

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

## 424/1780 - DOCTOR, ME HA CAMBIADO LA VOZ

I. Castellanos Pintado<sup>1</sup>, A. Santos Valenti<sup>2</sup>, M. Aguilar Rodelgo<sup>3</sup> y S. Moreno Ruiz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrijos. Toledo.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. <sup>4</sup>Médico de Familia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 63 años, acude a consulta del Centro de Salud por debilidad generalizada (más intensa en MMII) con torpeza e inestabilidad de la marcha, disminución del tono de voz y fatiga desde hace un mes. AP: HTA, DM-2. Fumadora. Tratamiento: losartán 50 mg, metformina 1.000 mg. AF: madre demencia y ACVA, padre enfisema, abuelo materno miastenia gravis.

**Exploración y pruebas complementarias:** PA: 150/95 mmHg, FC: 102 lpm, T<sup>a</sup>: 36,7 °C, SatO<sub>2</sub>: 98%. Consciente y orientada. Colaboradora. Bien hidratada. Eupneica. ACP: normal. Abdomen: normal. Neurológico: habla enlentecida, voz hipofónica. Lenguaje coherente y fluido. PPCC: normales. Motor: fuerza 4/5 global. RCP flexor bilateral. ROT 3+ MMSS, ROT 2+ MMII. Sensitivo: normal. Coordinación: no dismetrías. Minimental Test: normal. ECG: normal. Rx tórax: normal. Analítica: hemograma, VSG, bioquímica, perfil renal, perfil hepático, electrolitos, colesterol, vit B12, ácido fólico, hierro, TSH, todo dentro de la normalidad. Se decide derivar preferente a Neurología por sospecha de miastenia gravis. TAC, analítica con AC antiMUSK, serologías, marcadores tumorales y GAB: normales. EMG: compatible con denervación aguda en los músculos de los miembros. RMN: compatible con afectación de primera motoneurona, predominantemente bulboprotuberancial.

**Orientación diagnóstica:** Esclerosis lateral amiotrófica.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades motoneurona. Atrofias musculares espinales. Enfermedades placa motora. Enfermedades neurodegenerativas. Metabolopatías. Otras.

**Comentario final:** La incidencia de la ELA es de 2,6-3/100.000 habitantes/año. Afecta a 1,2-1,5 hombres por cada mujer, habitualmente entre la sexta-séptima décadas de la vida. El diagnóstico es clínico, basado en los criterios de Airlie, junto a pruebas electrofisiológicas y exclusión mediante pruebas de laboratorio, neuroimagen o LCR. El diagnóstico definitivo requiere signos y/o síntomas de motoneurona superior e inferior en tres regiones anatómicas diferentes. El médico de Atención Primaria debe tener, mediante historia clínica y exploración física, la sospecha de enfermedades potencialmente graves, con el objetivo de realizar las pruebas complementarias adecuadas y establecer una aproximación diagnóstica correcta. Además identificará los signos de alarma, conociendo los criterios de derivación para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

### Bibliografía

1. Van Es MA, Hardiman O, Chio A, et al. Amyotrophic lateral sclerosis. Lancet. 2017;390:2084-98.
2. Geevasinga N, Menon P, Scherman DB, et al. Diagnostic criteria in amyotrophic lateral sclerosis: A multicenter prospective study. Neurology. 2016;87:684-90.

**Palabras clave:** Disfonía. Debilidad. Motoneurona.