



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1465 - MULTINEURITIS

M. Vila Royo<sup>a</sup>, M. Ashaath Ashaath<sup>a</sup>, N. Mingarro Lago<sup>b</sup>, C. Sánchez Pardo<sup>a</sup>, N. Relaño Rodríguez<sup>a</sup> y M. Guiu Buendia<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nova Lloreda. Badalona. Barcelona. <sup>b</sup>DUE. CAP Nova Lloreda. Badalona. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 55 años sin alergias. AP: HTA. DM2 a tratamiento ADOs. Fumador, HTA. Hipernefroma cT2N2Mx con nefrectomía total y sin recidivas. Tratamiento: Sertralina 50 mg/24h, Orfidal 2 mg/24h, Deprax 100 mg/24h 0-0-1, Tresiba 40 UI/24h metformina 850 mg/12h, lobivon 5 mg/24h, Openvas 20 mg/24h, Artedil 20 mg/24h. Multineuritis de 3-4 meses de evolución, parestesias MMII, MEG, cefalea, debilidad facial, disartria y disfagia, fuerza disminución para andar, astenia y pérdida de peso de > 10 Kg en los últimos 2 meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** ACP Normal, Abd normal. Adenopatías inguinales bilaterales. Neuro: disartria moderada con voz nasal, paresia facial periférica de predominio derecho reflejos aquileos abolidos, deambulación con aumento de la base de sustentación. EMG: poliradiculoneuropatía de predominio axonal con asimetrías y signos de denervación aguda: posible mononeuropatía múltiple en fase avanzada. Analítica: destaca leve aumento de beta2 microglobulina con LDH proteinograma normal, ac ascórbico disminuido. Resto normal. Rx tórax normal. TAC abd\_pulmonar normal. LCR: Pleocitosis de predominio mononuclear compatible con neuropatía inflamatoria.

**Juicio clínico:** Neuropatía motora inespecífica.

**Diagnóstico diferencial:** Neuropatía diabética. Síndrome de Guillain-Barré. Creutzfeldt-Jakob. Demencia. Trastorno depresivo. Neuropatía autoinmune.

**Comentario final:** Se trata de un paciente complejo por presentar clínica insidiosa que en un inicio se confundió con cuadro depresivo, tratándose con ISRS y mejorando. También hubo confusión con neuropatía diabética que fue descartada al ir presentando síndrome tóxico. En algún momento se pensó si pudiera ser vasculitis pero analíticamente no era posible. Posteriormente empeoró con clínica motora-sensitiva, disartria, caídas en su propio domicilio, lo cual implicó su ingreso (debido a su gran decaimiento) por falta de recursos a nivel de Atención Primaria para realizar según que pruebas y la lista de espera. Tras varias pruebas, y finalmente, tras EMG sugestivo de neuropatía se instauró tratamiento con metilprednisolona a dosis alta recuperando funcionalidad y recibiendo RHB y logopedia. Fue dado de alta con buen pronóstico y disminuyendo dosis de metilprednisolona hasta dosis mínima. Presentó alguna hiperglicemia que se controló. Hay que cuestionarse todos los diagnósticos anteriores y recordar, en ocasiones, enfermedades no frecuentes, que son de muy baja prevalencia y con escasos tratamientos en ocasiones algunas de ellas y la necesidad de mayor rapidez de pruebas, disminuir listas de espera.

**Palabras clave:** Multineuritis.