

## CASO CLÍNICO 2

# GANADERO CON MONONEURITIS MÚLTIPLE

Propuesta :

Dra. María Matesanz, C.H. Xeral-Calde

Discusión:

Dra. Beatriz Seoane, C.H.U.A.C

# Antecedentes:

---

- Varón, 57 años, ganadero
- HTA. Cardiopatía hipertensiva con función sistólica preservada
- Hepatitis B crónica, sin tratamiento
- Tratamiento:
  - nifedipino 1 cp/24h
  - omeprazol 20 1 cp/24h

# Historia actual:

---

En septiembre 2008 es enviado a Consulta externa de Medicina Interna

- **Clínica**

- dolor urente y parestesias en miembro inferior derecho de un mes de evolución

- **Exploración física**

- alodinia en calcetín en miembro inferior derecho

- **En noviembre consulta en URG por parálisis facial periférica**
- **En diciembre acude a la consulta de la Unidad de dolor por mal control**
- **Refiere adelgazamiento y aumento de disestesias**

## ■ Analítica:

- hemograma, coagulación, bioquímica completa con perfil hepático y lipídico dentro de la normalidad
- TSH, VSG, PCR, proteinograma normales
- DNA de VHB: 2693 UI/mL

## ■ Otras pruebas:

- ECG: ritmo sinusal
- Rx de tórax: sin alteraciones

## ■ RMN

- pequeñas hernias en los espacios comprendidos entre L1-L5. A nivel de L4-L5 cambios espondilósicos facetarios que provocan estrechamiento de las salidas foraminales

## ■ ENMG

- exploración compatible con mononeuritis múltiple con afectación predominantemente de nervio peroneo derecho con marcado bloqueo de la conducción a nivel de la cabeza de peroné y afectación del nervio tibial posterior derecho

**Se decide ingreso en  
Medicina Interna ...**

# Enfermedad actual:

---

- 3 meses dolor urente y parestesias en MID
- en los últimos días presenta la misma clínica en MII
- 15 días antes del ingreso presenta parálisis facial periférica derecha
- Síndrome general con adelgazamiento de 20 kg desde hace 4 meses



# Exploración física:

---

- TA: 140/80 FC:100. T<sup>a</sup>: 36 °C. FR: 14
- C y C: sin hallazgos
- ACP normal
- ABDOMEN: normal
- EEII: Sin edemas, pulsos periféricos presentes y simétricos

# Exploración física

---

- **Exploración neurológica:**
  - **Funciones mentales superiores conservadas**
  - **Signos meníngeos negativos**
  - **Pares craneales normales (recuperación de P. Facial)**
  - **Fuerza conservada y simétrica en las cuatro extremidades**
  - **Sensibilidad: alodinia en calcetín en ambos MMII**
  - **Reflejos osteotendinosos normales. RCP Flexor**
  - **Pruebas cerebelosas normales. Marcha normal**

# Pruebas complementarias:

---

- **Hemograma:**
  - Hemoglobina 15.1 g/dL
  - Leucocitos 4.400
  - Plaquetas 142.000
- **Coagulación: normal**
- **Bioquímica y DRAS: normal**
- **ECG: ritmo sinusal normal**
- **Rx tórax: sin alteraciones valorables**

# Bioquímica:

- Factor reumatoideo 23 UI/mL
- Transferrina, Cianocobalamina, Folato
- ANA, ANCA ANCA
- Proteinograma e Igs
- C3, C4
- Crioglobulinas
- Haptoglobina

## Se repite ENMG

- mononeuritis múltiple axonal asimétrica de predominio en nervios peroneo y tibial posterior derecho con afectación incipiente de nervios mediano y cubital derecho

**La Dra. Seoane  
desarrollara ahora el  
diagnóstico diferencial**

# Diagnóstico Diferencial:

---

## Mononeuritis multiple y síndrome general

- Enfermedades sistemicas:
  - PAN (paciente con Hepatitis B)
  - otras vasculitis
  - Amiloidosis, AR, Sarcoidosis
- Enfermedades infecciosas:
  - VIH
  - E. de Lyme
- Tóxicas

- Serología en sangre:
  - Brucella: negativo
  - Lúes: negativo
  - VIH: negativo
  - Borrelia:
    - Ac. totales positivo (4.01)
    - W. Blot IgG positivo
    - W. Blot IgM positivo



## LCR:

- Hematíes 7 mm<sup>3</sup>
- Leucocitos 5 mm<sup>3</sup>
- Glucosa 56 mg/dL
- Proteínas 46,5 mg/dL
- ADA 3,1 U/L
- Xantocromía negativa
- Serología de borrelia:
  - IgG positivo (240 U/mL)
  - IgM positivo (6.7 )

# Diagnóstico final:

---

**Enfermedad de Lyme**

**Meningoradiculitis por**

**Borrelia Burgorferi**

*Ceftriaxona 2 gr iv / 24 h*

- **Mejoría clínica, buen estado general**
- **Desaparición casi completa del dolor precisando menos analgesia**
- **Regresión de las parestesias**
- **Se decide alta hospitalaria para completar antibioterapia en domicilio**
- **Pendiente de resultado de biopsia del nervio sural**

# Seguimiento en Consultas:

---

- Tras completar tratamiento antibiótico durante 28 días con Ceftriaxona, el paciente está prácticamente asintomático: persisten disestesias hasta nivel metatarso en pie derecho
- No precisa de tratamiento analgésico
- Biopsia del nervio sural: vasculitis linfocítica con pérdida muy severa de fibras mielinizadas en todos los fascículos

# ENFERMEDAD DE LYME

- Zoonosis transmitida por garrapata **IXODES RICINUS**
- Agente infeccioso: **BORRELIA BURGENDORFERI** (espiroqueta)
- Reservorio: **MAMÍFEROS** (ovejas, ciervos, ratas)
- Ambiente Rural. Verano-Otoño
- Norte de España



# PATOGENIA

- Garrapata adherida a huésped
- Localmente: Eritema Migratorio
- Diseminación:
  - Vía linfática y hematológica
  - factores dependientes del gremen (proteína de superficie)
  - factores dependientes del huésped (plasminógeno, integrinas...)
- AP: infiltrado linfocitario, células plasmáticas, macrófagos y +/- vasculitis
- No mecanismos de evasión de antibióticos

# CLÍNICA:

- **Cronicidad. Exacerbaciones – Remisiones**
- **Variabilidad en la forma de presentación**
- **Clasificación en 3 fases**

# PRIMERA FASE: Infección temprana localizada

## ERITEMA MIGRATORIO:



- Incubación 3 - 32 días
- Lesión anular rojo vino con aclaramiento central
- No doloroso
- Ausente en 1/4 de los pacientes



## SEGUNDA FASE: Infección temprana diseminada

- De pocos días a varias semanas después
- Cuadro general : fiebre, escalofríos, cefalea
- Nuevas lesiones cutáneas anulares
- Otras: conjuntivitis, iritis, faringitis, adenopatías, esplenomegalia
- Manifestaciones neurológicas (20%): parálisis facial bilateral (muy característica), meningitis, neuritis de PC, radiculoneuropatía, encefalitis, mielitis, mononeuritis múltiple
- Trastornos cardíacos

# TERCERA FASE:

## Infección tardía o persistente

- **Artritis:**
  - 60% de pacientes con borreliosis y sin tratamiento
  - Oligoartritis intermitente (rodillas)
  - Hallazgos similares a AR, con FR y ANAS negativos
- **Manifestaciones neurológicas :**
  - Encefalopatía, radiculopatía, polineuropatía axonal
- **Acrodermatitis crónica atrófica :**
  - Erupción violácea, esclerótica y atrófica
  - Zona distal de extremidades

# Diagnóstico diferencial:

## ■ Enfermedades reumaticas

- AR, LES, S. Reiter, Fibromialgia, S. de fatiga crónica

## ■ Enfermedades infecciosas

- Celulitis, Ehrlichiosis, Endocarditis infecciosa, LÚES, Meningitis Linfocitaria

## ■ Otras enfermedades

- Eritema Multiforme, Parálisis Facial Idiopática, Esclerosis Múltiple

# Diagnóstico :

- cuadro clínico compatible
- líquido sinovial:
  - PCR para borrelia
  - Análisis: leucocitosis (PMN) y proteínas(5g/dL)
- LCR:
  - Pleocitosis Linfocitaria, aumento de proteínas, disminución de glucosa
- serología:
  - Test de W. blot de confirmación (IgG, IgM)

# Tratamiento

<b>Infección temprana y parálisis facial periférica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Doxiciclina 100 mg/12 h</li><li>■ Amoxicilina 500 mg/8 h</li><li>■ Cefuroxima 500 mg/12 h</li><li>■ Eritromicina 250 mg/6 h</li></ul>
<b>Otras afecciones neurológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Ceftriaxona 2 g iv (4 sem)</li><li>■ Penicilina G 4 mil U/6 h</li></ul>
<b>Artritis y otras</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Cualquiera durante 1-2 m</li><li>■ Ceftriaxona 2 g iv (4 sem)</li></ul>