

424/2724 - DEBILIDAD PROGRESIVA SUBAGUDA DE MIEMBROS INFERIORES

S. Moreno López de Lerma y Á. Bécares Cartón

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, no alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Laboralmente activo. Deportista, Independiente actividades básicas de la vida diaria. Dislipemia en tratamiento dietético, no hipertensión arterial, no diabetes. Prematuridad y retraso del desarrollo psicomotor con hipotonía generalizada, pies plano-valgos, hiperreflexia miotática generalizada moderada. Presenta gastroenteritis autolimitada de 2-3 días, que posteriormente asocia debilidad de extremidades, predominio inferior que aumenta progresivamente, interfiriendo en su vida diaria, tales como subir escaleras o cargar peso. No atrofias ni dolor radicular, no parestesias, no alteración de esfínteres ni clínica sugerente de afectación de pares craneales. No clínica infecciosa, no clínica miccional, no distermia. No otros síntomas autonómicos.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar sin ruidos sobreañadidos. Abdomen sin masas ni megalias, no doloroso. Extremidades inferiores sin edemas. Exploración neurológica: funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fondo de ojo sin alteraciones. Campimetría por confrontación normal. Facial simétrico. Pares bajos normales. Fuerza muscular: predominio de dificultad para la flexión de caderas, y necesidad de realizar esfuerzo para el resto de funciones. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Arreflexia universal. Hoffmann y Trommer negativos. Tono normal. No alteración de la sensibilidad. No dismetrías ni disdiadiocinesias. Romberg negativo. Marcha basal posible. Imposibilidad para levantarse desde posición de cuclillas. Analítica sanguínea y de líquido cefalorraquídeo, incluyendo serologías, sin alteraciones. Estudio neurofisiológico: potenciales de acción motores de amplitud discretamente disminuida en miembros inferiores, con potenciales sensitivos normales. Actividad denervativa aguda y patrón neurogénico.

Orientación diagnóstica: Polineuropatía inflamatoria aguda probablemente axonal.

Diagnóstico diferencial: El patrón clínico y electromiográfico del paciente sugería polirradiculoneuropatía aguda en fase de resolución, sin poder establecer forma axonal o desmielinizante en dicho momento, solicitando nuevo electromiograma de control evolutivo.

Comentario final: El paciente fue derivado a urgencias hospitalarias desde consulta de Atención Primaria para valoración urgente por Neurología, quien decidió ingreso para completar estudio. Durante su estancia el paciente presentó mejoría progresiva con tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, sin presentar clínica bulbar ni dificultad respiratoria. Actualmente asintomático y pendiente de revisión.

Bibliografía

1. Acquired inflammatory demyelinating polyneuropathies: Clinical and electrodiagnostic features.
Muscle&Nerve.1989

Palabras clave: Debilidad. Polineuropatía. Guillain-Barré.