

424/479 - TETRAPARESIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

A. Molero Arcos¹, L. Arbones Fincias², S. Cobo Guerrero¹ e I. Mariño Varela³

¹Médico de Familia. CAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Montbaig. Viladecans-3. Barcelona. ³Médico Residente de Medicina familiar y Comunitaria. EAP Cornellà 3. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años que consulta por pérdida de fuerza en manos de 1 mes de evolución de curso progresivo. Se inició en mano derecha siguiendo de manera ascendente, ahora la debilidad es más acusada a nivel proximal. No puede tender y le cuesta comer. Los últimos días nota mayor lentitud en la marcha y torpeza al coger objetos con la mano izquierda. Niega alteraciones sensitivas, dolor, fasciculaciones o atragantamientos. No cuadro viral previo ni síndrome tóxico. Es la hermana menor de 7 hermanos y convive con 3 de ellos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: balance muscular alterado en extremidades superiores derecha (D) 4/5, izquierda (I) 3/5. Atrofia de la eminencia tenar mano D, fasciculaciones en brazo D, hiperreflexia en 4 extremidades, más marcado en hemicuerpo derecho, y Babinsky bilateral. Balance motor de extremidades inferiores 5/5. Marcha cautelosa. Se solicitó analítica (dentro de la normalidad), radiología (signos de artrosis), electromiografía (signos denervación activa miotomas C6-C8 D, C8- I y S1-D) y derivó urgente a neurología mediante circuito de diagnóstico rápido por sospecha de enfermedad de motoneurona. En la primera visita del especialista, casi 2 meses después, la clínica había progresado a tetraparesia. Solicitan resonancia magnética (RM) cráneo-cérvico-dorsal (espondilosis cervical C3-C7 con herniaciones discales, estenosis agujeros de conjunción. Signos de mielopatía en C6. Siendo diagnóstica) y electromiografía (proceso neurógeno en evolución, sin cumplir criterios de neurona motora, afecta miotomas C5-D1 bilaterales con pérdida axonal y S1 I, bloqueos focales en cubital y CPE bilateral). A los 3 meses de la visita inicial se deriva a neurocirugía y se realiza descompresión finalmente a los 6 meses. La paciente ya es dependiente para todas las actividades básicas.

Orientación diagnóstica: Tetraparesia progresiva asimétrica.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de la motoneurona. Mielopatía compresiva cervical.

Comentario final: Dadas las demoras actuales en las exploraciones complementarias y cirugías los médicos de familia debemos apoyar, contener y acompañar a nuestros pacientes durante esta espera. Es importante la existencia y el buen funcionamiento de los circuitos rápidos para evitar la progresión/complicación de algunos cuadros como este.

Bibliografía

1. Kim HJ, Tetreault LA, Massicotte EM, et al. Differential diagnosis for cervical spondylotic myelopathy: literature review. Spine. 2013;38(suppl 1):S78-S88.

Palabras clave: Circuitos rápidos. Demoras. Complicaciones.