



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2469 - Esto es un Esguince

S. Méndez Desend^a, A.A. Moronta de la Cruz^a, V.M. Báez Pimentel^a, A. Arias Rosario^b, D. Rosario Lapaix^c, L.F. Alcántara Feliz^c, A.M. González González^d, K. Aboud Acosta^e, R.C. Chávez Flores^f y S.M. Contreras Reyes^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Condesa. León. ^eMédico Residente de 3º año. Centro de Salud de José Aguado. ^fMédico Residente de 3º año. Centro de Salud de Eras de Renueva. ^gLicenciado en Medicina.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años de edad, que acude a la consulta por presentar desde hace meses dolor en el tobillo izquierdo, tratada con antiinflamatorios y analgésicos sin presentar mejoría, asociado posteriormente a torpeza en el manejo de la mano izquierda y olvidos frecuentes que la paciente minimiza. Dado cuadro clínico de la paciente se interconsulta con Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: consciente, lenguaje normal, discreta disartria, pares craneales normales, hemiparesia izquierda, atrofia de eminencia tenar izquierda, e interóseos izquierdo, fasciculaciones en tríceps braquial izquierdo, y gemelo izquierdo, hiperreflexia global con signo de Hoffmann y Troemner bilateral positivos, cutáneo-plantar flexores. Resto normal. Hemograma: Hb: 14,6 g/dl, HTO: 41,5%, plaquetas: 259.000/ul, VSG: 30,00 mm. Bioquímica: glucosa: 106 mg/dl, urea: 31,1 mg/dl, creatinina: 0,58 mg/dl, sodio: 144 mmol/l, K: 144 mmol/l, Ast: 20, Alt: 13, vitamina b-12: 554 pg/ml. PCR: 3,8 mg/l, T4 libre: 1,54 ng/100, TSH: 1,68 ?U/ml, serología. negativo. Electromiograma: (MII y MSI) signos de denervación aguda y crónica y estudios de conducción dentro de los límites normales, en los músculos estudiados. TAC craneal: normal. RM cervical: alteración de señal en el tracto corticoespinal mesencefálico compatible con esclerosis lateral amiotrófica.

Juicio clínico: Esclerosis lateral amiotrófica.

Diagnóstico diferencial: Amiotrofia monomiélica, Miastenia gravis, Enfermedad de Kennedy.

Comentario final: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por una parálisis muscular progresiva que refleja una degeneración de las neuronas motoras en la corteza motora primaria, tracto corticoespinal, tronco encefálico y médula espinal. En España, un nuevo caso por cada 100.000 habitantes año. Los síntomas iniciales son: debilidad asimétrica en las manos y MMII, disminución de la fuerza y masa muscular, aparición de fasciculaciones, manifestaciones extrapiramidales, síndrome bulbar, afectación de la musculatura respiratoria, finalmente parálisis muscular y la muerte. Es fundamental que el médico de atención primaria sospeche ELA cuando un individuo desarrolla debilidad gradual con progresión lenta y sin dolor en una o más regiones del cuerpo sin cambios en la capacidad de sentir y no existe ninguna otra causa inmediatamente evidente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez de Rivera FJ, Oreja Guevara C. Evolución de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica atendidos en una unidad multidisciplinar. *Neurología*. 2011.
2. Costilla García. Diagnóstico de la esclerosis lateral amiotrófica: *Radiología*. 2011.