

¡Doctor, no puedo mover las piernas!

Pichel Loureiro, A.¹; Maciñeiras Montero, J.L.²

1- R2 MFyC. C.S. de Sardoma. Vigo. 2- Médico Adjunto. Servicio de Neurología H. Meixoeiro. Vigo.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 176-176

Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por presentar, cuadro de 2 semanas de evolución de debilidad progresiva, que se inició en EEII y fue extendiéndose a EESS. A su llegada a Urgencias presenta imposibilidad para la deambulación y parestesias de ambas manos. No datos de fatigabilidad.

EXPLORACIÓN:

E.General: Normal

E. Neurológica: Debilidad 3/5 en musculatura de EESS; debilidad 2/5 en musculatura de cadera y rodilla; 4/5 en musculatura de pie; de forma bilateral. Arreflexia global en EEII.

Hiporreflexia en EESS. Resto de exploración normal.

P. COMPLEMENTARIAS:

Hemograma, bioquímica, coagulación: Normal.

Análisis LCR: Htíes 270 unid. Leucocitos 1 unid. Glucosa 79mg/dl. Proteínas 81mg/dl.

TAC cerebral: Sin alteraciones significativas.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es tu diagnóstico?

- Miastenia gravis
- Sd. de Guillain-Barré
- Botulismo
- Esclerosis lateral amiotrófica.

2. ¿Cuál de los siguientes opciones determina más el pronóstico?

- Realización de una RMN
- Determinación de células y proteínas en LCR
- Estudio electrofisiológico
- Aparición de insuficiencia respiratoria.

¿Una radiografía patológica?

Garnelo Pena, L.¹; Fernández-Obanza Windscheid, E.²

1- Licenciada Universitaria en Enfermería. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. 2- Servicio de Urgencias. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 177-177

Paciente de 72 años, diabética tipo II a tratamiento con meformina e hipertensa bien controlada con diuréticos, aporta a nuestra consulta una Rx de tórax realizada en una clínica privada como parte de un chequeo de salud. La paciente niega sintomatología así como traumatismos

abdominales de relevancia. El EKG muestra un patrón de bloqueo completo de rama derecha. El examen físico completo no aporta datos de interés.

¿Qué aprecias en la imagen de la radiografía?

FIGURA 1



FIGURA 2



RESPUESTA CASO CLÍNICO

¡DOCTOR, NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS!

Pregunta 1:

La correcta es el Sd. de Guillain-Barré al tratarse de un cuadro de debilidad progresiva de patrón ascendente simétrico asociado a arreflexia con disociación albúmino-citológica en LCR.

La miastenia se caracteriza por fatigabilidad, los síntomas iniciales suelen ser diplopia y ptosis, y no se alteran los reflejos osteotendinosos. El botulismo suele cursar con sintomatología digestiva y afecta con frecuencia la musculatura ocular. La ELA tiene afectación asimétrica, de predominio distal y evolución más lenta.

Pregunta 2:

La correcta es Aparición de insuficiencia respiratoria, ya que la debilidad ascendente puede afectar a la musculatura del tronco necesitando el paciente respiración asistida. Alrededor de un 30% de los pacientes la necesita.

REVISIÓN:

El Sd. de Guillain-Barré consiste en una parálisis ascendente simétrica progresiva de curso agudo-subagudo (de 1 a 4 semanas para alcanzar la clínica máxima). La debilidad suele ser mayor a nivel proximal que distal. Los reflejos son hipoactivos o están abolidos y la afectación sensitiva suele

ser leve, no siendo objetiva en la mayoría de los casos. En ocasiones hay afectación de pares craneales sobre todo el facial, así como disfunción del sistema autonómico (inestabilidad de la presión arterial, arritmias,..).

En 2/3 de los casos al cuadro neurológico le precede clínica infecciosa digestiva o respiratoria.

Al diagnóstico se llega por la clínica de debilidad ascendente asociada a arreflexia junto con disociación citoalbuminológica en LCR. El estudio neurofisiológico muestra un trastorno desmielinizante.

El tratamiento de elección es la plasmaféresis o las inmunoglobulinas intravenosas. Además es fundamental prestar especial atención a la aparición de insuficiencia respiratoria y la posible disautonomía cardiovascular, que requiere ingreso en cuidados intensivos.

La mayoría se recuperan, aunque hay 2-4% de mortalidad y un 3% de recurrencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez Infante. Continua Neurológica: Enfermedades neuromusculares. Barcelona. Ars Médica; 2005. Pag. 73-81.
2. Ahya, Flood, Paranjothi. El Manual Washington de Terapéutica Médica 30 Ed. Lippincott Williams and Wilkins. Pag 531-2
3. Grau Veciana, Escartín Siquier. Manual del Residente de Neurología. Sociedad Española de Neurología; 2000.
4. Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed. McGraw-Hill. 2002. 15ª Edic.

RESPUESTA A CASO CLÍNICO

¿UNA RADIOGRAFÍA PATOLÓGICA?

La radiografía de tórax muestra asas de intestino en la base pulmonar derecha, en relación con hernia diafragmática además de engrosamiento pleural derecho de aspecto crónico.

El diafragma constituye un tabique que separa la cavidad abdominal de la cavidad torácica. Las hernias pueden ser congénitas o adquiridas. Entre las primeras se hallan las debidas a los propios hiatos del diafragma o a la presencia de orificios adicionales. De las segundas destacan las secundarias a traumatismos y las facilitadas por aumento de la presión abdominal, como sucede en los individuos obesos o en gestantes.

Las hernias diafragmáticas más frecuentes son las de hiato esofágico, que pueden permitir el paso de incluso todo el estómago a la cavidad torácica. En la región posterolateral del hemidiafragma izquierdo puede aparecer la hernia de Bochdalek. Afecta sobre todo a recién nacidos, pudiendo provocar graves problemas ventilatorios. En el diafragma anterior puede aparecer la hernia de Morgagni, característica de los pacientes con obesidad. Suelen ser asintomáticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Montserrat Canal, J.M; Gea Guiral, J. Farreras Medicina Interna. 14ª edición. Madrid: Harcourt. 2002.
- Raby, N; Berman, L; Lacey, G. Diagnóstico radiológico en urgencias. Madrid: Marbán. 2005.