

Caso	(227) Encefalomiелitis aguda diseminada que debuta como una mielopatía brusca
Autores	María José Risco Fernández, Cecilia Ruiz De Castañeda Zamora, Ana Hernández García-calvo, Raquel Moreno De La Presa, Carolina De La Cruz Rodríguez, Esnelly Francismaría Berrios.
Centro	Complejo Hospitalario Universitario De Toledo.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 21 años sin antecedentes médicos que acude a urgencias con clínica de diplopía, debilidad, dificultad para la deambulaci6n y parestesias. En la semana previa el paciente había consultado en dos ocasiones por dolor lumbar, fiebre, cefalea, mialgias y retenci6n aguda de orina.

Se le realiza una tomografía computerizada (TC) de cráneo, sin alteraciones, una punción lumbar y se le administra tratamiento empírico ante la sospecha de meningoencefalitis. En menos de 24 horas desarrolla disartria, nistagmo, tetraparesia y reflejos abolidos en miembros inferiores, taquipnea y requiere oxígeno a alto flujo. Se le realiza una resonancia magnética (RM) urgente cerebral y medular.

A nivel cerebral encontramos múltiples lesiones hiperintensas en las secuencias de TR largo, de gran tamaño y mal definidas, con afectaci6n tanto de la sustancia gris como de la sustancia blanca profunda. Asocia importante afectaci6n medular que se extiende desde el área postrema hasta el cono medular. Se trata de un cuadro compatible con una enfermedad desmielinizante, entre las cuales, la principal sospecha era la encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM).

DISCUSI6N

La aparici6n de síntomas sugestivos de mielopatía aguda en un paciente sin antecedente traumático es una emergencia médica. La RM en muchas ocasiones es la prueba de imagen inicial para evaluar a estos pacientes y se manifiesta como hiperintensidades en la médula en las secuencias de TR largo.

Si nos encontramos ante un paciente joven, con clínica neurológica de instauraci6n brusca, signos de mielopatía en la RM y sin lesi6n locorregional asociada que la justifique, debemos pensar en primer lugar en una enfermedad desmielinizante. Dentro de estas encontramos un amplio espectro de enfermedades entre las que destacan la esclerosis múltiple, la neuromielitis óptica y la ADEM, siendo esta última la más compatible con nuestro caso.

La ADEM afecta a niños o adultos jóvenes, típicamente tras una infecci6n viral o vacunaci6n. Se caracteriza por un curso monofásico, que comienza con la instauraci6n progresiva de clínica sistémica inespecífica (mialgias, cefalea, náuseas, vómitos, somnolencia) y que va seguido de un cuadro de alteraciones neurológicas de instauraci6n rápida.

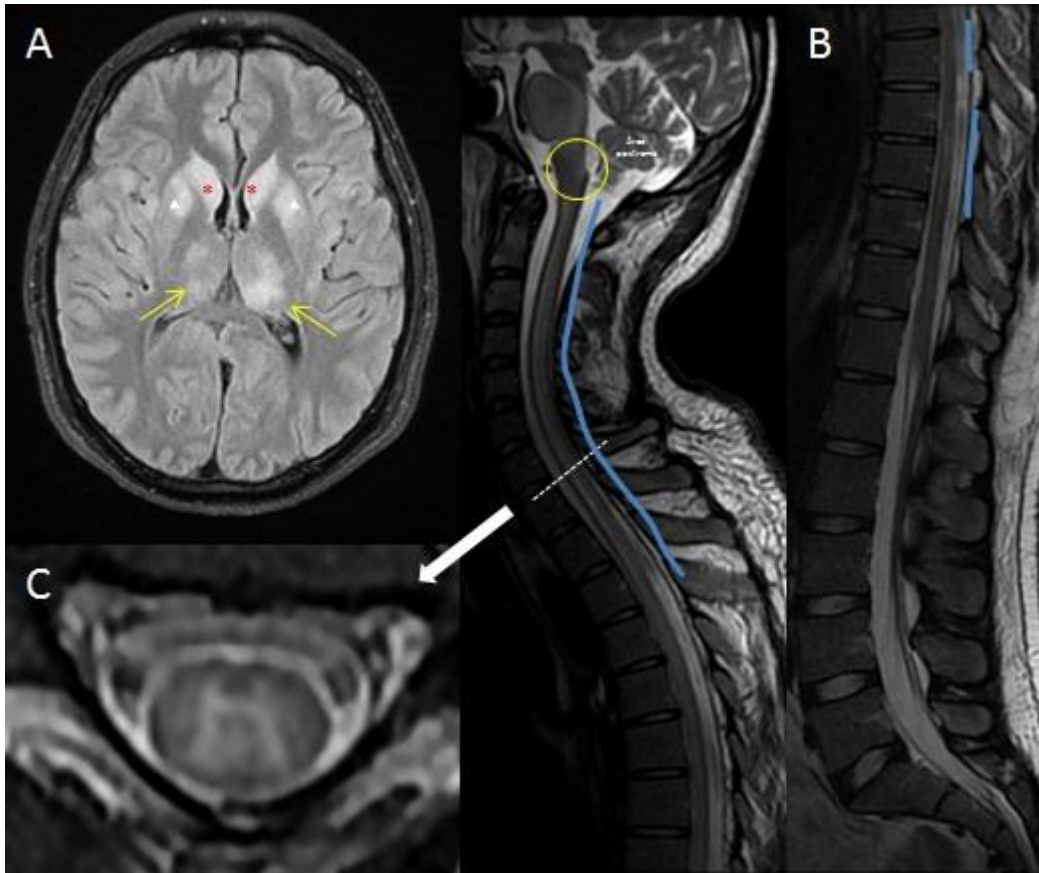
En RM la afectación a nivel cerebral se caracteriza por múltiples lesiones hiperintensas en secuencias de TR largo, bilaterales, asimétricas, mal definidas y de diferente tamaño localizadas en la región subcortical y central de la sustancia blanca, ganglios basales, tálamos, tronco y cerebelo. En la médula espinal generalmente encontramos afectación extensa de varios segmentos con engrosamiento medular.

El pronóstico de estos pacientes suele ser favorable si se instaura un tratamiento precoz, sin embargo, un retraso diagnóstico puede acabar en una disfunción crónica del paciente. Por ello, es imprescindible que el radiólogo de emergencias esté familiarizado con el diagnóstico diferencial de las mielopatías agudas y con los hallazgos en imagen.

CONCLUSIÓN

La mielopatía aguda en pacientes sin antecedentes traumáticos en ocasiones precisa de una RM como prueba de imagen inicial. El radiólogo de emergencias debe estar familiarizado con las enfermedades que la producen y los hallazgos en imagen de las mismas.

Pensaremos en ADEM ante un paciente joven, con antecedentes de infección viral o vacunación, que desarrolla un cuadro clínico único de mielopatía de instauración rápida. En la RM encontraremos una extensa afectación de la médula espinal en forma de hiperintensidades en secuencias de TR largo y a nivel cerebral característicamente afecta a tálamo, ganglios basales y a la región subcortical de la sustancia blanca.



(Imagen A) Corte axial de resonancia magnética cerebral potenciada en T2-FLAIR, donde se observan múltiples lesiones de gran tamaño y mal definidas, que afectan predominantemente a ganglios basales (rojo) y tálamos bilateralmente (flechas amarillas). (Imagen B) Corte sagital potenciada en T2 de la columna cervico-dorsal y dorso-lumbar, observando extensa mielitis que se distribuye de forma difusa por toda la médula espinal desde el área postrema hasta el cono medular. La extensión de la afectación viene representada por las líneas azules. (Imagen C) Corte axial a nivel de C7-D1 potenciado en T2, donde se observa importante engrosamiento y afectación transversa de la médula espinal.*

BIBLIOGRAFÍA

Laur O, Nandu H, Titelbaum D, Nunez D, Khurana B. Nontraumatic Spinal Cord Compression: MRI Primer for Emergency Department Radiologist. *Radiographics* 2019; 39 : 1862-1880. <https://doi.org/10.1148/rg.2019190024>

Lee M, Aronberg R, Mangarano M, Ibahim M, Parmar H. Diagnostic Approach to Intrinsic Abnormality of Spinal Cord Signal Intensity. *Radiographics* 2019; 39: 1824-1839. <https://doi.org/10.1148/rg.2019190021>

Sarbu N, Lolli V, Smirniotopoulos J. Magnetic Resonance Imaging in myelopathy: a pictorial review. *Clinical Imaging* 2019; 57: 56-68. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2019.05.002>

Marin S, Callen D. The Magnetic Resonance Imaging Appearance of Monophasic Acute Disseminated Encephalomyelitis. An Update Post Application of the 2007 Consensus Criteria. *Neurimag Clin N Am* 2013; 23: 245-266. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nic.2012.12.005>