversa y se decide su alta hospitalaria, con seguimiento por parte de fisiatría. Hasta el momento se ha logrado un gran avance en su actividad motora, consiguiendo su deambulación en pasos cortos, sin ayuda, continúa recibiendo fisioterapia.

PALABRAS CLAVES: PARESTESIAS, DOLOR_LUMBAR,
NERVIOSOS_CENTRAL, MIELITIS_TRANSVERSA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCE

MEDICAL CAREER

“DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSTIC OF TRANSVERSE MYELITIS “

Author: Marin Tabares, Adriana Paola

Tutor: Dr. Lana Saavedra Hector Enrique

Date: February, 2017

SUMMARY

The present clinical case corresponds to a 53 years old male patient with personal clinical pathologic antecedents of pain and paresthesia of the lower members, he has a surgical treatment antecedents of left saphenectomy during two times. Left inguinal hernioplasty from one year ago. He is attended because he presents a picture of progressive and generalized asthenia of three years of evolution, that seven hours previous to the entrance, he is exasperated provoking difficulty of moving, accompanied of sporadic paresthesia of the lower members. At the moment in the physical exam, he presents TA: 110/60, FC: 61 LPM, FR: 18RPM, SAT O₂: 97% AA, T: 36.70C, WEIGHT 68Kg HEIGHT 165 cm, IMC 25 m/kg, the patient is awake, conscious, febrile, hydrated, algid, normocephalic head, without apparent pathology, eyes pupils of 2mm. isochoric, norm reactive to the light and to the accommodation, normal hearing, permeable nostrils, humid oral mucous, normal oropharynx, not painful to the palpation and movement, OA thyroid, preserved thorax expansibility, lungs with vesicular whisper kept without over added noise, heart with cardiac rhythmic noise, without blowing, soft abdomen, depressible, non-painful to the palpation, hydroaerial noises present, scar of an hernioplasty in the left region, painful lumbar region to the digital pressure at the level of L1-L2, lower members with decreased strength 1/5, tone preserved, tactile sensibility abolished (sensitive levels until hips region T12-L1, reflexes osteotendinous Rotuliano and Aquileo (hiperreflexia), Babinski negative,

Lasegue negative, **Neurological exam:** Patient orientated in time, space and person, Glasgow 15/15 higher mental functions preserved, cranial pairs preserved. **Motor exam:** The patient remains in dorsal decubitus, it is not possible to value the progress, the sensibility of higher members preserved, the lower members abolished. **Complementary exams:** Thyroid profile, Prostatic and Lipidic : Normal Reactive Protein C: negative, Procalcitonin: 0.08, Hematic Biometry: Normal, Antibodies: Normal, Anticardiolipin: 3.9, Anticardiolipin 1GM: 1, Cardiolipin Beta2: 1.6, Antinuclear Antibodies: 0.04, Glucose: 97.70, Urea in serum: 62.4, Creatinine: 0.9, Na 139, K 4.2, Speed of erythrocyte sedimentation: 3, Latex: Negative, VDRL: Not reactive, Cytomegalovirus IGG: > 500.00, IGM: 0.252, Hepatitis C: 0.067, Herpes I-IGG: 44.42, Folic Acid 11.42, Albumin: 3.9

The patient enters to the service of neurology with the diagnostic of paraplegia in study; is not possible to establish a clear diagnostic based on the clinical history data. He stays in observation with therapy for the pain, complex B and physiotherapy. Complementary exams are taken with the purpose of establishing the etiology. After the corresponding exams, the results are within the normal parameters; during the hospitalization he presents favorable clinical evolution and progressive increase in the motor activity of the lower members, showing muscular strength of 3/5 and evident sensibility until S2 and S3. He can stay standing on foot and starts his ambulation; for that reason it is considered as a clinical picture of Transverse Myelitis and it is decided his exit from the hospital with the corresponding pursuit from the part of physiatrist. Until now he has reached a high progress in his motor activity, allowing him walking in short steps without help, but he continues receiving physiotherapy.

KEY WORDS: PARESTHESIA, LUMBAR_ PAIN, CENTRAL_ NERVOUS,
TRANSVERSE_ MYELITIS

INTRODUCCIÓN

Se engloba bajo el término de mielitis transversa aguda (MTA) a un grupo de enfermedades inflamatorias mal definidas, producidas por una lesión específica de la médula espinal (ME). El hecho diferencial con otras enfermedades de la ME es la inflamación local, y las características clínicas, paraclínicas, terapéuticas y, por lo tanto, pronósticas, están determinadas por este aspecto que la distingue de otras enfermedades propias de la ME, como son otras no progresivas, como las traumáticas o las vasculares, y otras progresivas, como las tumorales o las degenerativas. Su incidencia es relativamente baja, y se estima entre uno y ocho casos por millón de personas/año, pero, en cambio, produce unas importantes secuelas funcionales para los pacientes que la sufren. Las etiologías o agentes desencadenantes son muy diversos, como son los procesos infecciosos, procesos tumorales, o en relación con enfermedades sistémicas, fundamentalmente las que afectan al sistema inmunitario. Es llamativo que a pesar de disponer cada vez de más y mejores medios diagnósticos, y de realizar una extensa búsqueda del posible agente causal, muchas veces se deben considerar como MTA idiopáticas (1).

Gran parte del desconocimiento y confusión sobre la MTA vino producido por la multitud de descripciones que se realizaron sobre este cuadro, sin distinguir el término de otros cuadros más ambiguos, como las mielopatías no compresivas, hasta que en el año 2002, el Grupo de Trabajo de Mielitis Transversa propuso los criterios internacionales de MTA idiopática, intentando definir la de causa desconocida de otras mielitis con causa conocida o probable, para que así los futuros estudios en este campo fueran lo más homogéneos posibles (1)

1.1. DEFINICIÓN

Una enfermedad inflamatoria poco frecuente causada por la lesión de la médula espinal y caracterizada por la presencia variable de debilidad, alteraciones sensoriales y disfunción autonómica (2)

1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Se trata de una entidad poco frecuente, con una incidencia de 1,34 casos por cada millón de habitantes al año. Puede afectar a cualquier edad, aunque es más frecuente en adultos, y su incidencia es mayor en pacientes inmunocomprometidos. (2)

El segmento medular más frecuentemente afectado es el torácico.

Se desconoce qué desencadena la mielitis transversa aguda, pero puede ser resultado de una reacción autoinmunitaria (en la cual el Sistema inmunitario reconoce equivocadamente los tejidos del cuerpo como si fueran extraños y los ataca). (2)

La enfermedad se desarrolla durante los siguientes procesos:

- Esclerosis múltiple (lo más frecuente)
- Neuromielitis óptica, una enfermedad que también causa problemas visuales y aparece y desaparece
- Ciertas infecciones bacterianas (como la enfermedad de Lyme, la sífilis o la tuberculosis)
- Inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis), incluyendo lupus (lupus eritematoso sistémico)
- Meningoencefalitis vírica (una infección del cerebro y sus tejidos circundantes)
- Utilización de ciertos fármacos antiparasitarios o antifúngicos
- Inyección intravenosa de heroína o uso de anfetaminas (2)

1.3. FACTORES DE RIESGO

Además de las posibles causas de la enfermedad ya mencionados están aislados factores de riesgo como la hipotermia y el estado inmunosupresor (2)

1.4. FISIOPATOLOGÍA

Normalmente, los procesos inflamatorios serán de carácter local, por lo tanto, van a afectar a regiones concretas de los segmentos espinales.

Así, la hinchazón puede llegar a destruir o dañar de forma significativa la mielina de los terminales nerviosos, es decir, la cubierta protectora de estas fibras nerviosas. (3)

Cuando un proceso patológico destruye parcial o totalmente la mielina, los impulsos nerviosos que transcurren por las áreas afectadas podrán comenzar a mostrar una velocidad de transmisión ralentizada. Por tanto, la información que circula desde la médula espinal y las áreas caporales podrá verse interrumpida. (3)

En el caso de los adultos, las áreas espinales más afectadas por los episodios inflamatorios suelen ser las áreas medias, mientras que en la población infantil las más perjudicadas suelen ser las superiores, es decir, las cervicales. (3)

La mielitis transversa es un trastorno neurológico causado por inflamación en ambos lados de un nivel, o segmento de la médula espinal. El término mielitis se refiere a inflamación de la médula espinal; transversa describe la posición de la inflamación a través del ancho de la médula espinal. Los ataques de inflamación pueden dañar o destruir la mielina, la sustancia grasa aislante que cubre las fibras celulares nerviosas. Este daño causa cicatrices en el sistema nervioso que interrumpen las comunicaciones entre los nervios de la médula espinal y el resto del cuerpo. (3)

Los estudios de biopsias y autopsias de MTA muestran cambios inflamatorios, con infiltración perivascular de monocitos y linfocitos, junto con activación de la astroglia y microglia.

La desmielinización secundaria de la sustancia blanca medular es una característica fundamental, pero también se observa lesión axonal y pérdida de sustancia gris. Esta afectación axonal, al igual que ocurre en otras lesiones desmielinizantes, como la EM, se piensa que pueda correlacionar con la discapacidad a largo plazo que sucede en la MTA. El hecho de que la MTA idiopática o primaria se anteceda frecuentemente de un proceso infeccioso, hace sospechar un origen autoinmune como causante de la enfermedad. Se han propuesto diferentes hipótesis inmunológicas para la MTA idiopática, y posiblemente también para las asociadas a procesos sistémicos. (3)

1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es importante destacar que son pocos los síntomas guía para su sospecha. Aproximadamente un tercio de los pacientes refieren antecedente de enfermedad aguda infecciosa reciente. Uno de los primeros síntomas en aparecer es el dolor súbito de la zona afectada, frecuente pero no siempre constante. (2,3)

Asimismo, aparecerán también de forma temprana, disestesias o parestesias en extremidades y abdomen, y pérdida sensitiva. (2,3)

El paciente presenta paraparesias, seguidas de parálisis progresiva, que afecta principalmente miembros inferiores y que asciende hasta comprometer miembros superiores, progresando siempre de forma paralela y simétrica. (2,3)

Otro de los síntomas iniciales es la alteración vesical y rectal, con retención urinaria. Generalmente, el máximo déficit se produce en un lapso menor a 4 semanas. (2,3)

1.6. RELEVANCIA ANATÓMICA

Sistema nervioso

El sistema nervioso es una red de tejidos altamente especializada, que tiene como componente principal a las neuronas, células que se encuentran conectadas entre sí de manera compleja y que tienen la propiedad de conducir, usando señales electroquímicas, una gran variedad de estímulos dentro del tejido nervioso y hacia la mayoría del resto de tejidos, coordinando así múltiples funciones en el organismo. (3)

Anatómicamente, el sistema nervioso humano se agrupa en distintos órganos, los cuales conforman en realidad estaciones por donde pasan las vías neurales. (3)

Así, se pueden agrupar estos órganos, según su ubicación, en dos partes: sistema nervioso central y sistema nervioso periférico. (3)

El Sistema Nervioso Central: Está formado por el Encéfalo y la Médula espinal, se encuentra protegido por tres membranas, las meninges. En su interior existe un sistema de cavidades conocidas como ventrículos, por las cuales circula el líquido cefalorraquídeo. (3)

El encéfalo es la parte del sistema nervioso central que está protegida por el cráneo. Está formado por el cerebro, el cerebelo y el tronco del encéfalo. (3)

Cerebro: es la parte más voluminosa. Está dividido en dos hemisferios, uno derecho y otro izquierdo, separados por la cisura interhemisférica y comunicados mediante el Cuerpo Calloso. La superficie se denomina corteza cerebral y está formada por repliegamientos denominados circunvoluciones constituidas de sustancia gris. (3)

Subyacente a la misma se encuentra la sustancia blanca. En zonas profundas existen áreas de sustancia gris conformando núcleos como el tálamo, el núcleo caudado o el hipotálamo. (3)

Cerebelo: Está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior junto al tronco del encéfalo. (3)

Tronco del encéfalo: Compuesto por el mesencéfalo, la protuberancia anular y el bulbo raquídeo. Conecta el cerebro con la médula espinal. (3)

- La médula espinal es una prolongación del encéfalo, como si fuese un cordón que se extiende por el interior de la columna vertebral. En ella la sustancia gris se encuentra en el interior y la blanca en el exterior. (3)

El Sistema Nervioso Periférico: Está formado por los nervios, craneales y espinales, que emergen del sistema nervioso central y que recorren todo el cuerpo, conteniendo axones de vías neurales con distintas funciones y por los ganglios periféricos, que se encuentran en el trayecto de los nervios y que contienen cuerpos neuronales, los únicos fuera del sistema nervioso central. (4)

- Los nervios craneales, son 12 pares que envían información sensorial procedente del cuello y la cabeza hacia el sistema nervioso central. Reciben órdenes motoras para el control de la musculatura esquelética del cuello y la cabeza. (4)
- Los nervios espinales son 31 pares y se encargan de enviar información sensorial (tacto, dolor y temperatura) del tronco y las extremidades y de la posición y el estado de la musculatura y las articulaciones del tronco y las extremidades hacia el sistema nervioso central y, desde el mismo, reciben órdenes motoras para el control de la musculatura esquelética que se conducen por la médula espinal. (4)

Una división menos anatómica, pero mucho más funcional, es la que divide al sistema nervioso de acuerdo al rol que cumplen las diferentes vías neurales, sin importar si éstas recorren parte del sistema nervioso central o el periférico: (4)

El Sistema Nervioso Somático: También llamado sistema nervioso de la vida de relación, está formado por el conjunto de neuronas que regulan las funciones voluntarias o conscientes en el organismo (p.e. movimiento muscular, tacto). (4)

El Sistema Nervioso Autónomo, también llamado sistema nervioso vegetativo o (incorrectamente) sistema nervioso visceral, está formado por el conjunto de neuronas que regulan las funciones involuntarias o inconscientes en el organismo (p.e. movimiento intestinal, sensibilidad visceral). (4)

Neuronas de ambos sistemas pueden llegar o salir de los mismos órganos si es que éstos tienen funciones voluntarias e involuntarias. (4)

En algunos textos se considera que el sistema nervioso autónomo es una subdivisión del sistema nervioso periférico, pero esto es incorrecto ya que, en su recorrido, algunas neuronas del sistema nervioso autónomo pueden pasar tanto por el sistema nervioso central como por el periférico, lo cual ocurre también en el sistema nervioso somático. La división entre sistema nervioso central y periférico tiene solamente fines anatómicos. A su vez el sistema vegetativo se clasifica en simpático y parasimpático, sistemas que tienen funciones en su mayoría antagónicas. Tenemos en nuestro cuerpo aproximadamente unos 150.000 kilómetros de nervios que recorren todo nuestro organismo. (4)

1.7. DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha de un proceso que curse con todos o parte de estos síntomas y signos, se debe realizar resonancia magnética (RM) de columna con contraste de forma urgente. (5)

Un hecho no infrecuente observado en clínica es que, basándose en un nivel sensitivo, se solicita RM exclusivamente en dicho nivel, cuando la lesión puede estar por encima. Por ejemplo, ante sospecha de lesión dorsal, recomendamos solicitar también RM cervical. La primera prioridad será descartar una lesión compresiva, como un hematoma o un tumor, ya que en estos casos el planteamiento será completamente distinto. Si no se observa ninguna lesión estructural, la segunda prueba será la punción lumbar, con estudio en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de células blancas, IgG y albúmina, junto con IgG y albúmina en suero. Si no existe captación de gadolinio en la ME, ni pleocitosis o

índice IgG elevado $[(\text{IgG LCR} / \text{IgG sérica}) / (\text{albúmina LCR} / \text{albúmina sérica})]$, se deberá pensar en otras causas de mielopatía aguda o en una mielitis aguda precoz, por lo que será necesario repetir tanto la RM como la punción lumbar en menos de siete días desde el inicio de los síntomas. Si se cumple cualquiera de los criterios de inflamación reseñados anteriormente, podremos diagnosticar una MTA. (5)

Según los resultados del estudio de extensión de la inflamación/desmиеlinización, se podría diagnosticar una MTA aislada, una encefalomiелitis aguda diseminada, una neuromielitis óptica (NMO) o incluso una esclerosis múltiple (EM), aunque para este último diagnóstico requeriremos diseminación no sólo en el espacio, sino también en el tiempo, según los criterios actuales. (5)

1.8. TRATAMIENTO

Sorprendentemente, no existe ningún estudio controlado con placebo que demuestre dicha eficacia, sólo pequeños estudios que describen su efectividad, así como otros en contra de dicho supuesto beneficio. Las limitaciones de estos estudios se deben, además del pequeño número de pacientes, a la heterogeneidad de la muestra y a ser estudios abiertos con grupo control histórico.

Aunque existe la duda de su eficacia, se ofrece universalmente este tratamiento en fase aguda. La plasmaféresis se puede utilizar en casos moderados o graves que no responden a tratamiento corticoide. Los factores predictores de buena respuesta son que se utilice en menos de 20 días desde el inicio del cuadro, el sexo masculino y que la lesión sea incompleta. De todas formas, tampoco se ha comprobado dicha eficacia con un ensayo controlado. Tampoco disponemos de evidencia clara del beneficio de otros tratamientos inmunomoduladores. En algunos centros utilizan ciclofosfamida en pulsos intravenosos para MTA que siguen progresando a pesar de lo anterior, o en casos asociados a lupus eritematoso sistémico, aunque este tratamiento se debe realizar bajo supervisión de un equipo con experiencia en su utilización. (6)

También se debe considerar tratamiento inmunomodulador, con ciclofosfamida u otros agentes, como azatioprina, metotrexato o micofenolato, en la MTA recurrente (6).

El hecho de que la depresión que sufren hasta el 25% de estos pacientes no es proporcional a la lesión o daño medular, sospechando un trasfondo inmunitario central de nuevo. Si no se trata esta depresión, puede tener consecuencias desastrosas; en cambio, si se reconoce y trata adecuadamente, la completa resolución es la norma. (6)

1.9 PRONÓSTICO

El pronóstico de la MTA se puede resumir en una regla de tercios: una tercera parte recobra la función neurológica completa o casi completa; otra queda con moderada discapacidad; y la última con graves secuelas, valorando para dichas secuelas la alteración de la marcha, los síntomas urinarios/intestinales y la espasticidad resultante. La recuperación, si ocurre, se suele observar a las ocho semanas, es más rápida a los 3 a 6 meses, y puede continuar más lentamente hasta los dos años después de la lesión.

Se han descrito ciertos marcadores de peor pronóstico, como el dolor de espalda al inicio (síntoma de mayor inflamación), la rápida progresión, la fase de shock medular y un nivel cervical. (6)

También se han descrito biomarcadores de mal pronóstico, como la presencia de proteína 14-3-3 en el LCR, o la elevación en el LCR de interleucina-6, de enolasa neuronal-específica o de la proteína S-100, pero estos resultados se tendrán que contrastar en el futuro. (6)

No existe ningún tratamiento hasta la fecha que haya demostrado clara evidencia de poder modificar el pronóstico funcional de la MTA. Se administra de forma rutinaria tratamiento corticoide intravenoso en dosis altas, al suponer un mecanismo inmunopatogénico de la MTA, y ya que los corticoides poseen actividad antiinflamatoria, inmunosupresiva y antiproliferativa. (6)

El pronóstico a largo plazo depende de las secuelas secundarias a la lesión, aunque es muy importante comenzar desde los primeros días de la MTA un tratamiento rehabilitador integral y multidisciplinar, atendiendo a factores físicos (movilidad, espasticidad, escaras, función vesical, etc.), psicológicos (estado anímico del paciente y familiares) y sociales (preparación para vuelta al colegio/trabajo y domicilio). (6)

2. OBJETIVOS

2.1.- Objetivo general

- Evaluar pautas esenciales en el proceder frente a la atención del paciente

2.2.- Objetivos específicos

- Establecer si los métodos diagnósticos fueron los establecidos por guías y protocolos vigentes
- Determinar si el manejo terapéutico empleado fue el más adecuado

3. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1 Datos de Identificación

El caso que se presenta a continuación describe a un paciente masculino de 53 años de edad, mestizo, nacido en Píllaro y residente en Ambato, casado, instrucción secundaria completa, trabaja como chef de la ESFORCE, religión católico, diestro, grupo sanguíneo O positivo.

Habita junto con su esposa e hijos, en casa propia de cemento armado, cuenta con todos los servicios básicos, tiene dos perros, el sustento del hogar es mediante fuente de ingreso propia con ingresos económicos regulares.

Hábitos: Alimentarios 3 veces al día; micción: 4 veces al día; deposición: 1 vez al día. Sueño: 7 horas. Actividad física: regular.

Como antecedentes patológicos personales clínicos de dolor y parestesias de miembros inferiores y quirúrgicos de safenectomía izquierda por dos ocasiones, y hernioplastia inguinal izquierda hace un año

3.2 Descripción del caso

Paciente acude a esta casa de salud por presentar cuadro de astenia generalizada y progresiva de tres días de evolución, que siete horas previas al ingreso exacerba provocando dificultad para la deambulación y se acompaña de parestesias esporádicas de miembros inferiores.

Al examen físico de ingreso presenta TA: 110/60 mmHg, FC: 61 LPM, FR: 18 RPM, SATO2: 97% AA, T: 36.7°C

Medidas antropométricas: PESO: 68 Kg, TALLA: 165 cm, IMC: 25 m/kg, Al examen físico general: tenemos un paciente masculino, vigil, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, biotipo mesomorfo.

Al examen físico regional: cabeza normocefálica, sin patología aparente, ojos pupilas de 2mm isocóricas, normoreactivas a la luz y a la acomodación, oídos normales, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas, orofaringe normal, cuello no doloroso a la palpación ni al movimiento, tiroides OA, tórax expansibilidad conservada, pulmones con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, corazón con ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, abdomen suave, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, cicatriz de hernioplastia en región izquierda, región lumbar dolorosa a la dígito presión a nivel de L1-L2, miembros inferiores con fuerza disminuida 1/5, tono conservado, sensibilidad algésica y táctil abolida, (nivel sensitivo hasta región de caderas T12-L1), reflejos osteotendinosos Rotuliano y Aquileo (hiperreflexia), Babinski negativo, Lasegue negativo.

Examen Neurológico: paciente orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, Funciones mentales superiores conservadas. Pares craneales: conservados.

Examen Motor: paciente permanece en decúbito dorsal, no se puede valorar la marcha, sensibilidad de miembros superiores conservada, de miembros inferiores abolida.

Impresión diagnóstica inicial:

- Paraplejía en estudio

LISTA DE PROBLEMAS	
ACTIVOS	PASIVOS
1. Antecedentes de dolor de miembros inferiores hace un año	1. Edad
2. Astenia generalizada	2. Sexo
3. Dificultad para la deambulaci3n	
4. Parestesias de miembros inferiores desde hace 15 d3as	
5. Regi3n lumbar doloroso a la digitopresi3n en l1-l2	
6. Miembros inferiores fuerza disminuida 1/5	
7. Sensibilidad abolida desde t12-l1	
8. Reflejos osteotendinosos rotuliano y Aquileo con hiperreflexia	

ASOCIACI3N SINCR3NICA

ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
ENFERMEDAD	ESCLEROSIS MULTIPLE
SINTOMAS	SIGNOS
ASTENIA GENERALIZADA	SENSIBILIDAD ABOLIDA DESDE T12-L1
PARESTESIAS DE MIEMBROS INFERIORES	DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACI3N
	FUERZA DISMINUIDA EN MIEMBROS INFERIORES 1/5

ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
ENFERMEDAD	MIELITIS TRANSVERSA
SINTOMAS	SIGNOS
ASTENIA	SENSIBILIDAD ABOLIDA DESDE T12-L1
PARESTESIAS DE MIEMBROS INFERIORES	DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN
DOLOR LUMBAR LOCALIZADO	FUERZA DISMINUIDA EN MIEMBROS INFERIORES 1/5
	HIPERREFLEXIA

ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
ENFERMEDAD	DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA
SINTOMAS	SIGNOS
ASTENIA GENERALIZADA	DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN
PARESTESIAS DE MIEMBROS INFERIORES	

ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
ENFERMEDAD	TUMOR MEDULAR
SINTOMAS	SIGNOS
ASTENIA GENERALIZADA	DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN
	SENSIBILIDAD ABOLIDA DESDE T12-L1

ALTERACION VASCULAR	
ENFERMEDAD	INFARTO MEDULAR
SINTOMAS	SIGNOS
ASTENIA GENERALIZADA	SENSIBILIDAD ABOLIDA DESDE T12-L1
PARESTESIAS DE MIEMBROS INFERIORES	DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN
DOLOR LUMBAR LOCALIZADO	

Al ingreso el paciente contaba con los siguientes exámenes:

RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR (14/01/2016)

No se observan patologías aparentes

EXÁMENES DE LABORATORIO (14/01/2016)

BIOMETRIA HEMATICA (14/01/16)	
LEUCOCITOS	5.2x10 ³ /ul
GR	5.21
HGB	16.3 g/dl
HCT	47.3 %
MCV	91 fl
MCH	31.3 pg
MCHC	34.4 g/dl
PLAQUETAS	237 000 ul
NEUTROFILOS	52.1 %
LINFOCITOS	41.2 %
MONOCITOS	4.4 %
EOSINOFILOS	2.3 %
BASOFILOS	0.0 %
TP	12.3
TTP	25.4

QUÍMICA SANGUÍNEA (14/01/16)	
GLUCOSA	92.6 mg/dl
UREA EN SUERO	36.3 mg/dl
CREATININA	0.8 mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	1.1 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.42 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.68 md/dl
AST (SGOT)	23 u/l
ALT (SGPT)	27 u/l
PCR	NEGATIVO
NA	139.0 mmol/l
K	4.20 mmol/l
FOSFATASA ALKALINA	92 u/l

GAMA GT	22 u/l
---------	--------

15

UROANÁLISIS (14/01/16)	
COLOR	PAJIZO
ASPECTO	CLARO
DENSIDAD	1.005
PH	7.0
GLUCOSA	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	NEGATIVO
PROTEINAS	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO
PIOCITOS	0.0
HEMATIES	0.0
BACTERIAS	12.2
CELULAS EPITELIALES	0.1

El paciente es valorado solicitando los exámenes descritos, se administra Solución Salina al 0.9% a 100 ml/h, Paracetamol 1gr Vía Oral por razones necesarias y se solicita valoración por Neurología quienes valoran y se decide su ingreso a la especialidad de Neurología en Medicina Interna.

(15/01/16)

INGRESO AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA

El paciente ingresa en buenas condiciones generales, refiere persistencia de dolor lumbar y aumento de la sensibilidad en miembros inferiores, con las siguientes indicaciones:

- Dieta general
- Control de signos vitales cada 6 horas
- Solución Salina 0.9 % 1000 cc IV a 40 ml / h
- Enoxaparina 0,6 ml SC QD

- Complejo B IM STAT Y QD

16

- Nimodipino 15 gotas vo cada 8 horas
- Paracetamol 5000 mg vo cada 8 horas
- Perfil lipídico, tiroideo, prostático
- RMN de columna dorsal y lumbar stat

RESULTADOS DE EXÁMENES

PERFIL PROSTÁTICO (15/01/16)	
PSA TOTAL	0.6

PERFIL TIROIDEO (15/01/16)	
T4 LIBRE	1.37 ng/dl
TSH	1.85 uIU/ml
T3	0.264 ng/ml

PERFIL LIPÍDICO (15/01/16)	
TRIGLICERIDOS	81 mg/dl
HDL	53.1 mg/dl

RMN DE COLUMNA DORSAL (15/01/16)
RECTIFICACION DE LA LORDOSIS CERVICAL FISIOLÓGICA
HIPOINTENSIDAD DE SEÑAL EN T1 Y T2 DE TODOS LOS DISCOS INTERVERTEBRALES CERVICALES POR CAMBIOS DEGENERATIVOS, VISIBLES HASTA DORSALES SUPERIORES DE HASTA T4-T5 SIN EVIDENCIA DE HERNIAS DISCALES.
LOS CUERPOS VERTEBRALES CERVICALES SIN LISTESIS NI ACUÑAMIENTOS.
AMPLITUD NORMAL DEL CANAL RAQUIDEO, SIN LESION INTRA NI EXTRADURAL EVIDENTE CON ESTE EXAMEN.
INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL DEL CORDON MEDULAR SIN ENSANCHAMIENTOS PATOLÓGICOS.
TEJIDOS BLANDOS PRE Y PARA VERTEBRALES NORMALES.

IDG. SIGNOS DEGENERATIVOS DISCALES CERVICALES HASTA DORSALES SUPERIORES DE T4-T5.

17

RMN DE COLUMNA LUMBAR (15/01/16)

RECTIFICACION DE LA LORDOSIS LUMBAR.

HIPOINTENSIDAD DE SEÑAL EN T2 DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES POR CAMBIOS DEGENERATIVOS Y SIN EVIDENCIA DE HERNIAS DISCALES.

AMPLITUD NORMAL DEL CANAL RAQUIDEO.

SIN PROCESOS INTRA NI EXTRADURALES EVIDENDENTES HASTA LO QUE SE LOGRA VISUALIZAR T11-T12.

LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES CONSERVADOS.

INTENSIDAD DE SEÑAL DE LA MEDULA OSEA SUBCONDAL NORMAL.

EL CONO MEDULAR LLEGA HASTA L1-L2 CON INTENSIDAD ADECUADA

TEJIDOS BLANDOS PRE Y PARAVERTEBRALES SIN ALTERACIONES.

IDG. DISCOPATIA DEGENERATIVA LUMBAR INICIAL SIN EVIDENCIA DE HERNIAS DISCALES.

16,17 y 18 de Enero de 2016

Paciente ingresado por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por presentar paresias y debilidad muscular de miembros inferiores asociado a dolor en región dorso lumbar de moderada intensidad.

Paciente orientado, que presenta imposibilidad de movimiento de los miembros inferiores, sin compromiso de miembros superiores, con hipoestesia termoálgica con nivel de L1, presencia de ROT en todos los miembros. Se evidencia perfil lipídico, prostático y tiroideo dentro de la normalidad, además no se observan lesiones en Resonancia Magnética Nuclear de columna dorsal y lumbar, por lo que se mantiene las mismas indicaciones más:

- Colchón antiescaras
- Cambios de posición cada 2 horas

- Familiar permanente

IDG: Paraplejía en estudio

18

19 de enero de 2016

Paciente permanece orientado, en buenas condiciones generales, persiste imposibilidad de movimiento de los miembros inferiores, sin compromiso de miembros superiores, hipoestesia termoálgica que se presenta con nivel de L2 (días previos T12-L1), presencia de ROT en todos los miembros. Se observa leve mejoría, además se evidencia leve movimiento distal (flexión de dedos en ambos miembros inferiores).

IDG: Paraplejía en estudio

Indicaciones:

- Dieta general
- CSV cada 6 horas
- Solución Salina 0.9 % 1000 cc iv a 40 ml / h
- Enoxaparina 0,6 ml SC QD
- Complejo B IM QD
- Nimodipino 15 gotas vo cada 8 horas
- Prednisona 20 mg vo cada 8 horas (después de tomar muestra de anticuerpos)
- Omeprazol 20 mg vo cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vo cada 8 horas
- ANA, ANCA, Anticoagulante Lúpico, B2 Glicoproteína, Anticardiolipina
- BH + VSG, PCR, PCT
- Novedades

RESULTADOS DE EXAMENES

BIOMETRIA HEMATICA (19/01/16)	
LEUCOCITOS	5x10 ³ /ul
GR	5.18
HGB	16.0 g/dl
HCT	47.0 %
MCV	92 fl
MCH	30.8 pg
MCHC	34.0 g/dl
PLAQUETAS	234 000 ul
NEUTROFILOS	48.5 %
LINFOCITOS	42.8 %
MONOCITOS	6.7 %
EOSINOFILOS	2.0 %
BASOFILOS	0.0 %

PCR	NEGATIVO
PCT	0.08
VSG	3
ANA	NEGATIVO
ANCA	NEGATIVO
ANTICOAGULANTE LÚPICO	NEGATIVO
B2 GLICOPROTEINA	NEGATIVO

20, 21 y 22 de Enero de 2016

Paciente permanece estable, se observa una ligera mejoría con leve movimiento e hipoestesia con nivel L2. No presencia de Babinski, ROT en miembros inferiores presentes, pulsos pedios presentes. Estudio de anticuerpos normales.

IDG: Paraplejía en estudio

20

Indicaciones

- Dieta general
- CSV cada 6 horas
- Retirar vía
- Enoxaparina 0,6 ml SC QD
- Complejo B 1 amp IM QD
- Nimodipino 15 gotas vo cada 8 horas
- Prednisona 20 mg vo cada 8 horas
- Omeprazol 20 mg vo cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vo cada 8 horas
- I/C fisioterapia
- Novedades

RESULTADO DE INTERCONSULTA CON FISIATRIA

Paciente de 53 años ingresado con Dg de paraplejia en estudio.

No se observan lesiones medulares

Paciente paraparetico y compromiso de la sensibilidad termoálgica en ambas piernas.

No Babinski. Se inicia plan de terapia física neurológica

23 y 24 de enero de 2016

Paciente en mejor estado, levanta levemente ambas piernas respecto al plano de la cama.

Dorsiflexión de los dedos de ambos pies. Nivel de sensibilidad a nivel de l3. No

Babinski, ROT en miembros inferiores presentes, hiperreflexia patelar izquierda.

Indicaciones:

- Dieta general
- CSV cada 6 horas
- Sentar paciente AM y PM
- Cambios de posición cada 2 horas
- Colchón antiescaras
- Enoxaparina 0,6 ml SC QD
- Complejo B 1 tableta VO QD
- Nimodipino 15 gotas vo cada 8 horas
- Prednisona 20 mg vo cada 8 horas
- Omeprazol 20 mg vo cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg vo cada 8 horas
- BH+VSG, PCR, Electrolitos, QS
- Novedades

RESULTADOS DE EXAMENES

BIOMETRIA HEMATICA (24/01/16)	
LEUCOCITOS	11x103/ul
GR	5.36
HGB	16.6 g/dl
HCT	48.5 %
MCV	90 fl
MCH	31.0 pg
MCHC	34.2 g/dl
PLAQUETAS	272 000 ul
NEUTROFILOS	70.1 %

LINFOCITOS	26.0 %
MONOCITOS	3.1 %
EOSINOFILOS	0.7 %
BASOFILOS	0.1 %
TP	12.3
TTP	25.4

22

QUÍMICA SANGUÍNEA (24/01/16)	
GLUCOSA	97.7 mg/dl
UREA EN SUERO	62.4 mg/dl
CREATININA	0.9 mg/dl
PCR	NEGATIVO
NA	137.0 mmol/l
K	4.50 mmol/l

25 de enero de 2016

Paciente en mejor estado logra mantener por más de 10 segundos los miembros inferiores elevados a 10 grados sobre el plano de la cama, anestesia termoálgica con nivel L4, ROTS presentes, ausencia de Babinski. Se sospecha en probable Mielitis transversa por lo que se mantienen indicaciones y se solicitan exámenes complementarios.

IDG: Paraplejía en estudio

Indicaciones:

- Mismas indicaciones
- Perfil viral (Citomegalovirus, Herpes, Epstein Barr, Hepatitis),
- Complemento C3, C4, PCR, FR, Albumina, Ácido Fólico, VIH, VDRL
- Anticuerpo antiacuaporina 4

LABORATORIO (25/01/16)	
LATEX	NEGATIVO
V.D.R.L	NO REACTIVO

CITOMEGALOVIRUS IGG	POSITIVO
CITOMEGALOVIRUS IGM	NEGATIVO
HEPATITIS C	NEGATIVO
HERPES I-IGG	POSITIVO
ÁCIDO FÓLICO SÉRICO	11.42
ALBÚMINA	3.9

23

26 al 28 de enero de 2016

Paciente en mejores condiciones, logra flexionar levemente las piernas sobre el muslo, ROTS presentes en todos los miembros, hipoestesia con Nivel de L4, reflejos cutáneos abdominales positivos, se mantienen indicaciones y se insiste en exámenes de Epstein BARR, C3, C4 y Anticuerpo Antiacuaporina 4, pero establecimiento de salud no realiza dichos exámenes y no se realizan los trámites para realizarlos con prestadores externos por lo que no se obtienen resultados. Además, se observa al examen físico múltiples varículas y talangiectasias en miembro inferior derecho con pulsos en miembros inferiores femoral poplíteo tibial anterior, posterior y pedio presentes, con región eritematosa en cara lateral de pierna derecho, por lo que se solicita interconsulta a la especialidad de Cirugía Vascular quienes recomiendan:

- Diosmina 500 vo BID
- Soporte elástico bilateral
- Tratamiento de IVS por consulta externa luego del alta

IDG: Paraplejía en estudio, se mantienen indicaciones

29 al 31 de enero de 2016

Paciente estable, logra extender miembros inferiores en el borde de la cama, en mejores condiciones, hipoestesia a nivel de L5 y cara posterior del muslo, con evolución clínica favorable.

IDG: Paraplejía en estudio

Se mantienen indicaciones de Neurología y Cirugía Vascular

24

01 al 03 de febrero de 2016

Paciente estable, logra extender miembros inferiores en el borde de la cama, en mejores condiciones con hipoestesia a nivel de S1, realiza movimientos activos de miembros inferiores, por el progreso de la sintomatología se establece el diagnóstico de Mielitis Transversa

IDG: Mielitis Transversa

Se mantienen Indicaciones

04 de febrero de 2016

Paciente estable, logra extender miembros inferiores en posición sentado, al momento en mejores condiciones, ha recuperado la sensibilidad dolorosa y térmica completa, presenta dificultad para la bipedestación e hiperreflexia rotuliana.

IDG: Mielitis Transversa

Se mantienen indicaciones

05 de febrero de 2016

Paciente estable, logra extender miembros inferiores en posición sentado, en mejores condiciones, con recuperación total de la sensibilidad dolorosa y térmica, aumento de la fuerza muscular de 3/5 de miembros inferiores, dificultad para la bipedestación y en condiciones de alta.

IDG: Mielitis Transversa

Indicaciones al alta

- Complejo B 1 tableta VO QD x 30 días
- Prednisona 20 mg VO AM x 10 días y luego 5 mg AM por 10 días

25

- Diosmina 500 VO BID por 30 días
- Control de Neurología y Cirugía Vascular por consulta externa
- Continuar con fisioterapia

06 de febrero al 28 de junio de 2016

Paciente que fue dado de alta el 5 de febrero con diagnóstico de Mielitis Transversa ha permanecido realizando tratamiento de rehabilitación física, que realiza hasta la fecha indicada con evolución favorable, refiere presentar raras veces ligeras parestesias en miembros inferiores, puede mantenerse de pies, logra marcha a pasos cortos, con ligera inestabilidad, se indica continuar terapia fisiátrica.

3.3. Fuente de Información

- Se realizó una revisión exhaustiva de la historia clínica, a nivel de la Unidad de Segundo Nivel “Hospital IESS Ambato” en el cual se detallan de manera cronológica, desde el inicio de la sintomatología, tiempo de permanecía en la unidad y servicio hospitalario, basándose en informes de anamnesis, datos del seguimiento intrahospitalario, datos de laboratorio e imagen.
- Se realizó una entrevista al paciente, para poder recabar datos poco claros expuestos en la historia clínica, el mismo que se presentó colaborador, brindando la información requerida.
- Posteriormente para su seguimiento se pudo obtener información en su historial clínico por parte de la especialidad de Fisiatría.

- Revisión en guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.

4. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 53 años de edad, residente en Ambato, atendido en Hospital IESS Ambato, con antecedentes patológicos personales clínicos de dolor y parestesias de miembros inferiores y quirúrgicos de safenectomía izquierda por dos ocasiones y hernioplastia inguinal izquierda hace un año. Quién acude por presentar cuadro de astenia generalizada y progresiva de tres días de evolución, que siete horas previas al ingreso exacerbaba provocando dificultad para la deambulacion y se acompaña de parestesias esporádicas de miembros inferiores. Importante en su examen físico se denota a paciente álgido con región lumbar dolorosa a la dígito presión a nivel de L1-L2, Reflejos osteotendinosos Rotuliano y Aquileo con hiperreflexia, Babinski negativo, Lasegue negativo, examen neurológico conservado, al examen motor paciente permanece en decúbito dorsal, miembros inferiores con fuerza disminuida 1/5 y tono conservado, con incapacidad funcional por lo que no se puede valorar la marcha, sensibilidad de miembros superiores conservada, de miembros inferiores abolida.

Es claro que el tiempo transcurrido, a partir de la manifestación clínica y de establecer un diagnóstico se tornó prolongado, tiempo en el que se realizaron escasos estudios complementarios con el fin de obtener un diagnóstico claro y se mantuvo solamente en observación a expensas de la evolución clínica. A pesar de que se realizaron múltiples exámenes, de laboratorio e imagen, existieron exámenes que no se realizaron debido a que la unidad de salud no cuenta con los mismos y dada la dificultad para conseguirlo, no se dio la prioridad para realizar dichos exámenes con prestadores externos, lo que dificultó el diagnóstico. En nuestro paciente se le realizó estudios analíticos y de imágenes que sirvieron como herramientas para la

exclusión de diversas patologías, sin embargo, cabe la duda de si se podía haber realizado un estudio del Líquido Cefalorraquídeo por punción lumbar con el fin de excluir causas infecciosas y ayudar al diagnóstico establecido de Mielitis Transversa.

27

Sabemos que se puede utilizar la Mielografía para detectar lesiones nerviosas espinales, discos herniados y tumores espinales pero dado la falta de acceso a este examen y el alto costo que implica en nuestro medio, se considera una herramienta reservada.

Por lo expuesto se considera que al no obtener datos de los análisis realizados que sugieran una causa específica, se asume que la persona padece de mielitis transversa idiopática, como se estableció en el caso de nuestro paciente.

4.1 Factores de riesgo

Primero debemos saber que un factor de riesgo es aquello que incrementa la posibilidad de que una persona desarrolle una enfermedad.

Dentro de sus factores de riesgo puede ocurrir en enfermedades como: la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Sjogren, la sarcoidosis, los síndromes paraneoplásicos; malformaciones arteriovenosas espinales y la trombosis de la arteria espinal.

4.2 Análisis de los Factores relacionados con los Servicios de Salud

4.2.1 Oportunidades en la Solicitud de la consulta

A pesar de que aparentemente la aparición de la sintomatología fue hace aproximadamente un año, debido a que la misma no afectaba de manera considerable la vida diaria del paciente, no se realice una consulta sino hasta el momento en el que se tornó súbitamente incapacitante por lo que se inicia la atención en

la unidad de emergencia y es hospitalizado en el servicio de Neurología de la Sala de Medicina Interna, con dificultad para realizar varios exámenes con los que no cuenta la unidad de Salud.

A pesar del manejo recibido la sintomatología persiste por largo tiempo con mejora del cuadro clínico tras su estancia hospitalaria hasta su alta médica.

28

4.2.2 Acceso a la Atención Médica

El paciente es de condición socioeconómica media, la atención primaria que recibe es la proporcionada por el servicio de salud del ministerio de salud pública (MSP), mediante la afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que recibe de su trabajo.

4.2.3 Oportunidades en la atención

Por motivo del nivel de complejidad de su patología el paciente decide acudir a la unidad de Emergencia del Hospital IESS Ambato, debido a la exacerbación súbita de sus molestias y en donde de manera directa pudo acceder a su valoración por especialidad.

4.2.4 Características de la atención

En el caso descrito anteriormente, cabe recalcar que, debido a su cuadro clínico de evolución crítica, el paciente debió ser investigado profundamente, con la realización de exámenes de laboratorio e imágenes respectivos. Podemos ver que la necesidad de realizar trámites para acceder a exámenes necesarios y entidades de salud de nivel superior entorpece la evolución favorable del paciente.

5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

No contar con los exámenes específicos y necesarios para el complemento diagnóstico, y verse en la necesidad de realizar trámites que alargan la evolución y resolución de la patología.

6. CARACTERIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N° 5. CARACTERIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Controles y seguimiento en los diferentes niveles de salud	Instruir sobre la importancia de acudir a controles médicos, priorizando los niveles de atención	Inmediata y permanente a largo plazo	Personal Médico de Primer y Segundo Nivel	Establecer un patrón específico, para el diagnóstico de esta patología y derivaciones a unidades de Salud de mayor nivel
Protocolo diagnóstico	Realización de un algoritmo, para el diagnóstico de este tipo de patología	Inmediato y uso a largo plazo en la vida profesional	Autora del caso	Tomar como referencia, guías de diagnóstico y adecuarlas a la disponibilidad del sistema de salud vigente

7. CONCLUSIONES

Por medio del análisis de este caso clínico, se establece como punto crítico la dificultad de diagnóstico, en donde la decisión más acertada es la realización de exámenes que permitan establecer un diagnóstico claro y oportuno, con la tramitación a través de prestadores externos o mediante la derivación a establecimientos de mayor complejidad en donde se puedan realizar los exámenes necesarios y así brindar al paciente el manejo adecuado.

En lo que se refiere al manejo basándonos en las diferentes guías encontramos que actualmente no existe una cura eficaz para las personas con mielitis transversa.

Los tratamientos están diseñados para reducir la inflamación de la médula espinal y aliviar o controlar los síntomas.

30

A menudo se utiliza terapia antiinflamatoria con corticosteroides con el fin de disminuir la inflamación y mejorar las probabilidades y la velocidad de recuperación neurológica.

Aunque ningún ensayo clínico ha investigado si los corticosteroides alteran el curso de la mielitis transversa, a menudo estos medicamentos se recetan para reducir la actividad del sistema inmunitario debido a los mecanismos autoinmunes que se sospecha que están implicados en el trastorno.

En el caso de nuestro paciente a pesar de no haber sido establecido un diagnóstico precoz, recibió el tratamiento adecuado, basándose en su historia clínica y su evolución hospitalaria.

8. RECOMENDACIONES

Utilizar de manera adecuada el sistema de atención en los diferentes niveles de salud, por lo que se debe realizar una valoración pertinente, en cada servicio, en el tiempo necesario, derivando correctamente, los casos que necesitan ser estudiados en entidades de mayor complejidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. K. Hauser, B. Longo, F. Jameson. Mielitis Trasnversa. Principles of Internal Medicine. HARRISON, 16 ed. Enfermedades desmielinizantes. Capítulo 359, páginas 1263-1267

LINKOGRAFÍA

2. Carlos González, Selene Chacón, Colbert Rodríguez. Reporte de caso: “Mielitis transversa traumática en un paciente con hepatitis B”. Revista mexicana de neurociencias : [revista en internet]. Abril 2016 [27-07-2016]; paginas 7. Disponible en: <http://revmexneuroci.com/articulo/mielitis-transversa-traumatica-en-paciente-con-hepatitis-b-reporte-de-caso/>
3. Edson Chiganer, Edgar Contentti. Revision Clinica del diagnostico y tratamiento de la Mielitis y Lupus. Revista de reumatología clínica. [revista en internet]. Junio 2016 [27-07-2016]; paginas 5. Disponible en:

<http://www.reumatologiaclinica.org/es/mielitis-lupus-clinica-diagnostico-tratamiento-/avance/S1699258X1630064X>

4. Marcela Subirós, Sylvias Lindas, Daniela Espinoza, et al. Mielitis Transversa post picadura de abeja, Primer reporte de caso en Costa Rica. [Revista en internet]. 2016 [27-07-2016]; paginas 8. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=67717>
5. Marvin Benavides, Johana Vásquez. Presentación de caso: “Femenina de 30 años con Lupus Eritematoso Sistémico y Mielitis Transversa Longitudinalmente Extendida”. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. [revista en internet]. Abril 2016 [27-07-2016]; paginas 5. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/24328/24433>

32

6. Servicio de Neurología, Departamento de Neurociencias, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. Mielitis. Diferencias entre esclerosis multiple y otras etiologías. [revista en internet]. Marzo 2016 [27-07-2016]; paginas 5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-mielitis-diferencias-entre-esclerosis-multiple-S0213485315001814?redirectNew=true>

CITAS BILIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- **PROQUEST:** Hryb JP, Chiganer E, Contentti EC, Di Pace JL, Lessa C, Perassolo M. Myelitis in systemic lupus erythematosus: clinical features, immunological profile and magnetic resonance imaging of five cases. Spinal Cord Series and Cases. [revista en Internet] 2016 [27-07-2016] páginas 5. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1802200634?accountid=36765>
- **PROQUEST:** Carod Artal FJ. Cerebral and Spinal Schistosomiasis. Current Neurology and Neuroscience Reports. [revista en Internet] 2012 [27-07-2016] páginas 10. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/1115425529/B97C146C1CF84FC5PQ/2?accountid=36765>

- **PROQUEST:** Saison J, Costedoat-Chalumeau N, Maucort-Boulch D, Iwaz J, Marignier R, Cacoub P, et al. Systemic lupus erythematosus-associated acute transverse myelitis: manifestations, treatments, outcomes, and prognostic factors in 20 patients. *Lupus*. [revista en Internet] 2015 [27-07-2016] páginas 9. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1636488246/43B1CD0B0496433APQ/8?accountid=36765>
- **PROQUEST:** Nardone R, Fitzgerald RT, Bailey A, Zuccoli G. Longitudinally extensive transverse myelitis in systemic lupus erythematosus: Case report and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg*. [revista en Internet] 2015 [27-07-2016] páginas 6. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1645345022/43B1CD0B0496433APQ/9?accountid=36765>

33

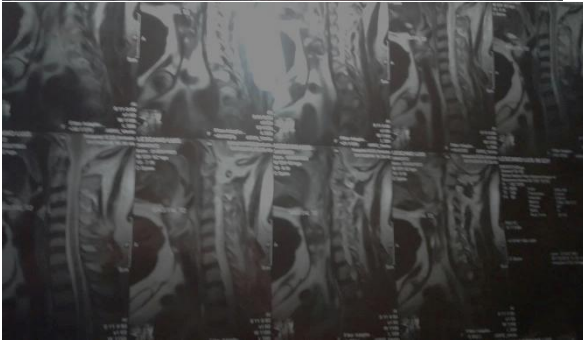
- **PROQUEST:** yun J, Kim S, Jeong IH, Lee SH, Kim HJ. Bright spotty lesions on the spinal cord: an additional MRI indicator of neuromyelitis optica spectrum disorder? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. [revista en Internet] 2015 [27-07-2016] páginas 3. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1781117283/43B1CD0B0496433APQ/11?accountid=36765>

ANEXOS

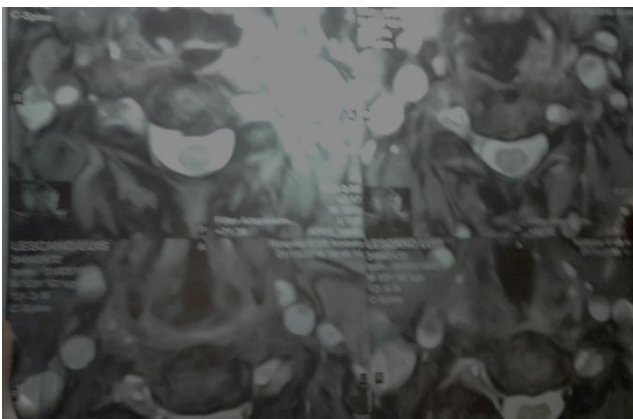
RADIOGRAFÍA DE COLUMNA

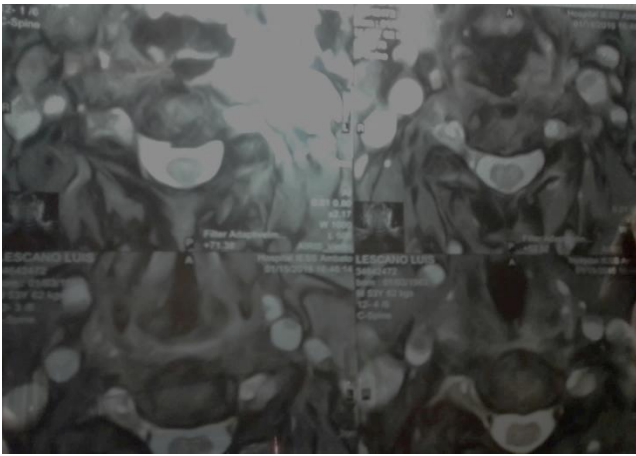


RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR



35





36

