





Mielitis transversa secundaria a una infección por arbovirosis

Transverse myelitis secondary to an arbovirosis infection

Yadnil Elizabeth Gómez Vázquez¹ 

Onelis Góngora Gómez^{2*} 

Wilber Jesús Riverón Carralero³ 

Rosalí Bauta Milord⁴ 

¹ Policlínico Docente Universitario "Alex Urquiola Marrero" de Holguín, Cuba.

² Hospital Pediátrico Universitario de Holguín "Octavio de la Concepción y la Pedraja".

³ Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" de Holguín, Cuba.

⁴ Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello". Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: noone@infomed.sld.cu

Recibido: 23/05/2021.

Aprobado: 22/06/2021.

RESUMEN

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria de la médula espinal que puede obedecer a diferentes procesos inflamatorios, infecciosos o no. Se diagnostican de 1 a 8 pacientes por cada millón de habitantes al año. Se presenta el caso de un paciente masculino, de 50 años de edad, de la raza negra. Este trabajador de la fumigación, de procedencia urbana, tiene antecedentes de etilismo crónico hace alrededor de 35 años. El mismo acude al Cuerpo de Guardia del Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" del municipio Holguín, Cuba, por presentar pérdida de la fuerza muscular en ambos miembros inferiores que se acompañaba de dificultad para orinar y dolor en la columna. Se le realizan estudios complementarios que no muestran resultados específicos; sin embargo, por los antecedentes del paciente y los hallazgos clínicos se diagnostica con mielitis transversa, secundaria a una infección por arbovirosis.

Transcurrido un mes después del alta médica se encuentra completamente recuperado de los síntomas neurológicos.

Palabras clave: arbovirosis, mielitis transversa, signos neurológicos

ABSTRACT

Transverse myelitis is an inflammatory disease of the spinal cord that can be a result of different inflammatory, infectious or non-infectious processes. From one to eight patients per million inhabitants are diagnosed per year. The case of a 50 years old, black, male patient is presented. This spray worker, of urban origin, has had a history of chronic ethylism for about 35 years. He went to the Emergency Room at "Lucía Íñiguez Landín" Clinical Surgical Hospital, municipality of Holguín, Cuba, due to muscle strength loss in both lower limbs, accompanied by difficulty in urinating and spinal pain. Complementary tests were performed which did not show any specific results; however, due to the patient's history and clinical findings, he was diagnosed with transverse myelitis, secondary to an arbovirus infection. One month after medical discharge, he is completely recovered from neurological symptoms.

Keywords: arbovirus infection, transverse myelitis, neurological signs

Introducción

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria de la médula espinal que puede obedecer a diferentes procesos inflamatorios, infecciosos o no. Se diagnostican entre 1-8 pacientes por cada millón de habitantes al año. Puede afectar a todas las edades, pero presenta dos picos de incidencia en los 10-19 años y los 30-39 años.⁽¹⁾

La causa de la mielitis transversa aguda es variada y suele dividirse en causas compresivas y no compresivas; las primeras pueden ser debido a traumas, tumores intraespinales o extra espinales, hernia discal, estenosis, hematoma o abscesos; las segundas pueden ser causadas por procesos infecciosos, fundamentalmente virales (Epstein-Barr, citomegalovirus, influenza, sarampión, varicela, herpes virus, rubéola, VIH, dengue y paperas), posvacunal (desde el 2009 se incluyen también casos por la vacuna contra la gripe H1N1), asociada a enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome antifosfolípido) y enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple y enfermedad de Devic). Hasta el 50% son finalmente asumidas como idiopáticas.⁽²⁾

En su cuadro clínico, la enfermedad se caracteriza por paraparesias o por paraplejía simétrica o asimétrica de evolución rápida (horas o días), paresias ascendentes, pérdida de la sensibilidad profunda en los pies, un nivel sensitivo en el tronco, disfunción de esfínteres y signos de Babinski bilaterales.⁽³⁾ Generalmente se manifiesta como una paresia de instauración rápidamente progresiva que se inicia en las extremidades inferiores y que, según el nivel lesional, puede alcanzar a las extremidades superiores.⁽⁴⁾

Unos días después del inicio aparecen los signos propios del síndrome piramidal, una vez superada la fase de paresia flácida (*shock* medular), que se acompaña de un nivel sensitivo.⁽⁵⁾

El cuadro se instaura en el transcurso de horas o días y alcanza el máximo en los 10 primeros días. En ese momento, la mitad de los pacientes han perdido por completo la movilidad de las extremidades inferiores. En la mayoría (75%-90%) de los pacientes se trata de un cuadro monofásico.⁽⁶⁾

Presentación de Caso

Paciente masculino, de cincuenta años de edad, de la raza negra, de procedencia urbana, trabajador de la fumigación, con antecedentes de etilismo crónico hace alrededor de treinta y cinco años.

El paciente refiere que, aproximadamente dos meses atrás, estuvo ingresado por presentar fiebre, dolores musculares, principalmente en miembros inferiores, dolores retroculares y vómitos poco frecuentes, es diagnosticado clínicamente con dengue clásico vs Zika, es realizado un monosuero que fue positivo, por lo que se decanta por una infección por dengue.

Hace alrededor de 10 días estuvo ingresado por presentar un cuadro de anuria y dolor en la columna, fue tratado con analgésicos orales y se le puso una sonda vesical; refiere que después de la colocación de la sonda fueron evacuados aproximadamente dos litros de orina. Fue dado de alta luego de cinco días. Acude al Cuerpo de Guardia del Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" del municipio Holguín, Cuba, por presentar pérdida de la fuerza muscular en ambos miembros inferiores hace casi 3 días, que se acompañaba de dificultad para orinar y dolor en la columna. Se decide su ingreso para su mejor estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos familiares: padre con asma bronquial.

Antecedentes patológicos personales: etilismo crónico.

Alergia a medicamentos: penicilina.

Operaciones: hernia inguinoescrotal hace 20 años.

Transfusiones: no refiere.

Traumatismos: no refiere.

Al examen físico se detectan como signos positivos: disminución de la fuerza muscular en ambos miembros inferiores (FM: 3/5 en miembro inferior derecho, 4/5 en miembro inferior izquierdo), según escala de Lovet para evaluación de fuerza muscular, acompañada de hiporreflexia, no Babinski ni sucedáneos.

Se le indicaron los siguientes exámenes complementarios:

- Hemograma completo: Hb 133g/L; leucocitos $11,2 \times 10^9/L$; polimorfonucleares: 91%; linfocitos: 6% y eosinófilos: 3%.
- Eritrosedimentación: 39 mm/h
- Glicemia: 7,9 mmol/L.
- Colesterol: 3,7 mmol/L.
- Triglicéridos: 0,70 mmol/L.

Mielitis transversa secundaria a una infección por arbovirosis

- Ácido úrico: 254 $\mu\text{mol/L}$.
- Creatinina: 92 $\mu\text{mol/L}$.
- TAC: signos de atrofia cortical a predominio cerebral, no se observan lesiones, sistema ventricular normal, estructuras de la línea media y otras de referencia anatómica en posición normal, desviación del tabique nasal hacia la derecha, no lesión ósea. (fig. 1)

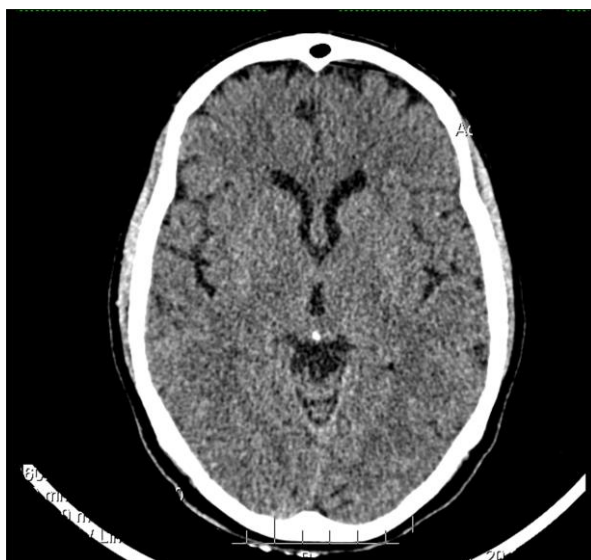


Fig.1. Tomografía axial computarizada de cráneo

RMN: no lesión medular, no existe lesión extra medular ni intradural, no lesión ósea. (fig. 2)

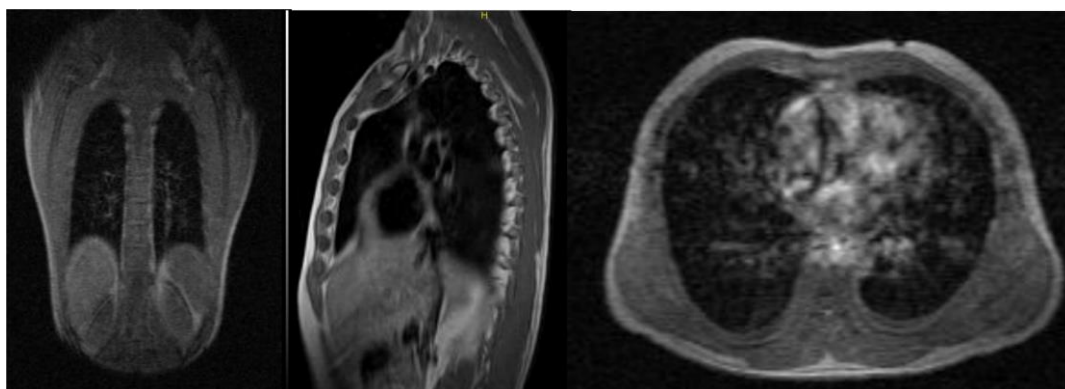


Fig. 2. Resonancia magnética nuclear de columna cervico-dorsal

- Ultrasonido abdominal: sin alteraciones.

Debido a los antecedentes del paciente, con una clínica marcada por la pérdida de la fuerza muscular en ambos miembros inferiores y por los resultados de los exámenes complementarios se planteó un síndrome de déficit motor agudo,

Mielitis transversa secundaria a una infección por arbovirosis

donde el diagnóstico topográfico fue la columna dorsal, el diagnóstico etiológico no compresivo y el nosológico fue mielitis transversa aguda secundaria a infección por arbovirosis.

El paciente fue tratado con metilprednisolona, bulbos de 500 mg, un bulbo cada doce horas, los primeros tres días y luego un bulbo cada veinte y cuatro horas, para completar el ciclo de diez días y fue dado de alta tras la mejoría clínica.

Luego de un mes asiste a consulta de control, donde se aprecia mejoría absoluta de los síntomas iniciales; no presenta complicaciones o secuelas.

Discusión

La mielitis transversa es un proceso monofásico inflamatorio raro (aproximadamente 1/100000) de la médula espinal que habitualmente resulta distinto de la esclerosis múltiple en el sentido de que afecta a la sección transversa completa o es extensa longitudinalmente a lo largo de tres segmentos vertebrales en dirección rostro caudal.

En este paciente el diagnóstico diferencial incluye otras entidades que concomitan con síndrome de déficit motor agudo como:

- Síndrome tabético: se descarta esta entidad pues es causada secundariamente por sífilis y porque cursa con entumecimiento, parestesias y dolores centellantes, arreflexia o hipotonía, sin debilidad significativa, atrofia sensitiva, apalestesia.
- Síndrome centromedular: se descarta esta entidad porque cursa con anestesia con termo algesia asociado con amiotrofia, debilidad y arreflexia, puede añadirse dificultad en la función urinaria temprana, atrofia propioceptiva de piernas, paraplejía espástica tardía y síndrome de Horner.
- Síndrome espinal anterior: se descarta esta entidad porque cursa con cuadriplejía o paraplejía espástica, paratermoanalgesia a la sensación táctil y propioceptiva.

El diagnóstico de la mielitis transversa se realiza por las manifestaciones clínicas y la utilización de los estudios complementarios. El diagnóstico requiere una resonancia magnética (RM) y un análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR). En general, la RM muestra tumefacción medular si se presenta una mielitis transversa y puede ayudar a descartar otras causas tratables de una disfunción medular (p. ej., compresión medular). En este paciente la RM no muestra lesión medular, lesión intramedular ni extra medular, así como no presenta lesiones óseas. El LCR contiene monocitos, el contenido proteico está ligeramente incrementado y el índice de IgG, elevado.

Mielitis transversa secundaria a una infección por arbovirosis

A este paciente no se le realizó punción lumbar debido a que se negaba.

En el caso presentado, el diagnóstico se realizó por los antecedentes del paciente y los hallazgos clínicos, debido a que los principales métodos complementarios no fueron definitivos. La recuperación se produce de forma completa o casi completa en un tercio de los enfermos; en otro tercio la recuperación es parcial con persistencia de cierto grado de discapacidad. El resto permanece con una discapacidad grave. La rapidez de instauración de los síntomas y la presencia de dolor de espalda y de *shock* espinal son factores de mal pronóstico en cuanto a la recuperación funcional.

Hernández Zayas *et al.*⁽⁷⁾ presentaron un caso similar de mielitis transversa atribuible al dengue donde, luego de 7 meses de fisioterapia intensiva, la función motora continuaba mejorando para alcanzar un óptimo nivel funcional, aunque no neurológico. En enero de 2017 González Galván *et al.*⁽⁶⁾ presentaron un caso de mielitis transversa asociada a una infección por el virus de Chikungunya en un paciente masculino de 57 años, donde el paciente luego de aproximadamente un mes de rehabilitación se recuperó parcialmente y fue dado de alta del centro de rehabilitación donde recibía fisioterapia. No se encontraron otros reportes de la asociación de esta entidad con otra arbovirosis.

En la literatura se contempla que solo un tercio de los pacientes con mielitis transversa se recuperan completa o casi completamente, pero no se hace alusión a la recuperación según su causa, por lo que no se pueden hacer especulaciones acerca de la etiología por arbovirosis, lo que no impide afirmar que en el paciente objeto de estudio, el diagnóstico precoz de la entidad y el uso inmediato del tratamiento farmacológico, fuese de vital importancia en la recuperación de los síntomas neurológicos.

El caso presentado de mielitis transversa post-infección por arbovirosis, pretende aportar información acerca de esta patología que es tan infrecuente como complicación de las arbovirosis, destacando la importancia de la correcta anamnesis y el examen físico, apoyándose en los estudios complementarios para realizar un adecuado diagnóstico y lograr un tratamiento eficaz.

Referencias Bibliográficas

1. Yucumá Gutiérrez S, González Manrique G, Alzate Carvajal V, Mondragón Cardona A. Caracterización de la mielitis transversa en un hospital referencia del sur colombiano. Acta Méd Peru. 2017[citado 18/05/2020];34(1): 23-26. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000100004&lng=es
 2. Serra Valdés MA, Laurencio Espinosa JC, Valdés Fuster JL. Mielitis Transversa Aguda como complicación de la Varicela. Presentación de Caso. Rev Haban Cienc Méd. 2015 [citado 18/05/2020];14 (2).Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/699>
 3. Martínez C, Médica Mena A, Moreno-Cortes E, Muriel A, Mauricio Ocampo. Mielitis Transversa Análisis Clínico y Revisión de Caso. Rev Méd Risaralda. 2018[citado 18/05/2020];24(2): 139-142. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000200139&lng=en
 4. Hauser SL,Ropper AH. Enfermedades de la médula espinal. En: Harrison. Principios de Medicina Interna.19 ed. Mexico: McGRAW-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2016. [citado 12/08/2020]. Disponible en:
<https://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114942592>
 5. Subirós Rojas M, Vindas Guerrero S, Espinoza Román D, Brian Gago R. Mielitis transversa post picadura de abeja, primer reporte de caso en Costa Rica. Rev Méd Cos Cen.2016 [citado 18/08/2020];73(620):717-24. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67717>
 6. Villaverde MV, López Canales C, Gutiérrez Moreno F, Martínez Hernández A, Vela P. Retención de orina en un paciente inmunocompetente: mielitis transversa aguda. An Sist Sanit Navar. 2011[citado 25/08/2020];34 (3): 523-526. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/nota4.pdf>
- Correo Científico Médico (CCM) 2022; 26(2)

Mielitis transversa secundaria a una infección por arbovirosis

7. González Galván LM, Arredondo Ruiz P, Chac Lezama G, Molina Villena AA, Sáenz Castro M, Pérez García JA et al. Mielitis transversa asociada con infección por virus de chikunguña. Med Interna Méx. 2017[citado 25/08/2020]; 33 (1): 109-115. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100109&lng=es

8. Hernández Zayas MS, Vigil Zulueta IA, Rubio Hernández B, Uriarte Gómez ME, Castro Andión LR. Rehabilitación de pacientes con paraplejía por mielitis transversa atribuible a dengue. Medisan. 2012[citado 18/05/2020];16(11): 1784-1790. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39801>

Financiamiento

Los autores no recibieron financiación para realizar el estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.



Esta obra está bajo [una licencia de Creative Commons Reconocimiento-
No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)