



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/296 - Polineuropatía con bloqueos múltiples asociada al tratamiento con Infiximab

Y. Barroso Caballero^a, M. Martínez Forcada^b, M.B. Lagarón Cabello^c y J. Gil Serrano^d

^aMédico Adjunto de Familia. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Cintruénigo. Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Corella. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Valorado en nuestra consulta un paciente de 31 años que refiere alteraciones en la musculatura de la mano izquierda y lo relaciona con la toma de infiximab. Antecedentes de enfermedad de Crohn, refractaria a tratamiento médico. Preciso resección de colon y anastomosis ileorrectal. Debido a la escasa respuesta clínica a glucocorticoides y azatioprina, se inició tratamiento con infiximab. A los 8 meses desarrolla déficit motor de mano izquierda con limitación para la pinza digital, que se extiende posteriormente a todos los dedos, mano y codo derechos y ambos pies, con calambres y agarrotamiento, sin alteración sensitiva ni esfinteriana.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física puso de manifiesto debilidad de musculatura intrínseca de mano izquierda, con amiotrofia de interóseos bilateral en manos y pies, debilidad para flexión de codo izquierdo 2-3/5, flexión dorsal de pie izquierdo 2/5 y pie derecho 3/5; con hiperreflexia global simétrica y sensibilidad conservada. Marcha con estepaje izquierdo e imposibilidad para la marcha de puntillas con pie izquierdo. Se realizó estudio analítico básico de sangre y orina con resultados dentro de parámetros de normalidad; despistaje de patología infecciosa sin hallazgos; batería de autoinmunidad sin alteraciones. El estudio bioquímico y citológico de LCR resulta normal. Radiografía de tórax sin alteraciones. El electroneurograma muestra datos de denervación activa con otros datos atípicos, como escasez de fasciculaciones, falta de reorganización de los potenciales de la unidad motora (PUMs) y bloqueos en la conducción. En el electromiograma se evidencian fibrilaciones con la actividad espontánea, PUMs de amplitud aumentada y trazados reducidos con el máximo esfuerzo. Resonancia nuclear magnética craneal y Tomografía axial computarizada abdominal resultaron normales. Se realiza estudio de anticuerpos antigangliósido que resulta negativo. Se suspendió el tratamiento con infiximab, con mejoría progresiva espontánea.

Juicio clínico: Polineuropatía con bloqueos múltiples asociada al tratamiento con infiximab.

Diagnóstico diferencial: Dentro de las polineuropatías desmielinizantes crónicas (CIDP) existen dos variantes caracterizadas por la presencia de bloqueos en la conducción motora múltiples. Neuropatía motora multifocal con bloqueos de la conducción (MMN): es la variante menos frecuente de CIDP. Neuropatía sensitiva y motora desmielinizante multifocal adquirida (MADSAM) o síndrome de Lewis-Sumner: se caracteriza por la aparición de pérdida de fuerza y sensibilidad que afecta de forma predominante a extremidades superiores.

Comentario final: La polineuropatía por bloqueos múltiples es una enfermedad desmielinizante crónica adquirida que afecta a la amplitud y a la duración del potencial de la conducción nerviosa, y de posible causa

autoinmune. El infliximab es un antagonista del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) que se utiliza principalmente para el tratamiento de la artritis reumatoide, y de la enfermedad inflamatoria intestinal. Entre los efectos secundarios tras el uso de infliximab, se han descrito trastornos desmielinizantes a nivel del sistema nervioso central y periférico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo, Fauci A., Kasper, Hauser, Jameson, Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2012.