



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3215 - DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES

M. Barona Valladolid<sup>a</sup>, M. Moreno Montoro<sup>b</sup>, J. Rosselló Galmés<sup>a</sup>, J. Cantarero Duron<sup>a</sup>, M. Borrego Sevillano<sup>a</sup> y J. Franco Lorente<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canal Salat. Menorca. Baleares. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Verge del Toro. Menorca. Baleares. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Básica Es Castell. Mahón. Baleares.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 52 años. Antecedentes: exfumadora, hipercolesterolemia, hipotiroidismo, síndrome de túnel carpiano, síndrome ansioso-depresivo, acude a consulta de atención primaria por debilidad en miembros inferiores de 2 meses de evolución. Se retira simvastatina que la paciente asocia con inicio del cuadro. Ante la progresión de la clínica, persistiendo imposibilidad para subir escaleras e incorporarse desde una silla, se deriva a Neurología para ampliar estudio. La clínica incluye, debilidad en miembros inferiores, sequedad de boca y disgeusia, tos seca y astenia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA 130/80 mmHg, SatO<sub>2</sub> 98% basal, FC 80 lpm. Buen estado general, coloración normal de piel y mucosas. No adenopatías. Auscultación pulmonar: mvc, roncus aislados. Auscultación cardíaca: rítmica a 80 lpm, sin soplos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas ni signos de tvp. Debilidad en aducción, abducción y flexión de cadera 4/5 simétrico. Reflejos osteotendinosos disminuidos en miembros inferiores. Marcha con aumento de la base de sustentación. Analítica de sangre: Hemograma, coagulación y bioquímica normales. CEA 21,5, Ac anticálcico de calcio 689, Ac antireceptor acetil colina negativo. Serologías negativas. Sangre oculta en heces negativa. Radiografía de tórax: ICT aumentado. Pequeño nódulo sobre cisura de hemitórax derecho. Resonancia magnética columna lumbar: protrusión a nivel de L5-S1. TAC cervical-torácico-abdominal: Nódulo pulmonar sugestivo de proceso neoplásico con extensa diseminación adenopática mediastínica. Ecobroncoscopia: punción de adenopatías positivo para malignidad, compatible con metástasis por carcinoma microcítico ("oat-cell"). Electromiograma: Compatible con síndrome de Lambert-Eaton.

**Juicio clínico:** Síndrome paraneoplásico de Lambert-Eaton secundario a carcinoma microcítico de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de debilidad muscular: farmacológicas, endocrinas, inflamatorias, reumatológicas, infecciosas y neurológicas (mielopatía, miastenia gravis, botulismo...).

**Comentario final:** La debilidad es una causa frecuente de consulta en atención primaria. Una cuidadosa historia y examen físico permiten distinguir entre astenia, alteración motora debida al

dolor y debilidad real.

## **Bibliografía**

1. Miller ML. Approach to the patient with muscle weakness. UpToDate, 2017.
2. Weinberg DH. Clinical features and diagnosis of Lambert-Eaton myasthenic syndrome. UpToDate, 2017.
3. Saguil A. Evaluación del paciente adulto con debilidad muscular. Intramed. Am Fam Physician. 2005;71(7):1327-36.

**Palabras clave:** Síndrome miasténico de Lambert-Eaton Debilidad.