
REPORTE DE CASO CLÍNICO

ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO

Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis in a Young Patient: A Case Report

DOI: <https://doi.org/10.65740/qafby527>

Eduardo Barbosa Bello

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

Nelson Osmar Bobadilla Coronel

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0004-7584-8599>

Autor de correspondencia: nobc_123@hotmail.com

Adelia María Mercedes Romero Recalde

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0003-2953-6407>

adelia.romero.rodriquez@gmail.com

Resumen

La esclerosis múltiple es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune y desmielinizante del sistema nervioso central que afecta predominantemente a adultos jóvenes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 26 años procedente de Pedro Juan Caballero, Paraguay, que consultó por hemiparesia derecha precedida por rigidez cervical de cuatro días de evolución. Los estudios de resonancia magnética evidenciaron lesiones desmielinizantes en médula cervical (C4-C6) y en el esplenio del cuerpo calloso, compatibles con enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central. Inicialmente fue diagnosticada como mielitis transversa, estableciéndose posteriormente el diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple. Recibió tratamiento con metilprednisolona intravenosa en altas dosis, seguido de prednisona oral e inmunoglobulina humana intravenosa. Durante la hospitalización presentó hiperglucemia severa inducida por corticoides e hiponatremia, ambas manejadas satisfactoriamente. La evolución clínica fue favorable, con mejoría neurológica progresiva. El caso resalta la importancia de la sospecha clínica temprana, el uso oportuno de neuroimagen y el abordaje multidisciplinario para optimizar el pronóstico de los pacientes con esclerosis múltiple.

Palabras clave: Esclerosis múltiple; enfermedad desmielinizante; hemiparesia; metilprednisolona; reporte de caso.

Abstract

Multiple sclerosis is a chronic inflammatory, autoimmune, demyelinating disease of the central nervous system that predominantly affects young adults. We report the case of a 26-year-old woman from Pedro Juan Caballero, Paraguay, who presented with right-sided hemiparesis preceded by neck stiffness of four days' duration. Magnetic resonance imaging revealed demyelinating lesions in the cervical spinal cord (C4-C6) and in the splenium of the corpus callosum, consistent with a central nervous system demyelinating disorder. The patient was initially diagnosed with transverse myelitis, and the final diagnosis of multiple sclerosis was subsequently established. Treatment consisted of high-dose intravenous methylprednisolone followed by oral prednisone and intravenous immunoglobulin therapy. During hospitalization, the patient developed severe corticosteroid-

induced hyperglycemia and hyponatremia, both successfully managed. Clinical evolution was favorable, with progressive neurological recovery. This case highlights the importance of early clinical suspicion, timely neuroimaging, and multidisciplinary management to improve outcomes in patients with multiple sclerosis.

Key words: Multiple sclerosis; demyelinating disease; hemiparesis; methylprednisolone; case report.

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune caracterizada por desmielinización y degeneración axonal del sistema nervioso central. Constituye una de las principales causas de discapacidad neurológica no traumática en adultos jóvenes y afecta predominantemente a mujeres entre los 20 y 40 años de edad (1).

Su presentación clínica es heterogénea y puede manifestarse mediante síntomas motores, sensitivos, visuales, cerebelosos o cognitivos, dependiendo de la localización de las lesiones desmielinizantes (2). El diagnóstico se basa en la demostración de diseminación espacial y temporal de las lesiones mediante resonancia magnética, complementada con estudios de líquido cefalorraquídeo y potenciales evocados (1,3).

Los brotes agudos suelen tratarse con corticosteroides en altas dosis, mientras que los tratamientos modificadores de la enfermedad tienen como objetivo disminuir la frecuencia de recaídas y retrasar la progresión de la discapacidad (4).

Se presenta el caso de una paciente joven con esclerosis múltiple cuyo cuadro inicial simuló una mielitis transversa, destacando la importancia de la evaluación clínica y radiológica temprana.

Presentación del caso clínico

Información del paciente

Paciente femenina de 26 años, procedente de Pedro Juan Caballero, Paraguay, ama de casa, sin antecedentes patológicos de relevancia. Ingresó al Servicio de Clínica Médica del Hospital Regional de Pedro Juan Caballero el 17 de mayo de 2025 derivada desde consulta neurológica por presentar hemiparesia derecha.

Refirió cuadro clínico de cuatro días de evolución caracterizado inicialmente por rigidez de nuca, seguido de disminución progresiva de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho, motivo por el cual acudió a evaluación especializada. La resonancia magnética realizada previamente sugirió una enfermedad desmielinizante, por lo que fue remitida para tratamiento hospitalario.

Hallazgos clínicos

Al examen físico se encontraba lúcida, orientada y hemodinámicamente estable. Presentaba hemiparesia braquiocrural derecha, disminución de los reflejos osteotendinosos y signo de Babinski positivo. No se identificaron alteraciones sensitivas ni compromiso de pares craneales.

Las principales características clínicas, diagnósticas y evolutivas de la paciente se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen clínico y evolutivo de la paciente.

Variable	Hallazgo
Edad	26 años.
Sexo	Femenino.
Procedencia	Pedro Juan Caballero.
Motivo de consulta	Hemiparesia derecha.
Tiempo de evolución	4 días.
Síntoma inicial	Rigidez cervical.

Variable	Hallazgo
RM cerebral	Lesión en esplenio del cuerpo calloso.
RM cervical	Lesión desmielinizante C4-C6.
Diagnóstico inicial	Mielitis transversa.
Diagnóstico definitivo	Esclerosis múltiple.
Tratamiento inicial	Metilprednisolona EV.
Tratamiento complementario	Inmunoglobulina EV.
Complicaciones	Hiperglucemia e hiponatremia.
Evolución	Favorable.

Evaluación diagnóstica

La resonancia magnética de columna cervical evidenció una alteración de señal intramedular desde C4 hasta C6 compatible con lesión desmielinizante activa (Figura 1). Además, la resonancia magnética cerebral informó una lesión hiperintensa en el esplenio del cuerpo calloso, compatible con enfermedad desmielinizante.

Figura 1. Resonancia magnética cervical.



Figura 1. Resonancia magnética de columna cervical que muestra lesión intramedular desde C4 hasta C6 compatible con proceso desmielinizante activo.

Inicialmente se consideró el diagnóstico de mielitis transversa. Sin embargo, la distribución de las lesiones, la evolución clínica y los estudios complementarios permitieron establecer posteriormente el diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple.

Intervención terapéutica

La paciente recibió metilprednisolona intravenosa 500 mg diarios durante cinco días, seguida de prednisona oral en esquema descendente. Debido a la persistencia de actividad inflamatoria se añadió inmunoglobulina humana intravenosa durante cinco días.

Durante la internación presentó hiperglucemia severa (667 mg/dL) asociada al tratamiento corticosteroideo, hiponatremia (119 mEq/L) y proteinuria, que fueron manejadas clínicamente sin secuelas permanentes.

Seguimiento y resultados

La evolución fue favorable, observándose mejoría progresiva de la fuerza muscular y estabilidad clínica al momento del alta hospitalaria.

Discusión

La esclerosis múltiple constituye la enfermedad desmielinizante inflamatoria más frecuente del sistema nervioso central en adultos jóvenes (1). Su incidencia es mayor en mujeres y suele manifestarse entre la segunda y cuarta década de la vida, características presentes en la paciente descrita (2).

La presentación inicial mediante hemiparesia asociada a rigidez cervical puede dificultar el diagnóstico diferencial con otras entidades neurológicas, incluyendo mielitis transversa, neuromielitis óptica, enfermedades infecciosas y procesos vasculares. En este caso, la resonancia magnética desempeñó un papel fundamental al demostrar lesiones compatibles con desmielinización en médula cervical y cuerpo caloso, hallazgos típicos de esclerosis múltiple (3).

El tratamiento con metilprednisolona intravenosa continúa siendo la estrategia recomendada para el manejo de recaídas agudas, debido a su capacidad para reducir la inflamación y acelerar la recuperación neurológica (4). La utilización posterior de inmunoglobulina intravenosa permitió complementar el control de la actividad inflamatoria en esta paciente.

Entre las complicaciones observadas destacó la hiperglucemia severa inducida por corticosteroides, situación ampliamente descrita en pacientes sometidos a tratamientos prolongados o en altas dosis. Asimismo, la hiponatremia requirió vigilancia estrecha para prevenir complicaciones neurológicas adicionales.

El caso enfatiza la necesidad de un abordaje multidisciplinario que integre neurología, medicina interna, rehabilitación y monitoreo metabólico continuo para optimizar los resultados clínicos.

Conclusión

La esclerosis múltiple debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes jóvenes que presentan déficits neurológicos focales de instauración subaguda. La resonancia magnética continúa siendo una herramienta fundamental para el diagnóstico oportuno y la evaluación de la extensión de la enfermedad.

El tratamiento precoz mediante corticosteroides y terapias inmunomoduladoras permitió una evolución clínica favorable en la paciente presentada. Este caso destaca la importancia del reconocimiento temprano de las enfermedades desmielinizantes y del seguimiento multidisciplinario para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, Carroll WM, Coetzee T, Comi G, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol.* 2018;17(2):162-173.
2. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet.* 2008;372(9648):1502-1517.
3. Filippi M, Bar-Or A, Piehl F, Preziosa P, Solari A, Vukusic S, et al. Multiple sclerosis. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4:43.
4. Hauser SL, Cree BAC. Treatment of multiple sclerosis: a review. *Am J Med.* 2020;133(12):1380-1390.
5. Tintoré M, Vidal-Jordana A, Sastre-Garriga J. Treatment of multiple sclerosis: success from bench to bedside. *Nat Rev Neurol.* 2019;15(1):53-58.

6. Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis: the plaque and its pathogenesis. N Engl J Med. 2006;354(9):942-955.

Declaraciones

Consentimiento informado y confidencialidad

Se obtuvo autorización para la utilización académica y científica de la información clínica presentada.

Se preservó la confidencialidad de la paciente mediante la anonimización de los datos personales, respetando los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.