



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2025,
Volumen 9, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

MIELITIS TRANSVERSA LONGITUDINALMENTE EXTENSA POST - DENGUE: UN REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LONGITUDINALLY EXTENSIVE TRANSVERSE MYELITIS POST-DENGUE

Miguel Alberto Quiñones Nuñez
Hospital Guillermo Almenara, Perú

Hebert Isaac Puente Vila
Hospital Guillermo Almenara, Perú

Olga Joselín Manco Guzmán
Hospital Guillermo Almenara, Perú

Luis Manuel Cáceres Pachas
Hospital Guillermo Almenara, Perú

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17088

Mielitis Transversa Longitudinalmente Extensa Post - Dengue: Un Reporte de Caso y Revisión Bibliográfica

Miguel Alberto Quiñones Nuñez¹

miquino09@gmail.com

quinonezn@unmsm.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-0127-3313>

Servicio de Neurología

Hospital Guillermo Almenara

Perú

Hebert Isaac Puente Vila

<https://orcid.org/0000-0003-1047-7534>

Servicio de Neurología

Hospital Guillermo Almenara

Perú

Olga Joselín Manco Guzmán

omancog@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4170-2614>

Servicio de Neurología

Hospital Guillermo Almenara

Perú

Luis Manuel Cáceres Pachas

luis_caceres1@usmp.pe

<https://orcid.org/0009-0001-9601-0291>

Servicio de Neurología

Hospital Guillermo Almenara

Perú

RESUMEN

Se presenta el caso de un adulto con diagnóstico de Mielitis Transversa Longitudinalmente Extensa luego de haber presentado una infección viral por Dengue, un arbovirus de la familia Flaviviridae que se transmite entre humanos a través de un agente vector, el mosquito *Aedes aegypti*, caracterizado por fiebre, cefalea pulsátil moderada intensidad asociada a dolor retroocular, astenia, dolor osteoarticular, náuseas, vómitos y dolor abdominal, dando positivo en las pruebas inmunológicas de la enfermedad de Dengue(NS1), Alrededor del 10.8% de los pacientes, puede presentar diversas manifestaciones neurológicas del sistema nervioso central y periférico como: encefalopatía, encefalitis, meningitis, enfermedad cerebrovascular, miositis, parálisis periódica hipokalémica, polineuropatía y Síndrome de Guillain-Barré o Miller Fisher (3 - 5). Las complicaciones neurológicas más comunes del dengue, la encefalopatía y la encefalitis presentan una incidencia estimada del 0,5 y el 6,2 % (1), que cursó 10 días después con trastorno esfinteriano que requirió, uso de sonda foley se agrega una paraplejía flácida y alteración sensitiva (manifestado como nivel sensitivo). Motivo por el cual fue internado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú; con el diagnóstico de mielitis transversa, y después de las imágenes se consideró una mielitis transversa longitudinalmente extensa, La afección medular inflamatoria (mielitis) es una complicación poco frecuente del Dengue y se puede presentar como mielitis transversa (MT) o mielitis transversa longitudinalmente extensa (MTLE). (6) La MT se caracteriza por alteración sensitivo-motora desde el nivel medular afectado hacia caudal y compromiso esfinteriano; por otra parte, MTLE implica afección de 3 o más niveles medulares continuos. (6, 7), dicho paciente durante la estancia hospitalaria, desde su ingreso a emergencia, recibió 05 pulsos de Metilprednisolona, luego de 72 horas, al no tener respuesta clínica, se inició 05 ciclos de Inmunoglobulina intravenosa, que fue bien aceptada por el paciente, además de terapia física. Con dicho manejo médico, el paciente tuvo una evolución favorable de la función motora y sensitiva, siendo referido al Hospital San Isidro Labrador para continuar terapia física y reeducación vesical.

Palabras clave: dengue, mielitis transversa longitudinalmente extensa, paraplejía flácida, metilprednisolona, inmunoglobulina intravenosa

¹ Autor principal

Correspondencia: quinonezn@unmsm.edu.pe

Longitudinally Extensive Transverse Myelitis Post-Dengue

ABSTRACT

We present the case of an adult diagnosed with Longitudinally Extensive Transverse Myelitis after having presented a viral infection by Dengue, an arbovirus of the Flaviviridae family that is transmitted between humans through a vector agent, the *Aedes aegypti* mosquito, characterized by fever, moderate pulsatile headache associated with retroocular pain, asthenia, osteoarticular pain, nausea, vomiting and abdominal pain, testing positive for Dengue disease (NS1). About 10.8% of patients may present various neurological manifestations of the central and peripheral nervous system such as: encephalopathy, encephalitis, meningitis, cerebrovascular disease, myositis, hypokalemic periodic paralysis, polyneuropathy and Guillain-Barré or Miller Fisher syndrome (3 - 5). The most common neurological complications of dengue, encephalopathy and encephalitis have an estimated incidence of 0.5 and 6.2% (1), which occurred 10 days later with sphincter disorder that required the use of a foley catheter in addition to flaccid paraplegia and sensory alteration (manifested as sensory level). For this reason, he was admitted to the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital, Lima-Peru; with the diagnosis of transverse myelitis, and after imaging it was considered a long-extensive transverse myelitis, The inflammatory spinal cord condition (myelitis) is a rare complication of Dengue and can present as transverse myelitis (TM) or longitudinally extensive transverse myelitis (MTLE). (6) TM is characterized by sensory-motor alteration from the affected medullary level to caudal and sphincter involvement; on the other hand, MTLE involves involvement of 3 or more continuous spinal cord levels. (6, 7), during the hospital stay, since his admission to the emergency room, he received 05 pulses of Methylprednisolone, after 72 hours, as he had no clinical response, 05 cycles of intravenous immunoglobulin were initiated, which was well accepted by the patient, in addition to physical therapy. With this medical management, the patient had a favorable evolution of motor and sensory function, being referred to the San Isidro Labrador Hospital to continue physical therapy and bladder re-education.

Keywords: dengue, longitudinally extensive transverse myelitis, flaccid paraplegia, methylprednisolone, intravenous immunoglobulin

*Artículo recibido 03 marzo 2025
Aceptado para publicación: 25 marzo 2025*



INTRODUCCIÓN

El Dengue es una infección viral sistémica causada por el virus del Dengue (DENV), un arbovirus de la familia Flaviviridae que se transmite entre humanos a través de un agente vector, el mosquito *Aedes aegypti*. (1) Se estima que anualmente 96 millones de personas presentan infecciones sintomáticas. (2) Respecto del cuadro clínico, los síntomas y signos más comunes incluyen fiebre, cefalea, mialgia, náuseas, vómitos, artralgia y exantema pruriginoso. Alrededor del 10.8% de los pacientes, puede presentar diversas manifestaciones neurológicas del sistema nervioso central y periférico como: encefalopatía, encefalitis, meningitis, enfermedad cerebrovascular, miositis, parálisis periódica hipokalémica, polineuropatía y Síndrome de Guillain-Barré o Miller Fisher (3 - 5). Las complicaciones neurológicas más comunes del dengue, la encefalopatía y la encefalitis presentan una incidencia estimada del 0,5 y el 6,2 %.(1)

La afección medular inflamatoria (mielitis) es una complicación poco frecuente del Dengue y se puede presentar como mielitis transversa (MT) o mielitis transversa longitudinalmente extensa (MTLE). (6) La MT se caracteriza por alteración sensitivo-motora desde el nivel medular afectado hacia caudal y compromiso esfinteriano; por otra parte, MTLE implica afección de 3 o más niveles medulares continuos. (6, 7) No se encuentra estudio que haya establecido la incidencia o prevalencia de MT; sin embargo, Solomon et al. reportaron 2 casos de entre 21 pacientes con complicaciones neurológicas, Ferreira et al. reportaron 2 casos de entre 41 pacientes con complicaciones y Sohler et al. reportaron 2 casos de entre 13 pacientes con complicaciones neurológicas. (8 - 10)

El daño a la médula espinal (mielitis) después de la infección puede ocurrir durante la infección (parainfecciosa) a través de la invasión directa, o después de la infección (postinfecciosa) a través de un proceso inflamatorio inmunomediado. (3, 4, 11)

En Perú, la incidencia anual calculada el 2021 fue de 46.27 casos por 100 mil habitantes. Hasta la Semana Epidemiológica 14 del 2022, se notificaron 26 045 casos de dengue con 31 fallecidos. (12) No se encontraron reportes de caso o series de caso de mielitis relacionada a infección por Dengue en Perú. Presentamos un caso de Mielitis Transversa Longitudinalmente Extensa tras infección por dengue.



El paciente de 33 años, de sexo masculino, con antecedente de COVID-19 leve hace 3 años y Hepatitis B curada, fue hospitalizado en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (Lima-Perú) por paraplejía flácida, trastornos sensitivos y de esfínteres.

Reporte el caso

Varón de 33 años procedente de zona urbana de Lima, Perú, con antecedente de COVID-19 leve hace 3 años y Hepatitis B curada. Inició cuadro clínico 11 días antes de ingreso caracterizado por fiebre, cefalea pulsátil moderada intensidad asociada a dolor retroocular, astenia, dolor osteoarticular, náuseas, vómitos y dolor abdominal, por lo que acudió a Clínica Particular donde le administran analgésicos y antipiréticos, además le realizaron prueba inmunológica NS1 siendo reactiva.

Al décimo día de enfermedad, presenta compromiso esfinteriano, por la mañana y posteriormente en la tarde dificultad para caminar hasta quedar postrado, motivo por el cual es ingresado a emergencia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), evaluado en triaje y se hace la derivación a neurología, siendo evaluado por neurólogo de guardia, al examen: en silla de ruedas, despierto, orientado, lenguaje conservado, oculomotores conservados, Nervios craneales conservados, paraparesia (2/5) con tono disminuido, respuesta cutáneo-plantar (RCP) indiferente bilateral, nivel sensitivo T4, portador de sonda foley (SF) (Tabla 1).

Se realizó TAC holo-vertebral sin evidencia de lesión extradural ni extramedular. Luego, se realizó Punción Lumbar (PL): Líquido cefalorraquídeo (LCR) de aspecto cristal de roca, goteo rápido, presión de apertura 21 cmH₂O, 36 células/mm³ (100% MN), glucosa 44 mg/dL (HGT 112), proteínas 103 mg/dL, ADA 10, Cultivo Gérmenes comunes y Hongos negativo, RPR negativo; seguidamente se inició Pulsos de Metilprednisolona (MTP) 1g EV C/24h.

Al día siguiente se hospitalizó en el servicio de Neurología, al examen físico del ingreso: Portador de SF, despierto, orientado, Nervios craneales conservados, Tono: flacidez en miembros inferiores, adecuado rango articular, Fuerza Muscular: paraplejía (0/5), ROT: rotuliano derecho 1/3, izq 1/3, Sensibilidad: Hipoestesia en silla de montar, Hipopalestesia en MMII, nivel sensitivo T4, no signos meníngeos ni radicales. Se realizó estudio serológicos: *HEMOGRAMA*: Hb 15mg/dL, Leucocitos 6 000, Plaquetas 335 000,



TP 9 INR 0.8; RFA: pcr <7; *perfil hepático*: alb 3.4 bt 0.8 ggt/fa 67/51 tgo/tgp 47/99; *perfil renal*: creatinina 0.6 urea 26.1; *electrolitos*: na 134 k 4.1; *marcadores tumorales*: psa 0.56, cea 1.1, cyfra21.1 0.8, ca19.9 4.4, afp 2.8, bhcg <1.2; *perfil hepatitis*: hbsag neg hbsab 450 hbcab pos(7) hbeab pos hepatitis c neg; *perfil torch*: neg, sífilis neg, htlv i-ii neg, e baar neg, hiv: negativo; *perfil autoinmune*: ana/fr neg anca neg; *vitaminas*: vit b12 246, ac folico 8.6; *recuento linfocitario*: cd3 total 295, cd4+ 99, cd8+ 169, continuando con segundo día de uso de metilprenisolona.

Al término del 5to Pulso de MTP no se encontró mejoría de fuerza muscular en miembros inferiores: MID: PROXIMAL 1/5 DISTAL 1/5, MII: PROXIMAL 1/5 DISTAL 1/5, Hipoestesia e Hipopalestesia en MMII, nivel sensitivo T4. Además, luego de 48 horas se realizó PL control: LCR de aspecto cristal de roca, goteo lento, presión de apertura 14 cmH₂O, 02 células/mm³ (100% MN), glucosa 56 mg/dL (HGT 103), proteínas 33 mg/dL (Tabla 2). Al no encontrarse mejoría clínica esperada en mas 72horas, se procedió a iniciar ciclos de Inmunoglobulinas por vía Intravenosa (IVIG) 2mg/kg/d C/24h, con evolución favorable de fuerza muscular y sensibilidad. En el 2do día de manejo con IVIG, se realizó RMN HOLOMEDULAR: Focos de alteración de señal en cordón medular entre D2 y D7 (Imagen 1). Y se tomó muestra sérica de AQP4: NEGATIVO.

Al culminar 5to ciclo de IVIG, se encontraron los siguientes hallazgos en el examen físico: Portador de SF, despierto, orientado, Nervios craneales conservados, Tono: flacidez en MMII. FM: MID: proximal 4-/5, distal 3/5, MII: proximal 4-/5, distal 3/5, ROT: rotuliano 2/3 bilateral con aumento del área reflexógena, Sensibilidad: heminivel derecho sensitivo T5, heminivel sensitivo izquierdo T7, sensibilidad: hipoestesia e hipopalestesia en MMII a predominio de MI izquierdo, no signos meníngeos ni radicales, marcha no evaluable.

Tras evolución favorable de fuerza muscular y sensibilidad, se realizó transferencia al Hospital San Isidro Labrador para continuar terapia física y reeducación vesical.

DISCUSIÓN

La mielitis transversa longitudinalmente extensa está muy relacionada al NMOSD; aunque, también puede presentarse en relación a otras entidades autoinmunes sistémicas, paraneoplásicas, vasculares, metabólicas, para-infecciosas y MOGAD. (13, 14)



El caso presentado, fue enfocado inicialmente como una mielitis transversa posiblemente inmunomediada por Dengue (confirmado por prueba inmunológica NS1). Para descartar otras entidades etiológicas se realizó un extenso estudio, donde se descartaron enfermedades autoinmunes sistémicas, presencia de neoplasias personalizadas a grupo etario y sexo, metabólicas y otras infecciones relacionadas. Tras Resonancia Magnética holomedular se actualiza diagnóstico a MTLE inmunomediada por Dengue debido al tiempo de inicio del cuadro medular posterior a la fase virémica. El hallazgo de MLTE, obligó a descartar NMOSD a través de la realización de examen serológico para Anticuerpos anti-AQP4 el cual resultó negativo, ratificando el diagnóstico previamente planteado. En una revisión sistemática realizada por Badat et al. 2.3% de pacientes con Dengue sintomático presentaron MT; respecto de MTLE, los casos son menos frecuentes, J. Comtois et al. reportaron 14 casos tras una búsqueda extensa de la literatura, de los cuales 3 casos cumplieron criterios de NMOSD.(6) Se sabe que NMOSD es una astrocitopatía inmunomediada humoral que inicia con la entrada periférica de AQP4-IgG en el SNC a través de una barrera hematoencefálica (BHE) alterada. (9) A parte de la alteración de la BHE, algunas infecciones virales podrían generar mimetismo molecular, como por ejemplo: virus Zika, influenza-A, varicella-zoster, herpes simplex y Epstein-Barr. (c) DENV en cambio, puede afectar directamente a los astrocitos o a la BHE, siendo por tanto mecanismos potenciales para producir MTLE. (6)

La MTLE se trata de una entidad inmunomediada, requerirá por lo tanto inmunoterapia pudiendo ser pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina humana endovenosa o recambio plasmático, se pueden emplear en combinación de ser necesario, con la finalidad de lograr la menor discapacidad neurológica. (4, 6, 15, 16) En el caso presentado al no evidenciar mejoría clínica tras 5 días de pulsos con metilprednisolona, se indicó IVIG a dosis de 2gr/Kg dividido en 5 días; obteniéndose respuesta clínica favorable en los días siguientes.

Actualmente no hay un consenso acordado sobre el manejo de la Mielitis Transversa como complicación de la infección por dengue. De acuerdo a la revisión sistemática de literatura los hallazgos mostraron que casi el 80 % de los casos fueron tratados con altas dosis de metilprednisolona a pesar de la evidencia insuficiente con respecto a la utilidad de los esteroides en el tratamiento de la mielitis transversa.



Por lo tanto, se aconseja que hasta que no se disponga de una evidencia más sólida, la administración de altas dosis de metilprednisolona intravenosa (IV) sea el primer tratamiento de elección en la Mielitis Transversa para mejorar las funciones neurológicas. Sin embargo, en aquellos casos muy graves que no respondieron a Metilprednisolona, posteriormente requirieron inmunoglobulinas, por lo que evaluar la eficacia de IVIG se vuelve difícil, el cual se ha considerado principalmente como terapia de segunda línea en pacientes que no se han recuperado de la Mielitis Transversa (4, 17, 18).

El siguiente caso representa el primer caso peruano reportado de MLTE inmuno mediado por DENV con una buena respuesta clínica y mejoría de los valores de LCR, estos valores de mejoría clínica, estarían en relación a la acción antiinflamatoria de los corticoides, aunque sin respuesta clínica, pero al uso de inmunoglobulina humana, si se obtuvo respuesta clínica aunque se reconocen las siguientes limitaciones: no obtención de prueba sérica o PCR para Dengue en LCR, pero obtención de la prueba de Aquaporina 4 que salió negativa nos permitió relacionar más el cuadro del paciente con la enfermedad de Dengue.

Como consecuencia de la experiencia tenida con este paciente, planteamos que aquellos casos que se relacionan a mielitis transversa el tratamiento inicial deberían ser con pulsos de metilprednisolona como se ha planteado en la literatura mundial con los casos evaluados y la posibilidad de otras estrategias, pero en aquellos que presentan mielitis transversa longitudinalmente extensa se debería iniciarse con inmunoglobulinas., solo que los pocos casos descrito la mayoría solo se utilizó MTP, con pobre respuesta clínica, pero con mejoría de los parámetros del líquido cefalorraquídeo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landais A, Hartz B, Alhendi R, Lannuzel A. Acute myelitis associated with dengue infection. *Med Mal Infect* [Internet]. 2018;49(4):270–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.10.003>
2. Bhatt, S.; Gething, P.W.; Brady, O.J.; Messina, J.P.; Farlow, A.W.; Moyes, C.L.; Drake, J.M.; Brownstein, J.S.; Hoen, A.G.; Sankoh, O.; et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature* 2013, 496, 504–507.



3. Trivedi S, Chakravarty A. Neurological Complications of Dengue Fever. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Jul 23];22(8):515. Available from: [/pmc/articles/PMC9210046/](#)
4. Badat N, Abdulhussein D, Oligbu P, Ojubolamo O, Oligbu G. Risk of Transverse Myelitis Following Dengue Infection: A Systematic Review of the Literature. *Pharmacy*. 2019;7(1):11.
5. Tayal A, Sushil ., Kabra K, Rakesh Lodha . . Management of Dengue: An Updated Review. *Indian J Pediatr* (February [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 26]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12098-022-04394-8>
6. Jacynthe Comtois, Carlos R. Gamarra-Lemarroy, Jean K. Mah, et al. Longitudinally extensive transverse myelitis with positive aquaporin-4 IgG associated with dengue infección: a case report and systematic review of cases. *Multiple Sclerosis and related disorders* 55 (2021) 103206.
7. Trebst C, Raab P, Voss EV, Rommer P, Abu-Mugheisib M, Zettl UK, et al. Longitudinal extensive transverse myelitis-it's not all neuromyelitis optica. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2011;7(12):688–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2011.176>
8. Adriano Miranda de Sousa, Marina Papais Alvarenga, Regina Maria Papais Alvarenga. A cluster of Transverse Myelitis following Dengue Virus infection in the Brazilian Amazon Region. *Tropical Medicine and Health* Vol. 42 No.3, 2014, 115-120.
9. Sahu R, Verma R, Jain A, Garg RK, Singh MK, Malhotra HS, et al. Neurologic complications in dengue virus infection: A prospective cohort study. *Neurology*. 2014;83(18):1601–9.
10. Misra UK, Kalita J, Mani VE, Chauhan PS, Kumar P. Central nervous system and muscle involvement in dengue patients: A study from a tertiary care center. *J Clin Virol* [Internet]. 2015;72:146–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2015.08.021>
11. Thomas SJ, Rothman AL, Srikiatkachorn A, Kalayanaroj S. Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 14]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=1~109&usage_type=default&display_rank=1#H1088431897



12. MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet].2022. p56. Available from:
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/dengue/dengue_202214_18_163701.pdf
13. Jarius S., Franciotta D., Paul F., et al. MOG-IgG in NMO and related disorders: a multicenter study of 50 patients. Part2: Eidemiología, clinical presentation, radiological and laboratory features, treatment responses, and longterm outcome. *J. Neuroinflammation* 13 (2016) 280.
14. Zhong, X., Zhou, Y., Lu, T., Wang, Z., Fang, L., Peng, L., Kermode, A.G., Qiu, W., 2018. Infections in neuromyelitis optica spectrum disorder. *J. Clin. Neurosci.* 47, 14–19.
15. Fong CY, Hlaing CS, Tay CG, Abdul Kadir KA, Goh KJ, Ong LC. Longitudinal extensive transverse myelitis with cervical epidural haematoma following dengue virus infection. *Eur J Paediatr Neurol* [Internet]. 2016;20(3):449–53. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.01.012>
16. Lünemann JD, Quast I, Dalakas MC. Efficacy of Intravenous Immunoglobulin in Neurological Diseases. *Neurotherapeutics.* 2016;13(1):34–46.
17. Organización Mundial de la Salud. DENGUE GUIAS PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL. Organ Mund la Salud [Internet]. 2009;23(2):109–15. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44188>
18. Beh, S.C., Greenberg, B.M.,Frohman, T., Frohman, E.M., 2013 . Transverse myelitis. *Neurol Clin* 31 (2013) 79–138



ANEXOS

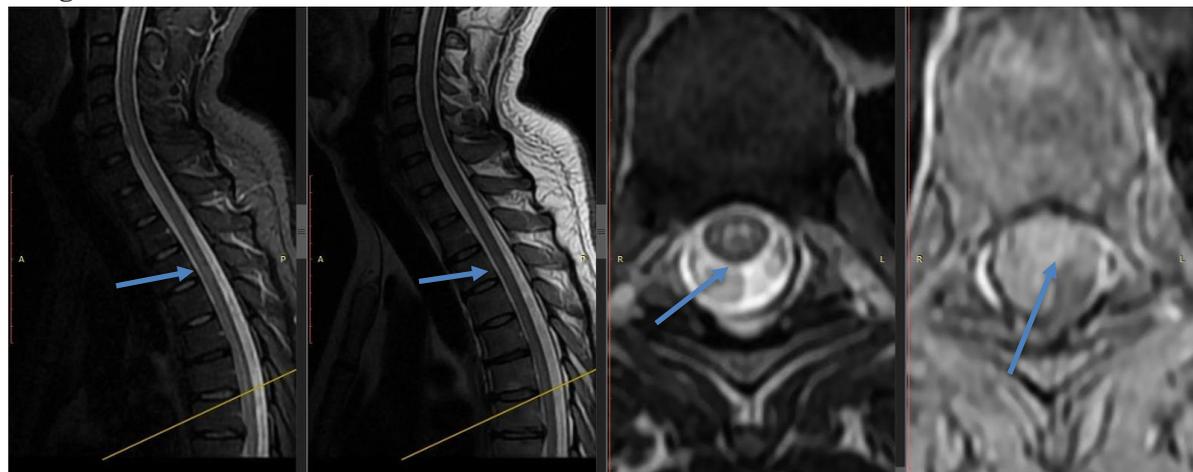
Tabla 1. Evolución clínica del paciente

		Días de hospitalización en servicio neurología		
		Día 1	Día 5	Día 12
Fuerza muscular	MMSS	5/5	5/5	5/5
	MII	0/5	Proximal 1/5 Distal 1/5	Proximal 4-/5 Distal 3/5
	MID	0/5	Proximal 1/5 Distal 1/5	Proximal 4-/5 Distal 3/5
	TONO	Flacidez	Flacidez	Flacidez
	Reflejos osteotendinosos	Izq: 1/3 Der: 1/3	Izq: 2/3 Der: 2/3	Izq: 2/3 Der: 2/3
Sensibilidad	Termoalgesia	Hipoestesia en silla de montar	Hipoestesia en MMII A predominio MII.	Hipoestesia en MMII A predominio MII.
	Palestesia	Hipopalestesia en MMII a predominio MII	Hipopalestesia en MMII a predominio MII	Hipopalestesia en MMII a predominio MII
	Nivel sensitivo	T4	T4	Heminivel derecho sensitivo T5, T7 izquierdo
SNA	Reflejo micción	Ausente	Ausente	Disminuido

Tabla 2. Resultados del Líquido Cefalorraquídeo

LCR	Ingreso	Día 5
Presión de apertura	21 cmH2O	14 cmH2O
Celularidad	36 células/mm ³ (100% MN)	02 células/mm ³ (100% MN)
Glucosa (hgt)	44 mg/dL (HGT 112)	56 mg/dL (HGT 103)
Proteínas	103 mg/dL	33 mg/dL
Cultivo gc y hongos	Negativo	Negativo

Imagen 1. RMN Médula Cervicodorsal



Focos de alteración de señal en cordón medular entre D2 Y D7