

424/552 - YA NO PUEDO CONDUCIR, DOCTOR

M. Aparicio Castaño¹, M. Albaladejo Vergara² y E. Aparicio Castaño³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Murcia. ²Médico Rehabilitador. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, sin alergias medicamentosas conocidas, en tratamiento crónico para la ansiedad desde hace 15 años. En seguimiento por Neurología por antecedente de dos episodios aislados de pérdida de control de esfínteres, en estudio, sin justificación. Consulta por cuadro de lumbalgia con temblor intermitente en miembro inferior izquierdo que limita la conducción. Deambulación conservada. No fiebre acompañante ni cambios en su medicación habitual. Niega episodios de pérdida aguda de agudeza visual o dolor ocular.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración inicial: no apofisalgias. Signo de Lasègue negativo. Fuerza contra gravedad y contra resistencia simétrica en miembro superiores e inferiores. Sensibilidad normal. Pares craneales centrados simétricos. No dismetrías ni alteración de la base de sustentación. Hiperreflexia rotuliano, bicipital y tricipital izquierdos. Clonus pie izquierdo inagotable. Analítica: iones normales, TSH normal, vitamina B12 y ácido fólico normales, hemograma sin alteraciones. Electromiograma sin alteraciones que sugieran afectación distal. RMN lumbar: sin alteraciones, discos intervertebrales normoposicionados, no listesis ni aplastamientos. En una segunda visita, tras resultados de primeras pruebas, persiste misma clínica y misma exploración física. Se solicita RMN cráneo y cervico-dorsal así como interconsulta a neurología.

Orientación diagnóstica: Sospecha afectación primera motoneurona. Posible esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Radiculopatía lumbar. Alteración metabólica. Charcot Marie Tooth. Esclerosis lateral amiotrófica. Poliomielitis. Tóxicos.

Comentario final: Debemos realizar siempre una exploración física completa, fundamentalmente orientada a los síntomas referidos por el paciente. En este caso, la presencia de un clonus inagotable así como una hiperreflexia de predominio izquierdo nos deben orientar hacia una lesión de médula espinal, debiendo establecer varios diagnósticos diferenciales así como las pruebas complementarias necesarias para por lo menos ir descartando. La presión asistencial o la aparente banalidad de los síntomas no debe ser un motivo de dejadez a la hora de indagar en los posibles diagnósticos.

Palabras clave: Temblor. Clonus. Hiperreflexia.