

424/958 - DOCTOR, ESTE BRAZO NO ME FUNCIONA. LA INSISTENCIA DEL MÉDICO DE FAMILIA

P. Díaz Bellido¹, S. Arenas Sotelo¹, I. Asensio Chico² y E. Humanes de la Fuente¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera Centro. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años con dislipemia. Fumador activo y bebedor importante. Destacan: EPOC leve con patrón enfisematoso radiográfico y antecedentes de cirugía de espalda. Tratamiento: dexketoprofeno, simvastatina, omeprazol. Acudió a Primaria por cuadro de pérdida de peso asociado a disminución de fuerza progresiva en miembro superior izquierdo por lo que se derivó a Medicina Interna donde realizaron estudios durante 6 meses sin hallazgos. En Primaria se constató progresión a miembro superior derecho y extremidades inferiores (camina con bastón) por lo que se intentó ingreso a través de urgencias hospitalarias, sin éxito. Transcurrido un año, en una nueva derivación a Medicina Interna tras electromiograma patológico se ingresó al paciente para nuevo estudio con interconsulta a Neurología. Con resultados se le cita en consultas de Neurología, diagnosticado de ELA (neuropatía motora con compromiso predominante de segunda motoneurona y afectación grave de cintura escapular), quedando a su cargo para seguimiento y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Primaria: pérdida de fuerza del miembro superior izquierdo con atrofia muscular, sin sensibilidad ni esfínteres afectados. Macrocitosis en analítica. Resto normal (radiografías cervical y tórax, ECG). Medicina Interna: analítica con parámetros reumatólogicos, infecciosos y de metales pesados, test de SOH, colonoscopia, eco abdominal, TAC cérvico-toraco-abdominal, sin hallazgos. Urgencias: tampoco hallaron causa (exploraciones traumatológica y neurológica, Rx tórax, abdomen y hombros, analítica). Ingreso en Medicina Interna: resultados normales (radiografías, ECG, TC craneal, PET-TAC, analítica), excepto el EMG en el que se detecta patrón de neuropatía con participación axonal.

Orientación diagnóstica: Pérdida de fuerza en miembros superiores de origen indeterminado.

Diagnóstico diferencial: Toxicometabólica. Infecciosa. Inmunológica-inflamatoria. Mielopatía cervical. Polimiositis primaria o paraneoplásica. Enfermedad de motoneurona.

Comentario final: El primer profesional al que acude el paciente es el médico de Primaria por ello hay que saber reconocer la patología. Carece de tratamiento curativo, lo cual es indicación de dar el diagnóstico solo cuando se tiene certeza del mismo. Abordaje multidisciplinar con el médico de familia como pilar principal (soluciones a hándicaps físicos, apoyo al paciente y cuidadores principales, planificación de voluntades anticipadas).

Bibliografía

1. Muñoz S, Labari E. *¿Qué sabemos de la esclerosis lateral amiotrófica?* FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2017;24(4):180-8.

Palabras clave: Motoneurona. ELA. Neurológica.