



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

## 482/697 - CAÍDAS DE REPETICIÓN

G. Mallet Redín<sup>1</sup>, B. Cabañuz Plo<sup>1</sup>, L. Hernáiz Calvo<sup>2</sup>, C. Piñana Alonso<sup>3</sup>, M. López Posada<sup>4</sup> y L. Celix Arias<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>4</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. <sup>5</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años con antecedentes personales de psoriasis, colelitiasis, insuficiencia cardíaca e intervenido de apendicectomía. Valorado en varias ocasiones en los últimos 6 meses por múltiples caídas y cuadro de debilidad progresiva. Se le realizó de forma ambulatoria, un estudio ecocardiográfico con función sistólica conservada, una espirometría y eco-doppler de EEII si alteraciones y un test de la marcha de 6 minutos con monitorización oximétrica donde se observaba una discordancia entre el esfuerzo percibido y el comportamiento oximétrico. Acude a urgencias por caída sobre rodillas por debilidad progresiva generalizada. Dolor en piernas al deambular que le obliga a detenerse cada 50 metros con caídas ocasionales. Empeoramiento vespertino y pérdida de 8 kg con normorrexia. Relata movimientos musculares espontáneos en reposo y sensación de carraspeo para líquidos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: anodino. EEII: pulsos presentes y simétricos. Hematomas con contusión en rodillas. Exploración neurológica: Glasgow 15. No alteración campimétrica por confrontación. No paresia facial. Fasciculaciones espontáneas en ambos muslos. No amiotrofias. Fuerza de EESS sin alteraciones. EEII: flexión dorsal de tobillos 2/4, extensor de 1<sup>er</sup> dedo pies 2/4, psoas 4/5. Resto de grupos musculares 5/5. Disminuida sensibilidad parestésica en EEII 6/8. Reflejos simétricos a 2/4. Marcha con ampliación de la base de sustentación. Imposibilidad para marcha en tandem y de talones. Análisis sanguíneo: bioquímica, hemograma y hemostasia sin alteraciones significativas. ENG: amplitud de los potenciales en nervio peroneo común derecho disminuida y asimétrico en relación al nervio contralateral EMG: Abundante actividad espontánea en musculatura de MMII, en forma de fibrilaciones y fasciculaciones. Patrón ligeramente deficitario en MMII con reclutamientos de ritmo neurógeno.

**Orientación diagnóstica:** Estudio con signos electrográficos neurógenos de distribución generalizada, junto con actividad de denervación activa en dos regiones topográficas que orientan a una enfermedad de motoneurona inferior.

**Diagnóstico diferencial:** Se realizó el diagnóstico diferencial con enfermedades cardíacas (insuficiencia cardíaca), pulmonares (EPOC, enfisema pulmonar, fibrosis pulmonar idiopática), y otras enfermedades neurológicas.

**Comentario final:** Ante el diagnóstico de enfermedad de motoneurona inferior tipo esclerosis lateral amiotrófica, se inicia tratamiento con riluzol y seguimiento por el servicio de Neurología.

## Bibliografía

1. Estévez Muñoz JC, Ways A. That Amyotrophic Lateral Sclerosis May Present in Primary Care, Elsevier 34:6.

**Palabras clave:** Esclerosis lateral amiotrófica.