

Open Acces



MIELITIS TRANSVERSA DORSAL COM A PRIMERA MANIFESTACIÓ D'ESCLEROSI MÚLTIPLE

Víctor López-Marina¹, Teresa Rama Martínez² i Susanna Morcate Nerín³

¹ Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. EAP Piera. Piera. Barcelona

² Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. EAP El Masnou. Barcelona

³ Diplomada Universitària en Infermeria. EAP Piera. Piera. Barcelona

Adreça per a correspondència:
Víctor López-Marina

Adreça electrònica:
victor_lopezmarina@yahoo.com

RESUMEN

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria, desmielinizante aguda o subaguda que se origina en ausencia de enfermedad neurológica previa e involucra la vía sensitiva, motora y autonómica de la médula espinal, con una clínica muy amplia y variada que hace difícil su aproximación diagnóstico-terapéutica. Es infrecuente y su protocolo terapéutico es complicado, persistiendo normalmente secuelas o cursando con recurrencias. Presentamos el caso de una mujer joven con clínica de dolor en tronco y alteraciones sensitivas en extremidades superiores e inferiores, diagnosticada de mielitis transversa dorsal idiopática inicialmente que, con el tiempo, desarrolla alteraciones sensitivas en cara, cefalea tensional e inestabilidad cefálica, y se orienta definitivamente como esclerosis múltiple. Secundariamente desarrolla un trastorno adaptativo ansioso-depresivo. El médico de familia cumple un papel primordial en el diagnóstico inicial y en el seguimiento para detectar recaídas, así como para las complicaciones en la salud mental que suelen desarrollar estos pacientes.

RESUM

La mielitis transversa és una malaltia inflamatòria, desmielinitzant aguda o subaguda que s'origina en absència de malaltia neurològica prèvia i involucra la via sensitiva, motora i autonòmica de la medul·la espinal, amb una clínica molt àmplia i variada que fa difícil la seva aproximació diagnòstico-terapèutica. És infreqüent i el seu protocol terapèutic és complicat, persistent normalment seqüeles o cursant amb recurrències. Presentem el cas d'una dona jove amb clínica de dolor en tronc i alteracions sensitives a extremitats superiors i inferiors, diagnosticada de mielitis transversa dorsal idiopàtica inicialment que, amb el temps, desenvolupa alteracions sensitives a la cara, cefalea tensional i inestabilitat cefàlica, i s'orienta definitivament com a esclerosi múltiple. Secundàriament desenvolupa un trastorn

adaptatiu ansiós-depressiu. El metge de família compleix un paper primordial al diagnòstic inicial i al seguiment per detectar recaigudes, així com per les complicacions en la salut mental que solen desenvolupar aquests pacients.

ABSTRACT

Transverse myelitis is an acute or subacute inflammatory, demyelinating disease that arises in the absence of prior neurological disease and involves the sensory, motor, and autonomic pathways of the spinal cord, with a very wide and varied clinic that makes the diagnostic-therapeutic approach be difficult. It is uncommon and its treatment protocol is complex, usually persisting with sequelae or progressing with recurrences. We present the case of a young woman with torso pain and sensitive disturbances in her upper and lower extremities, initially diagnosed as an idiopathic dorsal transverse myelitis which, over time, develops sensitive alterations in the face, tension headache and head instability, and is definitively diagnosed as multiple sclerosis. She secondary develops an anxiety-depressive adaptative disorder. The family physician plays a crucial role in the initial diagnosis and follow-up to detect relapses, as well as in addressing the mental health complications that these patients often develop.

INTRODUCCIÓ

La mielitis transversa (MT) és una malaltia inflamatòria, desmielinitzant aguda o subaguda, que s'origina en absència de malaltia neurològica prèvia i afecta les vies sensitiva, motora i autonòmica de la medul·la espinal, amb un conjunt clínic molt ampli i variat que en dificulta la valoració diagnòstica i terapèutica¹. És una patologia infreqüent, i s'estima una incidència mundial d'1-8 persones per milió d'habitants i any¹⁻³. El seu protocol terapèutic és complex, i habitualment deixa seqüeles o bé cursa amb recurrències.

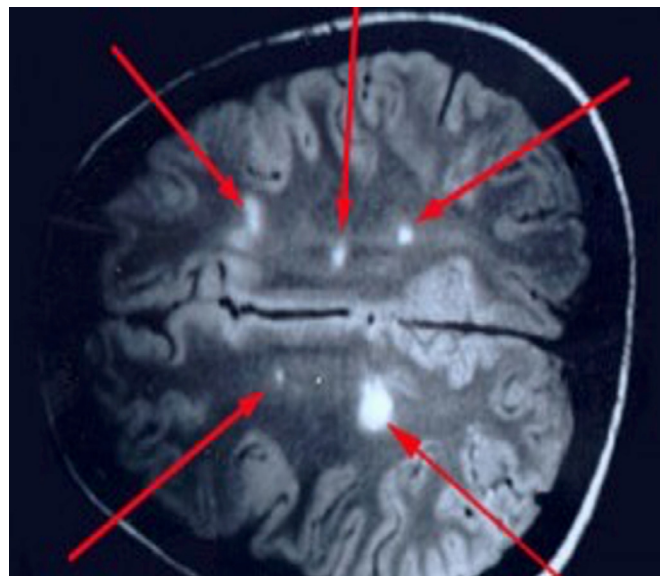
Figura 1. RMN dorsal: Imatge ovoïdea compatible amb mielitis transversa a nivell de D7-8.



DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 39 anys, sense hàbits tòxics ni antecedents patològics d'interès. Consulta per dolor mecànic dorsolumbar, algies a ambdós malucs, parestèsies a l'extremitat inferior dreta i a la planta del peu esquerre. El dolor dorsolumbar i dels malucs és present des de fa 7-8 dies i les alteracions sensitives descrites des de fa 4 dies. L'exploració física és normal. Se sol·licita una radiografia dorsolumbar, en què s'observa un pinçament posterior L5-S1. Es pauta naproxèn 500 mg/12 hores, pregabalina 25 mg/12 hores i es demana una ressonància magnètica nuclear (RMN) lumbar, amb signes dubtosos de sacroiliïtis esquerra i una imatge d'anomalia de transició L5-S1, amb pseudoprotusió discal associada en relació amb l'anomalia de transició. Una setmana després d'aquests resultats, s'afegeix anestèsia en forma de "mitjó" bilateral i parestèsies a tots dos braços. Es programa una analítica amb hematologia, bioquímica, urianàlisi, sediment urinari, perfil tiroïdal, estudi immunològic (ANA, anti-DNA, p-ANCA y c-ANCA, factor reumatoide, anti-Ro/SSA, anti La-SSB, anti Scl-70, HLA B27 i B51, C3 i C4) i serològic (VHA, VHB, VHC, VHD, HIV, sífilis,

Figura 2. RMN cerebral: 5 lesions focals d'aspecte desmielinitzant al cervell.



virus d'Epstein-Barr i citomegalovirus), amb valors dins la normalitat. També se sol·licita una electromiografia d'extremitats superiors i inferiors i un ECO-Doppler d'extremitats inferiors, amb resultats normals. El dolor dorsolumbar esdevé cada vegada més intens i consulta un neuròleg privat, que demana una RMN dorsal on s'observa una lesió compatible amb MT a nivell D7-8 (figura 1). A més, es demanen potencials evocats cerebrals, tomografia axial computada cranial i RMN cerebral, amb resultats normals. S'orienta el quadre com a MT dorsal idiopàtica i es deriva al servei de neurologia de referència, on s'indica tractament amb dosis altes de corticoides endovenosos inicialment i, posteriorment, via oral durant un mes, sense millora clara. Posteriorment, realitza rehabilitació durant tres mesos, amb millora del dolor dorsolumbar i de les parestèsies als braços i a la cama dreta, però queda com a seqüela parestèsies a tots dos peus. A l'any, en visita de control, refereix hipoestèsia de l'hemicara dreta, cefalea de tipus tensional i inestabilitat cefàlica d'aproximadament una setmana d'evolució. L'exploració neurològica i per aparells és normal, i es demana una RMN cerebral urgent i es torna a derivar al neuròleg de referència de manera preferent. A la RMN s'observen cinc lesions d'aspecte desmielinitzant al cervell (figura 2). En aquest servei es realitza una punció lumbar i, en l'anàlisi del líquid cefaloraquídi, destaca un augment de les proteïnes totals i de la IgG, sent els anticossos contra la glicoproteïna de la mielina de l'oligodendrocit (anti-MOG) i els anticossos anti-aquaporina 4 (AQP4) normals. Es demana una analítica amb anticossos anti-MOG i AQP4, que és normal. Es diagnostica esclerosi múltiple i es pauta corticoides endovenosos a dosis altes inicialment i, posteriorment, via oral durant 45 dies, però persisteixen les parestèsies a tots dos peus i

la inestabilitat cefàlica. A continuació, es prescriuen teriflunomida durant un any, amb disminució de les parestèsies als peus i de la sensació d'inestabilitat cefàlica, sense nous brots aguts fins a l'actualitat.

Observant el cas retrospectivament, es pot concloure que es tracta d'una MT dorsal, inicialment etiquetada com a idiopàtica, però que en realitat va ser la primera manifestació d'una altra entitat patològica com l'esclerosi múltiple (EM). Durant tot aquest procés, la pacient desenvolupa un trastorn adaptatiu ansiós-depressiu, que es tracta amb psicologia cognitivo-conductual i que presenta una evolució satisfactòria.

DISCUSSIÓ

La MT és una patologia que, generalment, és més freqüent en pacients joves entre 10 i 39 anys, i no sol aparèixer per primera vegada més enllà dels 50 anys, no té preferència per gènere ni raça, sovint es manifesta de forma aguda, tot i que també ho pot fer de manera subaguda, i la seva localització és predominantment dorsal i cervical¹⁻³. La seva etiologia i el diagnòstic diferencial són amplis, i destaquen la síndrome de Guillain-Barré, la compressió medul·lar per tumors i les mielopaties d'origen vascular així com malalties sistèmiques (vasculitis, dèficit de vitamina B12 secundari a anèmia perniciosa, esclerodèrmia, lupus eritematos sistèmic, malaltia de Behçet, malaltia de Sjögren, sarcoidosi), causes infeccioses, reaccions postvacunals i postràdiques^{1,4,5}.

Les malalties desmielinitzants del sistema nerviós central, com l'esclerosi múltiple (EM), la malaltia associada a anticossos contra la glicoproteïna de la mielina dels oligodendrocits (MOGAD) i el trastorn de l'espectre de la neuromielitis òptica (NMOSD), són les etiologies més freqüents de MT^{4,6}. Malgrat això, després de l'estudi etiològic i del diagnòstic diferencial posterior a un episodi de MT, en un 24-36% dels casos no s'identifica el factor causal^{2,4}.

El diagnòstic de la MT es basa en la sospita clínica, l'anàlisi per descartar patologies secundàries, la sol·licitud de RMN dels nivells afectats, la punció lumbar per a l'estudi del líquid cefaloraquídi, l'electromiografia i els potencials evocats¹.

Un percentatge elevat de pacients que presenten un primer brot de MT seran diagnosticats d'EM en el futur (41-63%), tenint major associació a aquest diagnòstic posterior aquells que presenten lesions medul·lars multifocals, amb afectació de menys de 3 segments medul·lars i localització al cordó posterior^{4,7}. El temps que es triga fins a diagnosticar l'EM després d'una MT oscil·la entre els 12 (4-48) mesos⁴ i els 1,7-2,2 anys⁷.

El tractament de la MT aguda es basa en corticoides endovenosos a dosis altes i, segons l'evolució, plasmàferesi o immunoglobulina humana endovenosa (la literatura dona suport a aquests tractaments en casos refractaris o amb dèficit neurològic important)⁴. No existeixen protocols clars de

manteniment, tot i que s'han utilitzat azatioprina, ciclofosfamida, micofenolat mofetil, rituximab, teriflunomida, etc., amb diferents resultats^{1,5}. Dins l'arsenal terapèutic de la MT, tenim la rehabilitació, que és molt important per millorar el dolor, la força motora i les alteracions sensitives, recuperar la funció esfinteriana en cas d'afectació, i també les alteracions de l'equilibri¹. L'evolució de la MT és, en general, poc satisfactòria i es basa en una regla de terços: una tercera part recupera la funció neurològica completa o gairebé completa; una altra tercera part dels pacients queda amb discapacitat moderada; i l'últim terç presenta seqüeles greus, amb afectació de la qualitat de vida, alteracions de la marxa, símptomes urinaris/intestinals i, sobretot, espasticitat resultant després de l'episodi agut de MT⁵. Cal destacar també que la MT idiopàtica té millor pronòstic que la MT associada a EM i a altres malalties desmielinitzants del sistema nerviós central^{4,8}.

Un altre aspecte rellevant és l'aparició de trastorns psiquiàtrics diversos (predominantment de l'esfera emocional), que sovint es presenten per la discapacitat important que pot originar la MT i al ser pacients joves¹. Fins a un 25% dels casos desenvolupen quadres depressius importants que, de vegades, no són proporcionals a les lesions o al dany medul·lar i, si no es diagnostiquen i es tracten, poden deixar seqüeles psíquiques. Aquests trastorns psiquiàtrics, si es tracten adequadament amb fàrmacs i, sobretot, amb psicoteràpia, tendeixen a resoldre's completament⁵.

El nostre cas clínic va ser inicialment etiquetat com a MT idiopàtica perquè l'estudi serològic i immunològic inicial va ser normal, la RMN cerebral inicial també era normal, els potencials evocats cerebrals normals i la RMN Dorsal es diagnòstica de MT.

El diagnòstic inicial va ser difícil, ja que el cas es presenta de manera subaguda (28 dies fins arribar al diagnòstic de MT), fet relativament infreqüent (menys del 20% dels casos es manifesten així), i perquè l'etiologia d'una MT és molt variada. Tot i que inicialment no se'n trobi la causa de la MT, fins a un 63% dels casos pot ser la primera manifestació d'una EM, com va passar en la nostra pacient. En el nostre cas, l'EM es va diagnosticar 13 mesos després de la MT, per la clínica afegida al cap d'un any, la RMN cerebral amb 5 lesions desmielinitzants i l'augment de proteïnes totals i IgG en l'estudi del líquid cefaloraquídi. L'evolució de l'EM és, actualment, satisfactòria, incloent-hi la bona resposta a la psicoteràpia del trastorn adaptatiu ansiós-depressiu.

CONCLUSIONS

La MT és una malaltia inflamatòria, desmielinitzant i que sovint es presenta de forma aguda. Involucra la via sensitiva, motora i autonòmica de la medul·la espinal, i la seva valoració diagnòstica-terapèutica és complexa. Pot ser secundària a múltiples malalties, essent l'etiologia més freqüent l'EM. Sovint deixa seqüeles i/o recurrències. En el tractament

destaquen els corticoides, la plasmafèresi i la immunoglobulina humana endovenosa (en casos refractaris), així com els immunomoduladors, els immunosupressors i la rehabilitació.

El metge de família té un paper fonamental en el diagnòstic inicial, en el seguiment per detectar recidives i en el maneig de les complicacions de salut mental que aquests pacients sovint desenvolupen.

BIBLIOGRAFIA

1. Cecilia M, Mena A, Moreno-Cortés E, Muriel A, Ocampo-Chaparro JM. Mielitis transversa. Análisis clínico. Rev Med Risaralda. 2018;24(2):139-42.
2. Yucumá-Gutiérrez S, González-Manrique G, Alzate-Carvajal V, Mondragón-Cardona A. Caracterización de la mielitis transversa en un hospital referencia del sur colombiano. Acta Med Peru. 2017;34(1):23-6.
3. Camacho LPA, Figueroa DMP, Escalante RMA, Bonilla DAJ, Espindola ZLS, Díaz GHJ, et al. Retos en el diagnóstico de la mielitis transversa aguda: a propósito de un caso. Rev Urug Med Int. 2025;10(1):e405.
4. Presas-Rodríguez S, Grau-López L, Hevías-García JV, Massuet-Vilamajó A, Ramo-Tello C. Mielitis. Diferencias entre esclerosis múltiple y otras etiologías. Neurología. 2016;31(2):71-5.
5. Gómez-Argüelles JM, Sánchez-Solla A, López-Dolado E, Díez-De la Lastra E, Florensa J. Mielitis transversa aguda: revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica. Rev Neurol. 2009;49(10):533-40.
6. Cárdenas-Robledo S, Arenas-Vargas LE, Guerrero-Gómez DA, Carvajal-Junco R, Guío-Sánchez C. Enfermedad asociada a anticuerpos contra la glicoproteína de mielina de oligodendrocitos. Acta Neurol Colomb. 2023;39(4):e854.
7. Smith E, Jaakonmäki N, Nylund M, Kupila L, Matilainen M, Airas L. Frequency and etiology of acute transverse myelitis in Southern Finland. Mult Scler Relat. 2020;46:102562.
8. Lee EK, Kim S, Sohn E. Clinical characteristics and predictive factors of recurrent idiopathic transverse myelitis. Front Neurol. 2024;15:1416251.