



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1271 - APENAS PUEDO ANDAR

F. Casas Galán^a, P. Ortiz Suárez^b y E. Torresano Porras^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 26 años que acude a su médico de familia por haber notado, desde hace 3 o 4 días debilidad progresiva de miembros inferiores. A ello, se asocia dolor intenso y disestesias en ambas piernas así como parestesias en las manos de inicio reciente. La paciente niega procesos infecciosos, actividades de riesgo y hábitos tóxicos. No precisa tratamiento de forma habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca tetraparesia distal 4/5 en miembros superiores y 3/5 en miembros inferiores. A nivel proximal parece existir afectación en miembros inferiores 4/5 sin afectación en superiores. Sensibilidad levemente alterada y reflejos osteotendinosos presentes en miembros superiores y abolidos en inferiores. Marcha dificultada por la pérdida de fuerza y el dolor. Pares craneales sin alteraciones y lenguaje coherente así como un nivel de conciencia adecuado. Resto de la exploración anodina. Analítica de sangre: sin alteraciones, ANA +. Serología: Elisa + Treponema pallidum con TPHA + y RPR -. LCR: IgG +. RM medular: realce liso y homogéneo de raíces de cola de caballo hasta región dorsal. EMG: conducción motora a nivel distal con amplitud disminuida.

Orientación diagnóstica: Evolución desfavorable a pesar del tratamiento pautado por su médico (gabapentina 400 mg/12h) acudiendo de nuevo con clínica de mayor dolor e impotencia funcional. Tras nueva evaluación, su médico le recomienda acudir al servicio de Urgencias por sospecha de una polineuroradiculopatía aguda que requerirá estudios complementarios específicos.

Diagnóstico diferencial: 1. Fibras afectadas: motoras y sensitivas. 2. Distribución: simétrica de predominio distal. 3. Dolor neuropático. 4. Curso agudo (4 semanas). 5. Afectación desmielinizante y axonal (electroneurograma).

Comentario final: El diagnóstico etiológico de un paciente con polineuropatía supone a menudo un desafío para el clínico ya que incluso tras una intensa batería de exploraciones complementarias no se logra identificar una causa en un 20% de los casos. Es muy importante proceder de forma metódica y estrechar el abanico de posibilidades etiológicas siempre en función del patrón clínico y fisiopatológico (axonal o desmielinizante) de la neuropatía a estudio.

Bibliografía

1. Overell JR. Peripheral neuropathy: pattern recognition for the pragmatist. Postgrad Med. 2012;88:88-96.
2. Burns TM, Mauermann M. The evaluation of polyneuropathies. Neurology. 2011;76(Suppl 2):6-13.

Palabras clave: Polineuropatías. Impotencia.