

ENFERMEDAD ASOCIADA A ANTICUERPOS CONTRA LA GLICOPROTEÍNA DE MIELINA DEL OLIGODENDROCITO

CAROLINA ORTIZ C.¹, CONRADO SIMISON¹, RAÚL C. REY¹, ANALISA MANIN²

¹División de Neurología, ²Centro Argentino de Neuroinmunología (CADENI), Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

E-mail: carolinaortizcardenas31@gmail.com

Hombre de 49 años. Consultó por presentar de forma súbita disartria y debilidad del hemicuerpo izquierdo, 12 horas posteriores agregó disfagia, nistagmo multidireccional, diplopía y ataxia axial. A las 72 horas añadió parálisis facial derecha y peoría de los síntomas previos. Lúcido, limitación a la abducción de ojo derecho, diplopía binocular, nistagmo multidireccional agotable, parálisis facial grave derecha, reflejo nauseoso disminuido, paresia braquiocrural izquierda, reflejos osteotendinosos vivos generalizados, reflejo plantar extensor izquierdo, ataxia axial grave en sedestación e imposibilidad de bipedestación, que empeoraba con los ojos cerrados. Urgencia miccional e incontinencia fecal. La RMN evidenció en

secuencia FLAIR lesión hiperintensa bulboprotuberancial con extensión bulbomedular (Fig. 1), con efecto de masa y realce irregular posterior a la administración de contraste en T1 axial (Fig. 2) y sagital (Fig. 3). Punción lumbar inicial y laboratorio con serologías virales sin hallazgos de relevancia. Ante la sospecha de lesión neoplásica versus inflamatoria no infecciosa, se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 g/día por cinco días, mejorando clínicamente. Se obtuvieron los resultados de anticuerpos anti MOG 1:320, y se continuó con prednisona 1 mg/kg/día. Al segundo mes de control clínico mostró mejoría completa de los síntomas y posteriormente por imágenes (Fig. 4).

Figura 1 |

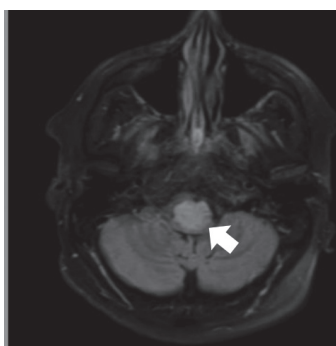


Figura 2 |

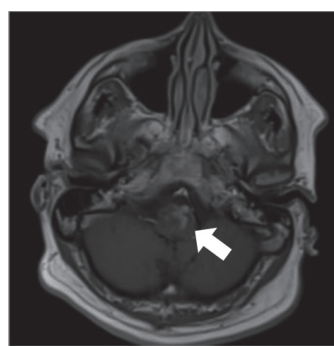


Figura 3 |

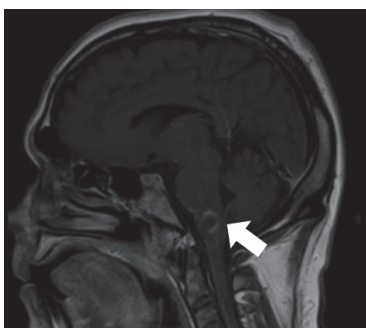


Figura 4 |

