



PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL/MIELOPATÍA-HTLV ASOCIADA

CASE REPORT

Lodoso Ochoa, E.; Plou Garcia, P.; Mugabure Bujedo, B.; Garcia Retegui E.; Yarnoz Ruiz C.; De la Puente Vitini N. ; Osorio López, A.

INTRODUCCIÓN:

La Paraparesia Espástica Tropical, es una mielopatía crónica de origen infeccioso-inflamatorio causada por el virus linfotrópico humano de célulasT (HTLV1). Se estima que existen 20millones de personas infectadas, y en torno al 0,25-4% desarrollan mielopatía inflamatoria secundaria. Sólo un subgrupo de individuos infectados desarrolla mielopatía, permaneciendo la mayoría asintomática, por lo que, la infección por el HTLV-1 es necesaria, pero no suficiente, para causar la enfermedad, siendo los factores de riesgo para ello, desconocidos (se han propuesto algunos, tales como factores genéticos, edad, género, variantes HTLV-1 y carga proviral) El virus es endémico en América Sur y Central, África subsahariana, Oriente Medio, Melanesia y Seychelles; con mayor seroprevalencia (10%) en el sudeste de Japón. En España, la prevalencia, se estima en 0,5% La transmisión se produce a través del contacto con fluidos corporales, y predomina en mujeres, entre tercera y sexta décadas de la vida.

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 63 años, natural de Ecuador, 23 años residente en España. Acude a consulta por lumbalgia de más de 2 años de evolución (antecedente traumático hace 5 años, laboral), que irradia a ambas extremidades inferiores, de predominio izquierdo. Refiere sensación de debilidad, ha tenido varias caídas. Dolor de características mixtas, prerdominantemente neuropático en extremidades. **Exploración física:** poco llamativa, Lasegue y Bragard negativas, no se evidencia pérdida de fuerza, ni abolición de reflejos osteotendinosos. Traumatología/Unidad Columna: desestimó tratamiento quirúrgico

**RMN (lumbar):** Discopatía degenerativa L5-S1 y artrosis facetaria, leve estenosis foraminal derecha y moderada foraminal izquierda. Protrusión discal posterior paramedial izquierdo, contacta con raíz S1 izquierda

**EMG:** Exploración compatible con radiculopatía L4-L5 bilateral, signos de daño prevalentemente crónico

Iniciamos tratamiento en la Unidad del Dolor Crónico, con neuromoduladores orales (pregabalina en pauta ascendente) y tramadol, e infiltraciones epidurales con corticoides; presentando mejoría inicial, con efectividad parcial y limitada en el tiempo

CUADRO CLÍNICO:

Ante la evolución desfavorable; trastorno de la marcha progresivo, agarrotamiento de muslos, Exploración con marcha paraparéctica y piramidalismo en piernas. No clínica sensitiva, ni esfinteriana aunque con ciertas dificultades miccionales, solicitamos valoración por Traumatología Unidad de Columna (desestiman tratamiento quirúrgico) y por Neurología posteriormente, quienes amplían estudio diagnóstico con serología positiva, RMN medular, y confirmación de la sospecha clínica con análisis LCR.



**RMN medular:** Atrofia medular dorsal con normalidad en el cono y el segmento cervical, en el contexto clínico sugiere atrofia por infección crónica por HTLV-1.



CONCLUSIONES:

- El 28-49% de los pacientes refiere como síntoma precoz, lumbalgia refractaria al tratamiento:
- El cuadro clínico habitual es de mielopatía con inicio insidioso, lento y progresivo, caracterizada por paraparesia espástica asimétrica, de predominio proximal, discapacitante, con posibles alteraciones esfinterianas y/o disfunción sexual.
- Es frecuente dolor neuropático asociado, con trastornos sensitivos, parestesias distales, hipoestesia o hipopalestesia
- Los hallazgos más frecuentes en RMN; atrofia medular torácica (66,7%), y áreas de hiperseñal sustancia blanca subcortical (42,80%) y médula espinal (21,4%). En LCR; pleocitosis linfocitaria
- Respecto al tratamiento, no existe ningún fármaco que haya mostrado eficacia clara. Se pueden utilizar corticoides, plasmaféresis o inmunoglobulinas en la fase aguda, con beneficios modestos y transitorios.
- Los datos de eficacia, seguridad y tolerabilidad, a corto o a largo plazo, no se han estudiado correctamente. Los ensayos clínicos diseñados hasta el momento presentan muchas limitaciones, sobre todo por la ausencia de ensayos multicéntricos, falta de brazo placebo, tamaño de muestra insuficiente, inclusión heterogénea de pacientes en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad y niveles de incapacidad, y tiempo breve de seguimiento.
- En la actualidad, el tratamiento más efectivo es el sintomático, dirigido al control de la espasticidad, el dolor neuropático y los trastornos esfinterianos, junto con la rehabilitación
- El abordaje multidisciplinar es imprescindible en estos pacientes, tanto para el diagnóstico precoz, como para su tratamiento.

Bibliografía:

1. Bastos Ferreira AP, de Amorim BVB, de Moura PMMF, Sampaio Rocha-Filho PA. Assessment of chronic pain and its association with functional capacity in patients with HTLV-1. Pain Med. 2024 Sep 1;25(9):587-589.
2. Rodrigues M, Cabral F, Pina F. Paraparesia espástica tropical – abordagem anestésica [Tropical spastic paraparesis - anesthetic approach]. Rev Bras Anesthesiol. 2017 Nov-Dec;67(6):651-654.
3. Midaglia L, Pato-Pato A, Rodriguez-Constenla I, Santos-Armentia E, Cimas-Hernando I, Lopez-Fernandez M, Munoz-Garcia D, Valeiras-Munoz C, Lorenzo-Gonzalez JR. Paraparesia espástica tropical: presentacion de un nuevo caso en España [Tropical spastic paraparesis: a report of a new case in Spain]. Rev Neurol. 2014 Jun 16;58(12):573-5.