

PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL EN ANCIANOS. REPORTE DE UN CASO

Germán Mauricio Guevara Farfán
Geriatra clínico
Universidad de Caldas, Manizales

Introducción

La Paraparesia Espástica Tropical (PET) tiene sus primeros reportes en 1918 en Jamaica. En 1985 se describe la asociación de la enfermedad con el HTLV-I y HTLV - II en pacientes de Jamaica, Martinica y Colombia. Esta asociación se encontró también en personas con Paraparesia Espástica Espinal (HTLV- I Associated Myelopathy – HAM) en Japón. Actualmente ambas enfermedades son reconocidas por la OMS como parte del mismo síndrome: PET/HAM (1, 2).

La Paraparesia Espástica Tropical por HTLV- I y II afecta a ambos sexos, con especial preferencia en las mujeres (relación 2,5 a 3:1). Se transmite por contacto sexual, transfusiones sanguíneas, uso de drogas endovenosas, transmisión vertical y por leche materna. Su inicio generalmente es en la edad adulta, caracterizado por progresión lenta con dolor lumbar, paraparesia espástica y marcha en tijeras, signos de lesión del tracto piramidal bilateral en miembros inferiores, disfunción vesical e impotencia sexual.

En Colombia se han reportado numerosos casos de PET, asociados con HTLV-I y II en pacientes de raza negra, procedentes de la Costa Pacífica. En Tumaco (Nariño), se ha identificado una población con mayor prevalencia de infección por HTLV-I a nivel mundial (1, 2). Sin embargo, la aparición de esta patología en la zona cafetera no es frecuente, con pocos pacientes reportados. Aprovechamos este caso presentado en la ciudad de Manizales para hacer una revisión breve de la literatura y una aproximación de manejo desde el punto de vista geriátrico.

Presentación del caso

Paciente femenina de 65 años de edad, raza negra, quien solicita evaluación por el equipo de Geriátrica del Hospital Geriátrico San Isidro (HGSI) de Manizales por debilidad muscular y dolor lumbar y en miembros inferiores. Se reportó agobio de la atención por parte del familiar encargado de su sostenimiento. La paciente es natural de Aguadas, Caldas, pero vivió en área urbana de Manizales desde su adolescencia. Soltera, sin hijos, se ocupó en su juventud como vendedora de chance y cantante en diversos grupos de la ciudad. Tabaquismo activo con índice de 30 paquetes año.

La paciente refiere cuadro clínico iniciado 15 años antes, con dolor tipo punzada del miembro inferior izquierdo, parestesias y paresia que le impedían caminar, incontinencia urinaria y estreñimiento. Requirió varias hospitalizaciones con mejoría después de varios meses, sin diagnóstico preciso. Tuvo un período de remisión completa de los síntomas durante 6 años. En 1998, presenta reaparición de los síntomas, esta vez comprometiendo también el miembro inferior derecho, con limitación progresiva de la marcha y de la funcionalidad. No se definió ningún diagnóstico en esta época. En el año 2001, sufre episodio de Herpes Zóster torácico, presentando como secuela dolor intenso en dermatoma afectado y aumento de la paresia en miembro inferior derecho. Fue hospitalizada en el servicio de Neurocirugía del Hospital de Caldas, con sospecha de Síndrome Medular Compresivo, el cual fue descartado después de tomar RMN de columna cervical y dorsal (ver figura 1). Se solicitó la evaluación por Neurología Clínica, encontrando paciente con paraparesia espás-

tica, con mayor compromiso derecho, hiperreflexia de miembros inferiores, respuesta plantar extensora bilateral y disminución en la sensibilidad térmico – dolorosa en miembros inferiores sin un nivel evidente. Se solicita TAC cerebral simple, la cual no mostró alteraciones (ver figura 2). Estudio de LCR con pleocitosis ligera sin otras anomalías de citoquímico. Hemograma normal, citoquímico de orina normal, glicemia normal. Niveles de Vitamina B12 séricos normales. Se solicitó serología para VIH en sangre reportada como negativa. Serología para HTLV- I y II en sangre y LCR, reportado como positivo para ambos, confirmando el diagnóstico de Paraparesia Espástica Tropical.

Se propuso tratamiento con dapsona que no pudo hacerse por dificultades económicas. Se decidió realizar 4 sesiones de terapia intratecal con metotrexate y dexametasona. La paciente egresa sin referir mejoría de sus síntomas, con prescripción de prednisona oral, pero la paciente no regresa más a controles.

En febrero de 2005, debido a dificultades con el cuidador solicita evaluación por el equipo de Geriatria del HGSI. En la visita domiciliar, se encuentra con gran compromiso funcional y se ordena institucionalizar en



Figura 2.
TAC cerebral simple. Octubre 23 - 2001



Figura 1. RMN Columna dorsal contrastado.
Octubre 2001

larga estancia. El examen físico de ingreso mostraba una TA de 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 lpm, Frecuencia Respiratoria de 18 rpm. Sin anomalías en examen cardiopulmonar.

Se encontró globo vesical y ano hipotónico. En examen neurológico, había paraparesia espástica con hiperreflexia de miembros inferiores, sensibilidad térmico – dolorosa disminuida, que comprometía hasta zona genital. Babinski positivo bilateral, sin compromiso de pares craneanos ni de las pruebas cerebelosas. Marcha parética. Escalas de valoración geriátrica con un Índice de Barthel: 75/100; Escala de Lawton: dependiente; Escala de Yesavage: 9 puntos; Minimal test: 28/30.

Se le realizó una Evaluación Geriátrica Multidimensional, definiendo los siguientes diagnósticos:

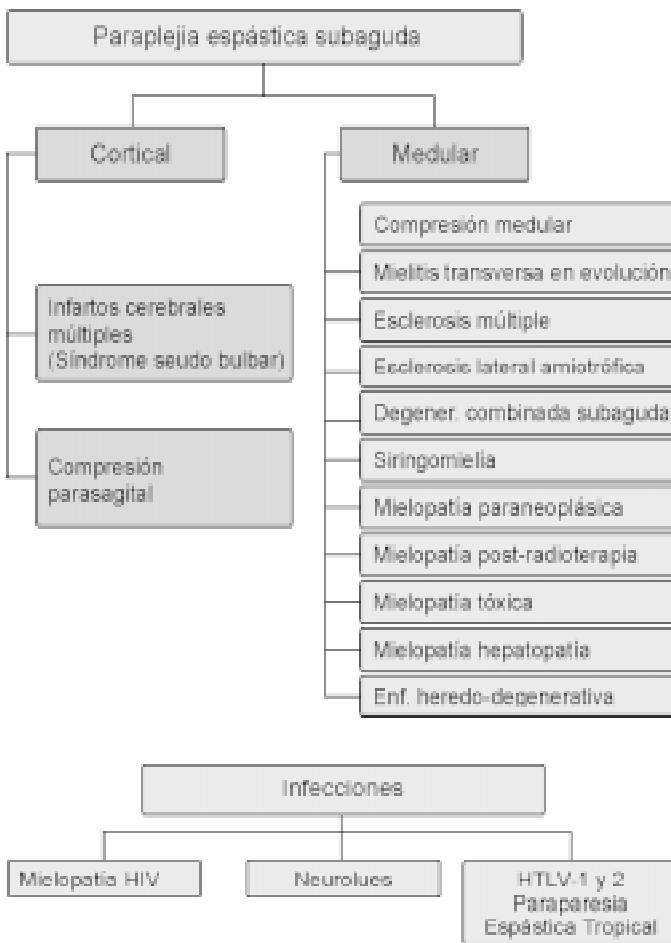
1. Médico: Paraparesia Espástica Tropical, neuralgia post - herpética, Infección de vías urinarias.
2. Psiquiatría: Depresión Mayor.
3. Fisioterapia: paciente con limitación para la locomoción y la disposición del cuerpo, sin alteración del lenguaje.

4. Trabajo social: abandono social.

Se ordena nuevo LCR para evaluar respuesta inflamatoria pero no se encuentran alteraciones. Se inicia tratamiento con paroxetina, capseicina tópica y acetaminofén. Se ingresa al programa de rehabilitación de mantenimiento en Mediana Estancia del HGSI.

Discusión

La Paraparesia Espástica Tropical / Mielopatía asociada a HTLV-I corresponde a un espectro de enfermedades (ver figura 3) causadas por el HTLV-I, después de un largo período de incubación (3). La PET/HAM se caracteriza por la aparición de paraparesia crónica progresiva con alteración vesical, estreñimiento, impotencia, compromiso sensorial leve a moderado, ausencia de compresión medular y seropositividad para anticuerpos contra HTLV-I. Requiere hacer diagnóstico diferencial con diversas patologías (4).



El virus de la Leucemia de Células T Humanas, HTLV-I es un virus lento con baja virulencia que ocasiona diversas respuestas en el organismo que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- 1) Activación inmune con proliferación de linfocitos T, con características normales o con defectos genéticos.
- 2) Activación oncogénica que genera neoplasias, especialmente Leucemia de Células T del adulto.
- 3) Inmunosupresión (5). En la médula espinal, se ha encontrado una respuesta inflamatoria localizada sin evidencia de malignidad el cual es distinto del implicado en la neoplasia hematológica (ver figura 4) (6 y 7).

Existen diversas hipótesis sobre la patogenia de la enfermedad a saber:

- 1) Efecto de los antígenos del HTLV-I en la médula espinal, con altas cargas del ADN viral.
- 2) Efecto de Linfocitos T citotóxicos, de su función lítica o de la producción y liberación de sus productos como citoquinas y moléculas de adhesión.
- 3) La presencia de la expresión del gen TAX que activa la proliferación de células T e inducción de respuesta inflamatoria en la médula espinal.
- 4) La presencia de células B productoras de anticuerpos neutralizantes y la activación del sistema de complemento por fenómenos inmunes complejos.
- 5) Disminución en la producción de Interleucina – 2 y de Interferón-gama con aumento en la producción de Interleucina 10 y la existencia de un factor genético posiblemente asociado a algunos haplotipos de HLA (3, 5).

Las manifestaciones clínicas de la PET se caracterizan por afectar con mayor frecuencia a las mujeres con una relación 2,5 – 3:1. La mayor parte de casos reportados corresponde a individuos de raza negra. El inicio es gradual en la edad adulta con un pico entre los 30 y 50 años. Los síntomas incluyen dolor lumbar y en miembros inferiores, debilidad progresiva de los miembros inferiores, disfunción vesical de aparición temprana e impotencia. La marcha tiene un patrón en tijeras. En el examen físico pueden encontrarse paraparesia espástica con hiperreflexia, prueba de Babinski positiva, hipostesia con nivel sensitivo mal definido torácico, vejiga

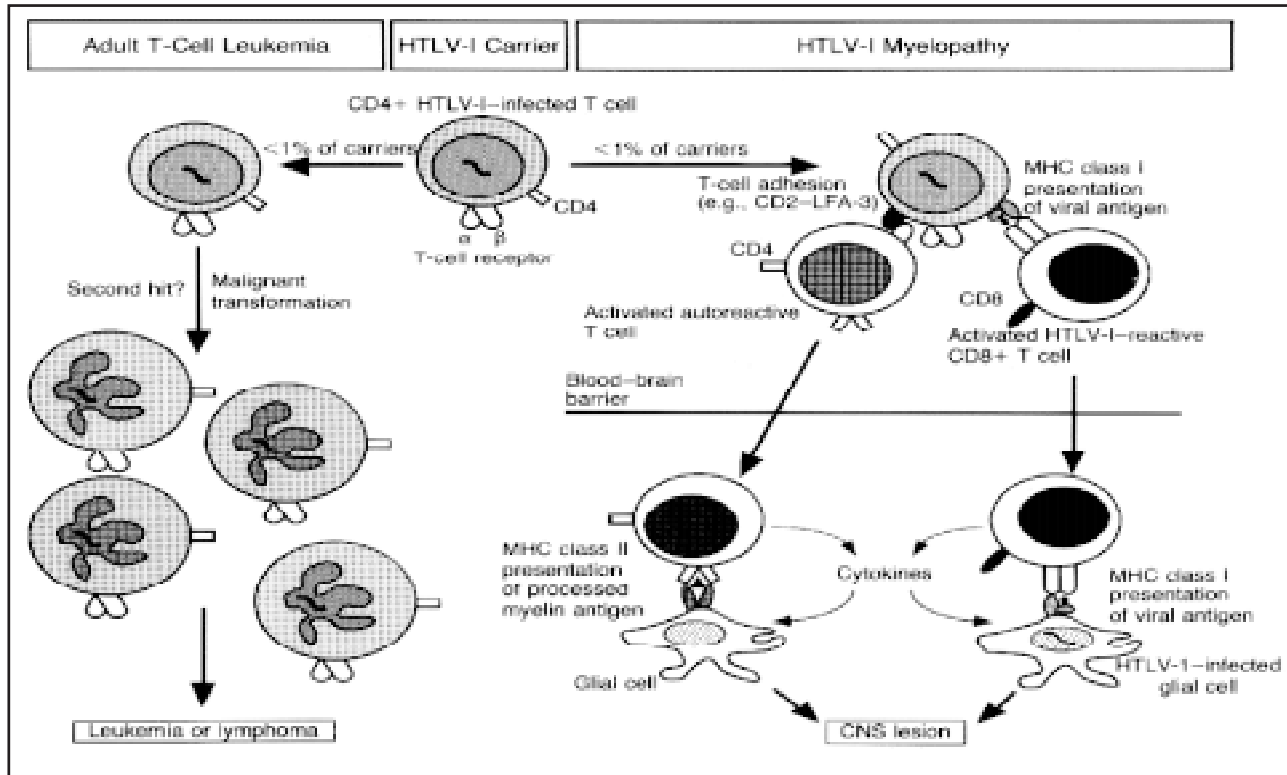


Figura 4.

Tomado de Hollsberg P, Hafler David. Pathogenesis of disease induced by HTLV-I infection. NEJM, 328,1173-1182, 1993.

neurogénica con irritabilidad del detrusor. En el estudio de líquido cefalorraquídeo puede apreciarse pleocitosis con linfocitosis, con valores de proteínas y glucosa normales. Las imágenes obtenidas por Resonancia Nuclear Magnética pueden ser normales. El estudio anatomopatológico muestra una mielitis inflamatoria con lesiones focales necróticas desmielinizantes y esponjiformes. Las pruebas de serología con ELISA son positivas para Anticuerpos contra HTLV-I en líquido cefalorraquídeo, lo cual confirma el diagnóstico. En el caso de la paciente descrita, cumple con todos los criterios clínicos y de laboratorio descritos para el diagnóstico de la enfermedad (8).

Se han propuesto diversas modalidades de tratamiento para este tipo de pacientes, pero todas corresponden a modalidades experimentales. El uso de esteroides orales se relaciona con mejores resultados en algunas series, logrando incluso la recuperación de los síntomas. Otras alternativas terapéuticas incluyen el danazol, recomendado en el control de los síntomas urinarios. Medicamentos como plasmaféresis, azatioprina, hidrocortisona, interferón, zidovudina y lamivudi-

na también se han utilizado. Sin embargo ninguno ha demostrado ser contundente en el manejo de la enfermedad (5).

La Evaluación Geriátrica Multidimensional en este tipo de pacientes ofrece la oportunidad de encontrar diversos problemas asociados a los pacientes. La evaluación de la capacidad funcional y de la realización de sus ABC diarios permite definir cuáles son los pacientes con mayor riesgo de complicaciones y mayor necesidad de cuidados especiales. En el caso de esta paciente, a pesar de una evolución lenta en el transcurso de 15 años, la capacidad funcional se encontraba muy disminuida al momento del ingreso, con problemas asociados al aspecto económico y social, lo cual impedía realizar un tratamiento médico adecuado y la implementación de un programa de rehabilitación ambulatorio que permitiera mejorar sus condiciones de vida (10). La decisión de institucionalización, permitió hacer todo lo anterior.

Entre los diversos problemas encontrados en la paciente se dio prelación al descrito en los siguientes puntos:

1. Tratamiento médico de infección urinaria asociada.
2. Instaurar programa de enfermería para manejo de incontinencia con "Carta de incontinencia", lo cual mejoró notablemente las pérdidas urinarias involuntarias.
3. Programa de rehabilitación física enfocado a una terapia de mantenimiento y reentrenamiento en sus ABC, antes de ser internada en Unidad de Larga Estancia.
4. Soporte psiquiátrico para tratamiento de depresión asociada.
5. Se realizó una nueva punción lumbar con la cual se verificó la ausencia de actividad inflamatoria en LCR que requiriera nuevo uso de antiinflamatorios.
6. Involucrar a los pocos familiares de la paciente en su atención y cuidados en el ambiente institucional.
4. Culcea E, Sandbrick F, Armon C. Tropical Myeloneuropathies. www.e-medicine.com/neuro/topic384.htm May 2002.
5. Taylor GP. Pathogenesis and treatment of HTLV-I associated myelopathy. *Sex Transm. Inf.* 1998; 74; 316 – 322.
6. Hollenberg P, Hafler David. Pathogenesis of disease induced by HTLV-I infection. *NEJM*, 328, 1173-1182, 1993.
7. Zaninovic V. Posible asociación de algunas enfermedades neurológicas con consumo de yuca mal procesada y otros vegetales. *Colombia Médica*. Vol 34 N2, 2003.
8. Calzada-Sierra DJ, Gómez-Fernández L. Paraparesia Espástica Tropical por HTLV-I. Presentación de un caso. *Rev Neurol* 2001; 32 (35): 498-500.
9. Vásquez P. HTLV-I (Human T-cell lymphotropic virus): something to say. *Rev Chil Infectología*. Vol 20 supl 4. 2003.

Bibliografía

1. Zaninovic V, Moreno D, Payán C. A propósito de 5 casos de paraparesia espástica tropical en Puerto Tejada. *Colombia Médica*. Vol 28, N 2, 1997.
2. Chávez M, Domínguez MC, Blank A. Reconstrucción de la evolución molecular de la infección actual por HTLV-I en Colombia. *Biomédica INS*. Vol 24 N 1 Marzo 2004.
3. Casseb J. Penalva- de- Oliveira A.C. The pathogenesis of tropical spastic paraparesis human T cell leukaemia type I associated myelopathy. *Braz J med Biol Res*, Diciembre 2000, Volumen 33 (12) 1395 – 1401.
10. Castillo JL, Cea G, Cartier L. HTLV-I seronegative idiopathic progressive spastic paraparesis: Clinical and neurophysiological study of the sensory features. *Rev med Chile*. Vol 129 N 7. Santiago. Julio 2001.

Agradecimientos

Dr. Ricardo Díaz Cabezas. Catedrático Neurología Clínica. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas.