

424/3389 - DEBILIDAD GENERALIZADA

M. Casanova Soto¹, C. Naudín Royo², A. Bento López³ y P. Bento López²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Ensanche. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 48 años, hipertenso, diabético mal controlado secundario a episodios de pancreatitis agudas recidivantes de probable origen enólico, pancreatitis crónica, síndrome ansioso-depresivo, ingreso en un par de ocasiones por síndrome constitucional secundario a depresión. Acudió a la consulta de nuevo por anorexia, debilidad generalizada, refería desde hacía dos meses debilidad progresiva de miembros inferiores que le impedía deambulación, parestesias/hipoestesia en manos y pies. Fue derivado a urgencias y fue ingresado en Medicina Interna siendo valorado por Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destacaba: caquexia, en miembros superiores no debilidad en Barré, debilidad global con BM 4+/5, en EEII debilidad global con 5-/5 de predominio distal con REM rotulianos y aquileos abolidos. Hipoestesia desde rodillas a tobillos, anestesia en pies, e hiperalgesia a nivel plantar. Sensibilidad artrocinética abolida en dedos del pie. La marcha impresionaba de ataxia, refería no notar el suelo, Romberg positivo. Analítica normal, serologías negativas
Electroneurograma/electromiograma: signos sugestivos de polirradiculopatía sensitivo-motora mixta de predominio desmielinizante. Punción lumbar: disociación albumino-citológica (proteínas 100 mg/dl, células 0). Cultivos y serologías negativas.

Orientación diagnóstica: Ante la clínica se solicitó estudio neurofisiológico. Tras el diagnóstico, punción lumbar, y confirmar la no existencia de IgA, se inició tratamiento con IGIV. Mejoría subjetiva por parte del paciente tras 3 días de IGIV en parestesias y a nivel motor, consiguiendo marcha autónoma.

Diagnóstico diferencial: Polirradiculopatía inflamatoria sensitivo-motora desmielinizante subaguda. Síndrome de Guillain Barré. Polineuropatía tóxico-metabólica.

Comentario final: Debemos tener en cuenta la persistencia de los síntomas y la insistencia del paciente. En ocasiones esto es difícil en pacientes diagnosticados de alguna enfermedad mental, ya que lo relacionamos todo con estas. No hay que olvidar que estos pacientes pueden tener patologías graves cuyos síntomas iniciales pueden ser confundidos con los síntomas de patologías banales.

Bibliografía

1. García-Porrero JA, Urle JM. Neurología Humana. Panamericana, 2015.

Palabras clave: Síndrome de Guillain Barré. Polirradiculopatía. Debilidad.