



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3132 - PARESIAS: EVOLUCIÓN HACIA UN AMPLIO DIFERENCIAL NEUROLÓGICO

J. Avello Álvarez^a y D. Ettinghausen^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Palafrugell. Girona. ^bMédico de Familia. ABS Palafrugell. Girona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años con antecedentes de EPOC GOLD III, reagudizador grave y SAOS, tratados con broncodilatadores y CPAP; litiasis renal múltiple intervenida con catéter doble J. Durante una reagudización infecciosa de su EPOC, asocia parestesias en EII hasta punta de los dedos. Evoluciona a lo largo de dos años en una severa paraparesia asimétrica de ambas EEII, con predominio izquierdo, asociando actualmente parestesias en EESS. Se interconsulta en el Servicio de Neurología, que actualmente orienta la situación como una radiculoplexopatía lumbosacra bilateral inflamatoria de etiología no filiada que no responde a tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Inicio del cuadro: EEII: tono muscular preservado, sin clonus, paraparesia leve EII, ROT disminuidos, Babinsky (-). Sin déficits neurológicos en EESS. Cuadro actual: BM EESS: normal. BM EII: grupos musculares proximales 2-3/5, grupos musculares distales 0/5. BM EID: 4/5 excepto tibial anterior 2/5. No dismetrías. No déficit sensitivo. Babinsky (-). No clonus. RMPs: 2/5 en EESS, rotulianos 0-1/5 y aquileos 0/5. Marcha parética. Serología: débil banda SOX1. EMG: radiculoplexopatía aguda L2-S1 bilateral, predominio pre-ganglionar, severo déficit motor izquierdo (ninguna unidad motora), moderado déficit motor derecho. Biopsia nervio crural: neuropatía axonal sin evidencia de inflamación ni vasculitis ni depósitos anómalos. Rojo Congo (-). Analítica cribaje, LCR, RX lumbar, RM cerebral, RM columna, TC toraco-abdominal, PET-TC, biopsia colon: sin hallazgos concluyentes.

Orientación diagnóstica: Afectación progresiva de segunda motoneurona en forma de paraparesia de EEII con predominio izquierdo. Radiculoplexopatía lumbosacra bilateral inflamatoria de etiología no filiada.

Diagnóstico diferencial: Variantes ELA. Polineuropatía autoinmune. Síndrome paraneoplásico.

Comentario final: En consulta a menudo nos encontramos con signos y síntomas comunes a muchas patologías, lo que abre un extenso diagnóstico diferencial ante el médico de Atención Primaria. Este caso, es un repaso a la neurología y resalta la importancia de una buena anamnesis y exploración física como base para un razonamiento clínico asertivo que nos permita una adecuada eficiencia a la hora de solicitar las pruebas diagnósticas apropiadas, así como la valoración por otros especialistas, ante un amplio abanico de etiologías.

Bibliografía

1. SemFYC. Guía de actuación en Atención Primaria, 4^aed. 2011; p. 447-63.

2. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Palabras clave: Paraparesia. Radiculoplexopatía.