

Esclerosis múltiple en coexistencia con síndrome antifosfolípido. Reporte de un caso

Baylor College of Medicine, Maxine Mesinger MS Clinic, Houston Tx
Dra. M. Avila, Dr. G. Suarez, Dr J Ramirez, Dr G. Hutton, Dr V. M. Rivera Olmos.

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es un padecimiento inmunologicamente mediado que afecta al sistema nervioso central (SNC). Es más común en mujeres jóvenes. La coexistencia con otros padecimientos autoinmunes ha sido documentada. Reportamos el caso clínico de un paciente en el cual se cumplen criterios para EM y síndrome antifosfolípido (SAP).

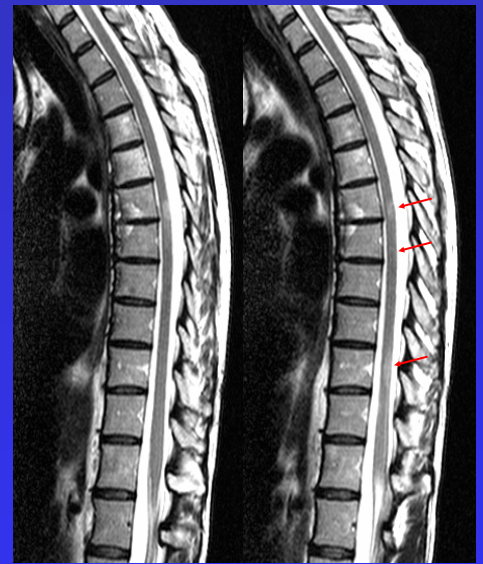
Caso clínico: Mujer de 49 años quien desarrolló un evento embólico cerebral a las 2 semanas de postparto. La resonancia magnética (RM) mostró infarto temporal derecho así como múltiples lesiones hiperintensas en sustancia blanca. Fue diagnosticada con Síndrome antifosfolípidos e inició anticoagulantes. RM de seguimiento no mostró cambios significativos con el estudio inicial. Nueve meses después, presentó parestesias en miembros inferiores con varias semanas de duración. RM de medula espinal mostró lesiones cervicales y torácicas hiperintensas en T2 y captantes de contraste. El LCR mostró incremento en el índice de IgG así como mas de cinco bandas oligoclonales. Potenciales evocados visuales demuestran incremento en la amplitud y prolongación de P100. RM cerebral mostró infarto previo en región temporal anterior y numerosas pequeñas lesiones periventriculares, hiperintensas en T2 y FLAIR. Fue tratada con esteroides IV por 5 días con recuperación de sus síntomas y se inició manejo con acetato de glatirámero. La paciente continúa con síntomas neurológicos intermitentes como debilidad en ambas piernas, dolor neuropático y fatiga. Se solicita una nueva RM medular donde se aprecia área hiperintensa a nivel C5 en secuencia T2 que no refuerza con contraste, así como dos lesiones torácicas bien definidas en T6 y T10. Su examen físico muestra agudeza visual 20/40 en ojo izquierdo y 20/25 en ojo derecho; el resto de la exploración fue normal.



RM encéfalo donde podemos apreciar múltiples lesiones en sustancia blanca con predominio periventricular e involucro de cuerpo calloso en FLAIR. En la secuencia T1 se observan lesiones hipointensas.



RM cervical donde se observa a nivel de C4 la presencia de lesión hiperintensa en las secuencias FLAIR y T2.



RM torácica donde se observan por lo menos tres lesiones hiperintensas a nivel T6, T7 y T10. Las lesiones son bien definidas y no abarcan mas de un espacio vertebral.

Conclusión: La EM ha sido mas frecuentemente asociada a lupus, diabetes 1 y tiroiditis autoinmune. La coexistencia con SAP es poco frecuente. SAP se ha asociado a diferentes manifestaciones neurológicas y puede clínicamente simular EM. La presencia de bandas oligoclonales e incremento del índice IgG en LCR sugiere fuertemente la posibilidad de enfermedad desmielinizante. La prevalencia del involucro de medula espinal en SAP es de menos del 1%, y es en cambio muy frecuentemente afectada en la EM. SAP puede ser difícil de diferenciar con EM recurrente remitente sin embargo estudios paraclínicos pueden ser útiles para discernir entre estas dos entidades.