

Sesiones clínicas en red de Medicina Interna de Andalucía

Síndrome neurológico de causa inusual

Caso clínico

Varón de 27 años, con hábitos tóxicos de tabaquismo de 10 paquetes/año y consumo recreativo de alcohol y cannabis, sin tratamiento habitual y con antecedentes personales de queratocono intervenido. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria y actualmente desempleado.

Motivo de consulta

Sensación de “acorchamiento” en ambos miembros inferiores de una semana de evolución, que ha ocasionado tres episodios de caída en los días previos al ingreso. Como antecedente reciente, refiere infección paucisintomática por SARS-CoV-2 dos semanas antes del inicio del cuadro.

Exploración física al ingreso

- Constantes vitales: dentro de la normalidad.
- Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos patológicos.
- Exploración abdominal: normal.
- Exploración neurológica: consciente, alerta y orientado, con lenguaje normal.
 - Campimetría por confrontación y oculomotricidad normales. Resto de pares craneales normales.
 - Exploración motora: 4+/5 a nivel distal de las 4 extremidades.
 - Exploración sensitiva: Hipoestesia y parestesias (“sensación de cartón”) desde la región infraumbilical hacia caudal. Presenta hipopalestesia en las cuatro extremidades, con predominio en miembros inferiores, así como alteración de la sensibilidad propioceptiva.
 - Reflejos: reflejos osteotendinosos abolidos, sin clonus; respuesta cutaneoplantar flexora bilateral.
 - Coordinación y marcha: ataxia de la marcha franca, con base de sustentación aumentada; el paciente logra caminar algunos pasos con dificultad.

Pruebas complementarias en urgencias

- Analítica urgente: sin alteraciones relevantes.
Prueba de drogas en orina positiva para benzodiacepinas y cannabis.
- Radiografía de tórax: normal.
- TC craneal sin contraste: sin hallazgos patológicos.

Ante la presencia de un **síndrome sensitivo-motor de instauración subaguda**, se decide ingreso hospitalario para completar estudio e iniciar tratamiento.

Estudio complementario durante el ingreso

- **Analítica general:** Hemograma, velocidad de sedimentación globular, glucemia, HbA1c, función renal y hepática, proteinograma, ECA y calciuria: normales.
- **Vitaminas y hormonas:** Vitaminas B1, B6, B9, B12 y E, y hormonas tiroideas: dentro de rango normal.
- **Serologías:** Negativas para VIH, Brucella, Borrelia, Lúes, Herpes, hepatitis B y C, CMV, VEB, Campylobacter jejuni y Mycoplasma pneumoniae.
- **Autoinmunidad:** ANA, factor reumatoide, ANCA-c, ANCA-p, anti-Ro, anti-La, anticuerpos antigangliósidos, todos negativos.
- **Crioglobulinas y proteinograma:** sin alteraciones.
- **Punción lumbar:**
 - Líquido cefalorraquídeo claro, con 3 hematíes/mm³ y 2 leucocitos/mm³; glucosa 64 mg/dL, proteínas 26 mg/dL.
 - Bandas oligoclonales ausentes.
 - PCR virus, bacterias y hongos negativo. PCR *Treponema pallidum* negativa.
 - Tinción de Gram sin microorganismos; cultivo negativo.
- **Electromiografía y electroneurograma:** hallazgos compatibles con polineuropatía sensitivomotora crónica, de predominio sensitivo y tipo axonal y desmielinizante, sin signos de denervación activa.
- **RMN del neuroeje:** Craneoencefálica sin alteraciones. En médula espinal se observan lesiones hiperintensas en cordones posteriores y laterales, compatibles con degeneración combinada subaguda de la médula espinal.

Orientación diagnóstica

El cuadro clínico, junto con los hallazgos neurofisiológicos y radiológicos, es compatible con **degeneración combinada subaguda de la médula espinal**, asociada a **polineuropatía sensitivomotora mixta**, en el contexto de infección reciente por SARS-CoV-2.

Durante su hospitalización, el paciente recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona intravenosa (1 g/día durante 5 días) sin evidencia de mejoría clínica. Posteriormente, se administró inmunoglobulina intravenosa (IVIg) en 5 días, igualmente sin respuesta significativa en fuerza ni sensibilidad.

Ante la ausencia de mejoría neurológica tras ambos tratamientos de primera línea, se planteó la necesidad de revalorar el diagnóstico etiológico y considerar causas

alternativas de mieloneuropatía refractaria siendo la reanamnesis detallada clave para alcanzar el diagnóstico final.