

# Mielitis en paciente de edad avanzada: a propósito de dos casos.

Alonso Redondo, R.; Rodríguez Ares, T.; Sabbagh Casado, N.A.; Guijarro del Amo, M.  
Servicio de Neurología del Hospital Universitario Lucas Augusti.

## Introducción:

Presentamos los casos de dos pacientes ingresados en nuestro centro por mielopatía. Se sospechó inicialmente etiología tumoral pero finalmente fueron diagnosticados de mielopatía inflamatoria, siendo en ambos casos llamativa la edad avanzada de presentación.

### Caso 1:

Varón de 68, exfumador, con un cuadro de aproximadamente dos semanas de evolución de cambio en el hábito intestinal y micción imperiosa, sumándose de forma progresiva pérdida de sensibilidad en ambas extremidades inferiores. Realizó en centro privado un TC abdominal que muestra incidentalmente un nódulo pulmonar. Días después consulta en nuestro centro por paraparesia. Se realiza RM medular urgente que muestra dos áreas de hiperseñal T2 con captación de contraste a nivel D2-7 y D9-cono medular. El análisis de LCR muestra una meningitis de predominio linfocítico con moderado consumo de glucosa, con estudios microbiológicos negativos. Se completa TC torácico mostrando una adenopatía hiliar única, sin datos de patología intersticial. La RM cerebral muestra hiperseñal en hipocampos y captación paquimeníngea. Proteinograma, autoinmunidad, onconeuronales y citología de LCR negativos. ECA normal. Con PET se confirma hipermetabolismo a nivel del nódulo y adenopatía hiliar, la cual se biopsia demostrando tejido granulomatoso. Con el diagnóstico de *neurosarcoidosis* se inicia tratamiento con prednisona y metotrexato presentando notable mejoría clínica, bioquímica y radiológica.

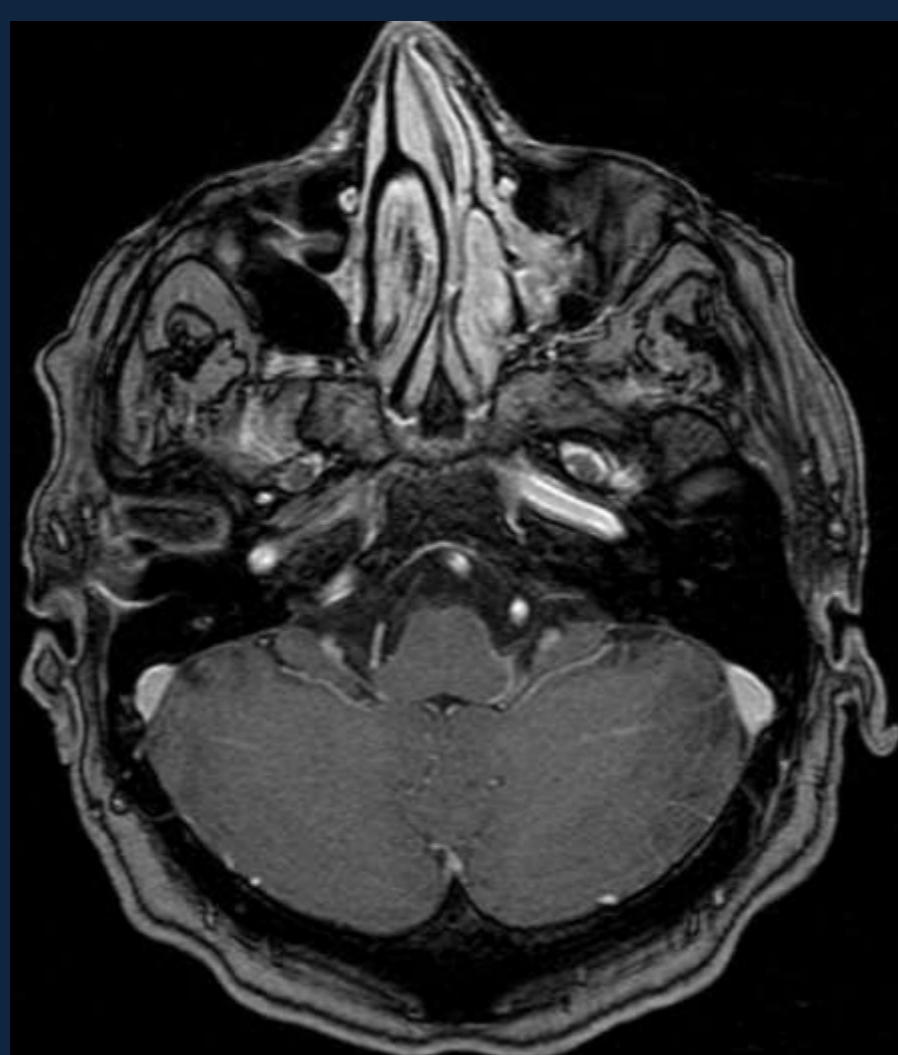


Fig: Realce pial bulbar.

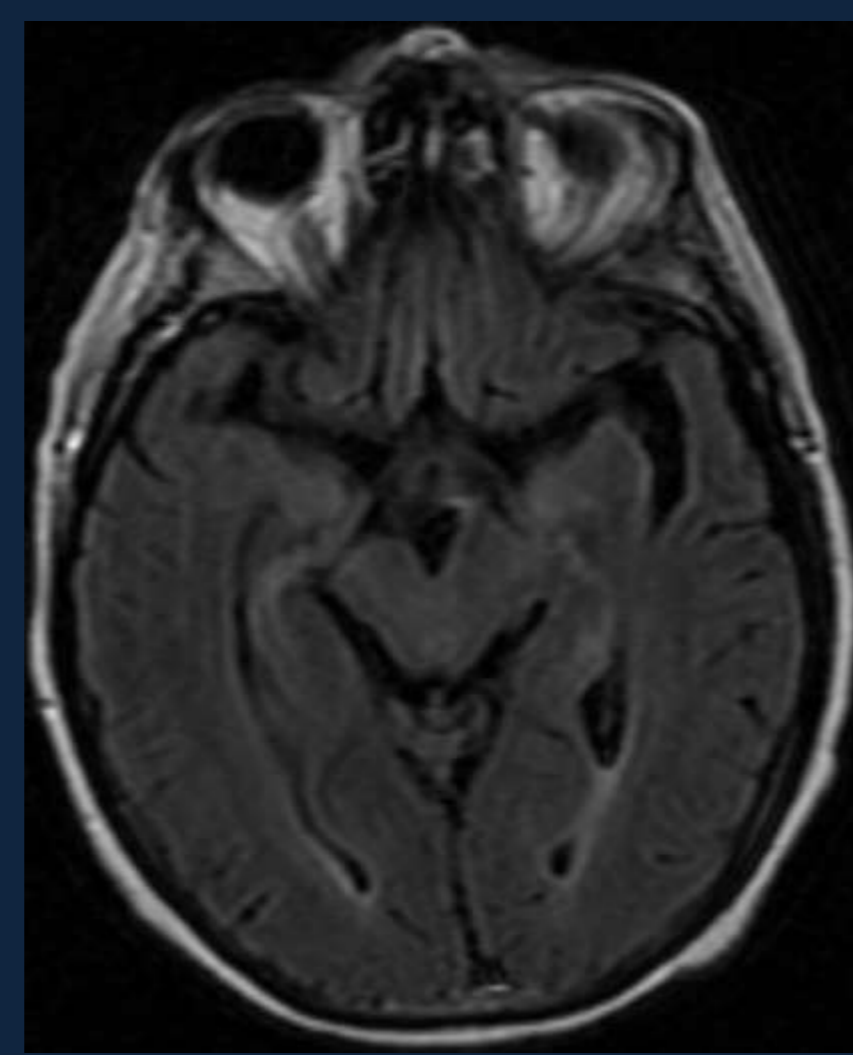
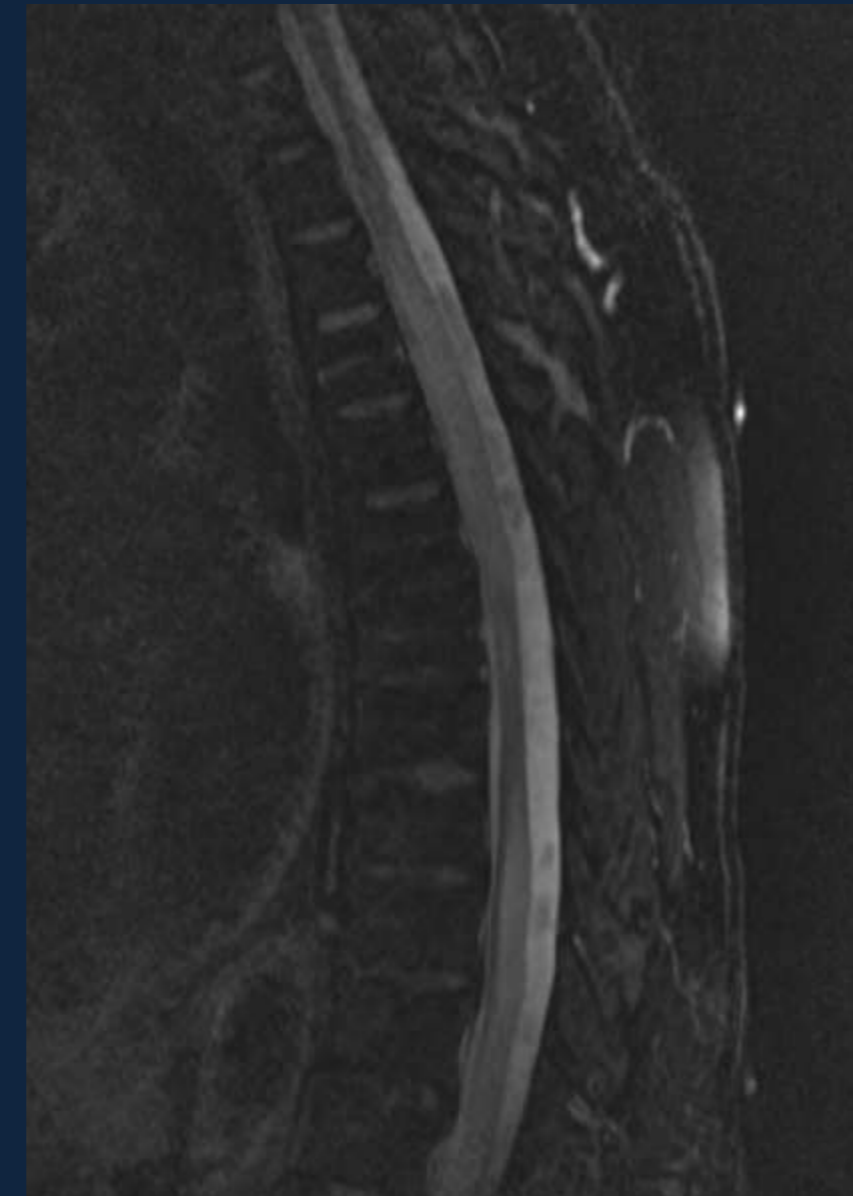
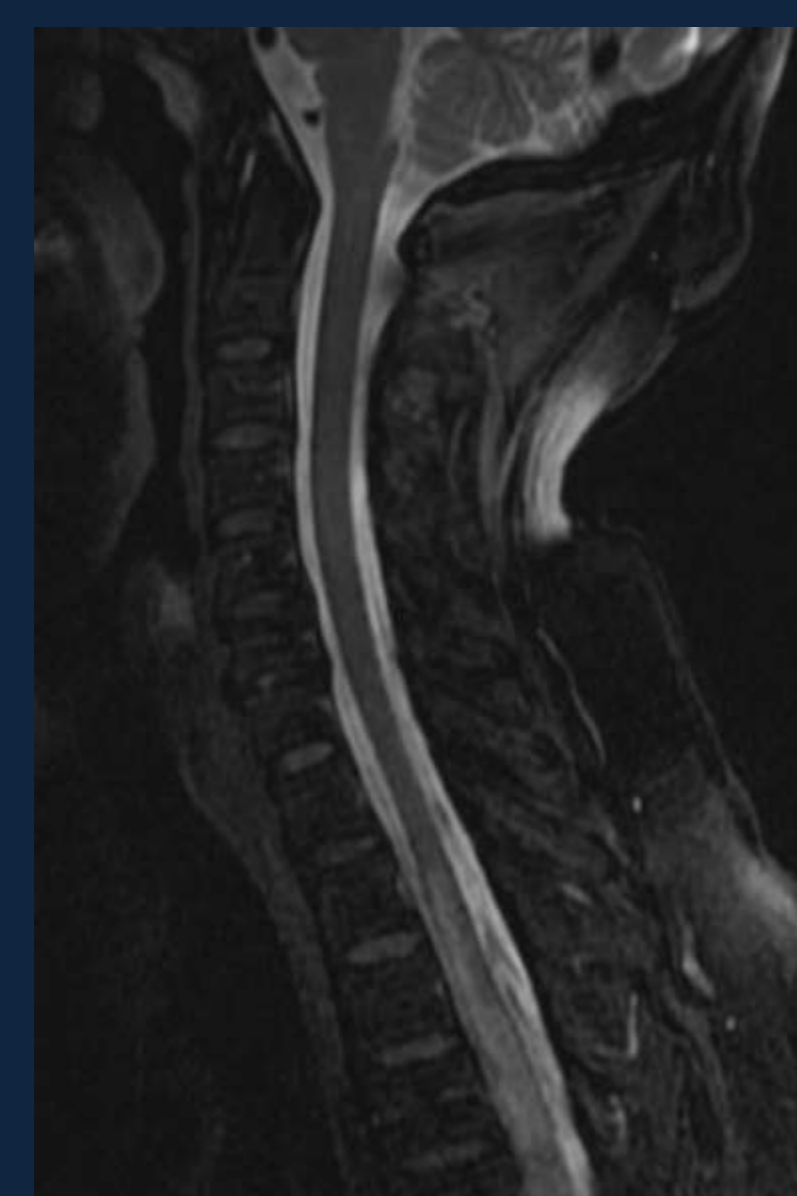


Fig: Hiperseñal hipocampal.



### Caso 2:

Mujer de 76 años que acude por paraparesia de inicio insidioso en semanas, demostrándose en RM hiperseñal C6-D4 en T2 con captación de contraste. Estudio de LCR con pleocitosis linfocítica sin consumo de glucosa. Descartada etiología infecciosa se sospecha patología neoplásica solicitando citología de LCR y bodyTC. Se completa el estudio con anticuerpos NMO y MOG y se realiza test empírico con corticoide intravenoso, con mejoría clínica semanas después. Con la posterior positividad de antiAQ4 se llega al diagnóstico de mielitis dentro del *espectro NMO* (PEV normales). Evolución favorable con azatioprina y prednisona.



Fig: RM medular al ingreso.

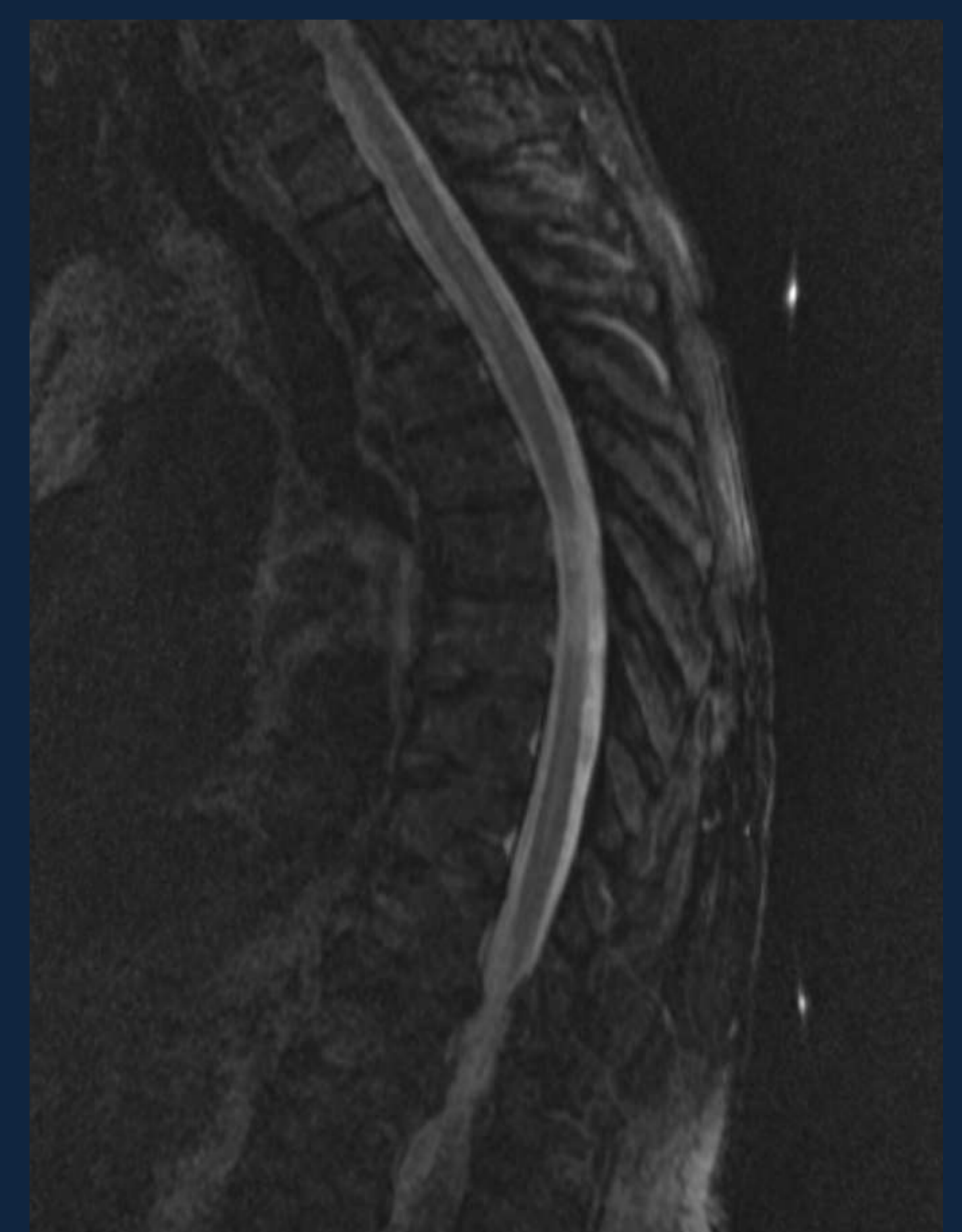
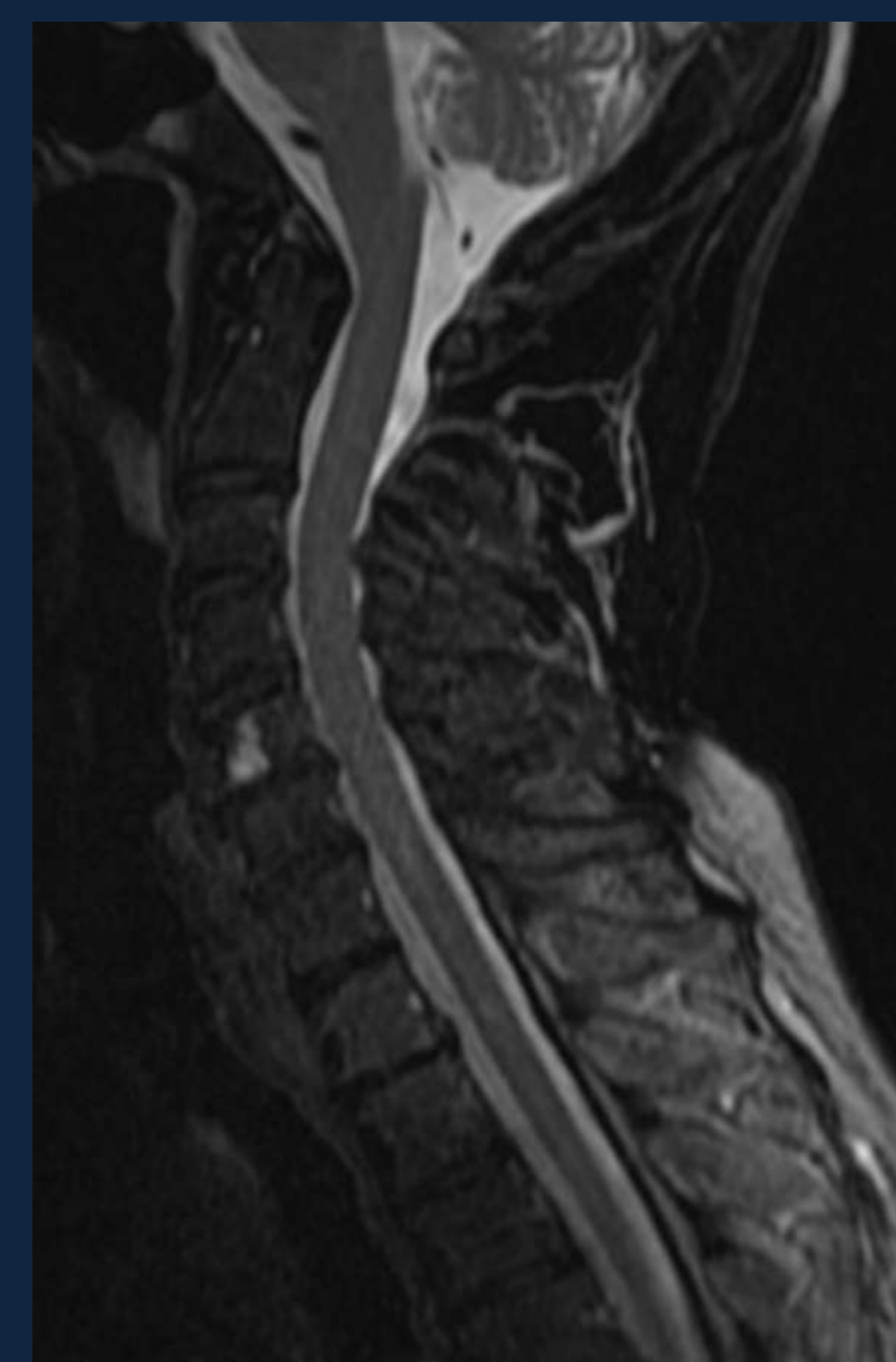


Fig: RM de control tras tratamiento.

## Conclusiones:

Ambos ejemplos muestran la importancia de realizar un diagnóstico diferencial amplio. Con cierta frecuencia la presunción diagnóstica inicial puede ser errónea, habiendo que descartar etiologías en principio no esperables que pueden ser tratables.