



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2760 - Amiotrofia diabética a propósito de una caso: Síndrome de Bruns-Garland

V. Barriente Krauss^a, L. Durán^b y M. Taveras Bretón^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ^bMédico de Familia. Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Talavera Centro.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años con antecedentes personales de DM tipo 2 de más de 10 años de evolución inicialmente con mal control terapéutico. El paciente rechazó en todo momento la insulinoterapia y desde hace 6 meses triple terapia con mejoría en sus perfiles glucémicos. Dislipemia en tratamiento con estatinas, esteatosis hepática con hipertransaminasemia y cólicos nefríticos expulsivos. El paciente acudió hace 1 año a la consulta de Atención Primaria (AP) por dolor lumbar derecho no traumático que se irradiaba a cara posterior de glúteo y miembro inferior derecho. Asociaba parestesias en primer dedo de ambos pies. No asociaba otra sintomatología. Se le pautó tratamiento con analgesia y relajante muscular pero a los 15 días acude nuevamente por no mejoría con el tratamiento pautado. En esta ocasión, comenta que en los últimos 2-3 meses ha tenido una pérdida de peso de aproximadamente 20 kg. En el examen físico realizado en la 2^a visita presentaba dolor a la palpación en región lumbosacra L5-S1 que se irradiaba a glúteo derecho, sin otros hallazgos significativos. Se intensificó el tratamiento analgésico y se derivó a fisioterapia, recibiendo un total de 20 sesiones. Durante el tratamiento de fisioterapia el paciente empeora clínicamente, aumenta la pérdida de peso y apareció palidez mucocutánea y dificultad para la marcha. En ese momento y tras la realización de una radiografía lumbar se deriva al Servicio de Traumatología haciendo el diagnóstico de ciatalgia. A las 8 semanas, el paciente regresó a la consulta de AP con deterioro importante de la movilidad y de la marcha. Ha tenido caídas en dos ocasiones por debilidad y pérdida de fuerza. En la nueva exploración presentaba: miembro inferior derecho (MID) disminución de la fuerza: +/++, sensibilidad disminuida, hiporreflexia; miembro inferior izquierdo (MII) fuerza +/++/++, sin otros hallazgos. Asociaba problemas de micción. Se derivó al Servicio de Urgencia Hospitalaria donde tras realizarle una nueva exploración se encontró, además de lo anterior, debilidad en mano derecha, debilidad en extensión de dedos y muñeca derecha, amiotrofia de cuádriceps y glúteo ipsilateral. Debilidad para la flexo-extensión de cadera, rodilla y extensión del tobillo derecho. Posteriormente el paciente ingresó en el Servicio de Neurología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Analíticas: hemograma y bioquímica normales, glucemia: 150 mg/dl, HbA1c: 6,7. Marcadores tumorales, proteinograma, autoinmunidad sin relevancia. ECC y Rx de tórax: normales. RM lumbar: protrusiones discales. Se realiza control en este hospital, confirmando la protrusión discal L 5-S1. Cambio de señal en musculatura paravertebral derecha en probable relación con proceso denervativo. LCR: hiperproteinorraquia de 62 mg/dl. Citología normal. EMG: compatible con radiculoplexopatía lumbar derecha. Neuropatía cubital axonal derecha. Polineuropatía sensitivo motora de predominio axonal y grado moderado.

Juicio clínico: Diagnóstico diferencial: Neuropatía sensitiva dolorosa distal simétrica. Neuropatía hiperglucémica. Amiotrofia diabética. Radiculopatía truncal. Neuropatía sensitiva dolorosa distal simétrica.

Comentario final: Se realizó tratamiento con 30 g de inmunoglobulinas intravenosas diarias (flegrogamma). El cuadro de incontinencia urinaria mejora parcialmente, pero aparecieron hipertensión arterial, náuseas, desorientación y dificultad en la expresión del lenguaje. Se solicitó una RM encefálica que no mostró hallazgos significativos. Apareció una hiponagremia de 122 mg/dl. Mejoría del dolor neuropático y discretamente del balance muscular. Los efectos adversos poco a poco van desapareciendo y es dado de alta. Actualmente el paciente se encuentra con incapacidad funcional de miembro inferior derecho por dolor necesitando silla de ruedas para moverse, sigue realizando ejercicios de rehabilitación y lleva a cabo los consejos dietéticos. Continúa con control estricto de la diabetes con doble terapia con metformina 850 mg 1 comprimido cada 12 horas y glicazida 30 mg cada 24 horas; además de control cardiovascular y del peso. Mejoría clínica del dolor aunque continúa precisando tratamiento con paracetamol 1 g cada 8 horas, tapentadol 25 mg cada 24 horas, pregabalina 175 mg cada 24 horas y lorazepam 1 mg cada 24 horas.