

Presentación del caso:

Se trata de un paciente masculino de 19 años, previamente sano, de origen magrebí y residente en España desde la infancia, que consultó por debilidad progresiva en las extremidades inferiores, asociada a parestias en manos y pies de carácter ascendente, de aproximadamente 10 días de evolución. Refiere dificultad creciente para la marcha, sensación de inestabilidad y torpeza manual, el día de la consulta en el servicio de Urgencias de nuestro hospital aquejaba también incontinencia urinaria. No presentaba fiebre, cefalea, alteración del nivel de consciencia.

Tres semanas antes de consultar en urgencias había tenido un episodio autolimitado de dolor abdominal y vómitos pero no presentó diarrea. Una semana antes de la admisión, presentó un cuadro respiratorio leve con tos seca y rinorrea.

No tomaba medicación habitual ni tenía antecedentes médicos mayores destacables, únicamente había tenido una intervención quirúrgica en contexto de una fractura triplanar en extremidad inferior izquierda en marzo de 2022 debido a un accidente de tráfico. Obesidad grado III, Además , refería consumo ocasional de cannabis, consumo de Hookah una vez a la semana y uso recreativo de una sustancia inhalada en contextos sociales, sin especificar en un inicio durante la primera anamnesis.

Exploración física:

Paciente afebril, hemodinámicamente estable. Presentaba una marcha atáxica y dificultad para la bipedestación sin apoyo. La fuerza muscular era 3/5 en extremidades inferiores y 4+/5 en superiores. Se objetivaron hiporreflexia global, disestesias en "guante y calcetín" y alteración de la sensibilidad propioceptiva muy dudosa pero presentaba un nivel sensitivo medular a nivel de T6.

Pruebas complementarias:

El hemograma y bioquímica básica fueron normales. Se realizó serología para VIH, sífilis, virus hepatotropos y Borrelia, así como anticuerpos antinucleares y anti-Ro/La, todos negativos. El análisis de líquido cefalorraquídeo no mostró alteraciones. La resonancia magnética de columna cervical mostró una imagen hiperintensa bilateral simétrica en cordones posteriores, sin captación de contraste ni compresión medular (como se muestra en la imagen). El estudio de conducción nerviosa evidenció una polineuropatía sensitivo-motora de predominio axonal. Y se solicitó un estudio analítico que fue clave para el diagnóstico.

