

SESIONES CLÍNICAS EN RED DE SADEMI 10 DE ENERO DE 2018
U.G.C. Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.
Dr. Francisco Muñoz Beamud

Caso clínico “De la polineuropatía a la enfermedad sistémica”

Se trata de un varón de 29 años de edad que se atiende en consulta de medicina interna por calambres y dolor en ambos pies.

Antecedentes Personales

Vive en ambiente rural. Trabaja como profesor. Casado. No conoce alergias medicamentosas. No tiene hábito de tabaco y reconoce consumir alcohol de forma ocasional. Señala algún episodio de hiperreactividad bronquial en la juventud, sin diagnóstico firme de asma ni otros problemas respiratorios crónicos. Hasta la fecha no presenta ningún factor de riesgo cardiovascular clásico. No ingresos hospitalarios previos por patología médica ni seguimiento por especialista. Intervenido de fimosis. No realiza tratamientos crónicos.

Enfermedad Actual

El paciente refiere clínica intermitente de pinchazos, entumecimiento y dolor de perfil neuropático en ambos miembros inferiores, particularmente en ambos pies, desde hace aproximadamente unos dos años. El carácter episódico de la clínica ha motivado que no consultara hasta que la frecuencia y la intensidad de los síntomas así lo han determinado. No presenta debilidad muscular e incluso realiza deporte regularmente.

Poco tiempo antes del desarrollo de los síntomas neurológicos había comenzado con alteraciones del hábito intestinal consistentes en episodios de diarrea de pocos días alternando con épocas de estreñimiento, aspecto que se había interpretado como sdr. de intestino irritable por su médico de cabecera. Con el devenir de los meses esta alteración había conducido a una pérdida de peso significativa, estimada mayor del 10%.

Cerrando la anamnesis por aparatos, señalaba sensación de palpitations en reposo, sin dolor torácico ni síncope.

Exploración Física

Peso 63 Kg, talla 173 cm. TA 115/65 mm Hg, FC 90 spm, FR 16 cpm, satO₂ 95% aa. BEG, COC, BHP, no ictericia ni palidez cutánea, eupneico en reposo. ACR: cor rítmico, sin soplos ni extratonos. MVC, sin ruidos respiratorios patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables. MMII sin edemas, con pulsos distales simétricos, llenos. La fuerza en MMII es 4+/5 en dorsiflexión del pie, de forma simétrica, resto de grupos musculares normales. La sensibilidad propioceptiva y la táctil de MMII están preservadas, no así la térmica y la algésica, que impresionan estar disminuidas. Los reflejos aquileos están disminuidos de forma simétrica, presentes los rotulianos. Nada reseñable en MMSS. Para finalizar no se aprecian lesiones cutáneas ni hay adenopatías palpables.

Pruebas complementarias iniciales:

- Hemograma: Hb 13,2 gr/dL, VCM 84 fL, leucocitos y plaquetas normales. VSG 21 mm.
- Coagulación: TP y TTPa normales.

- Bioquímica: glucosa 102 mg/dL, Cr, urea e iones normales. TSH y T4 libre normales. Bilirrubina y transaminasas normales. Perfil lipídico normal. Proteínas totales 6,3 gr/dL. Proteinograma sin alteraciones. IgA y Ac antitrasglutaminasa negativos. VIH, VHB, VHC negativos. Serología de lúes y borrelia negativas.
- Sistemático de orina: sin alteraciones.
- Radiografía simple de tórax: sin alteraciones.
- ECG: en ritmo sinusal, PR normal, QRS estrecho, eje normal, BIRDHH y HBAI.
- Holter cardíaco 24 horas: Fc promedio 84 spm, FC mínima 53 spm, Fc máxima 120. No pausas ni bloqueos. ESV frecuentes.
- Tránsito EGD: peristaltismo gastroduodenal enlentecido, sin alteraciones significativas en íleon.
- Colonoscopia: normal.
- EDA: normal, AP de biopsia duodenal sin infiltrados inflamatorios sugestivos de celiaquía.
- ENG: polineuropatía de predominio axonal, con afectación exclusivamente sensitiva en MMSS con túnel del carpo moderado en MSD y mixta sensitivo-motora (predominio sensitivo) distal en ambos MMII.

Orientación diagnóstica

De forma sindrómica, se podría resumir como un cuadro de clínica cardinal en forma de polineuropatía junto con manifestaciones digestivas y cardiológicas. Se replanteó el caso, se reinterrogó al paciente y un dato llamativo de la anamnesis en la historia clínica nos puso sobre la pista del diagnóstico.