



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/175 - VARÓN DE 54 AÑOS CON PÉRDIDA DE DEAMBULACIÓN PROGRESIVA

M. Garrido Laguna<sup>a</sup>, M. Bosch Racero<sup>b</sup>, I. Padial Reyes<sup>c</sup> e I. Arrillaga Ocampo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años exfumador. No medicación habitual. Realiza aviso domiciliario a su Médico de Atención Primaria por entumecimiento y dolor en miembros inferiores de dos años de evolución con progresión en la última semana obligándole a caminar con apoyo y que actualmente le impide deambular. Tras evidenciar pérdida de fuerza 2/5 en miembros inferiores se traslada a urgencias del Hospital Costa del Sol para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Miembros inferiores: paraparesia grave proximal y distal 2/5 con hipotonía. Sensibilidad táctil conservada en cuatro miembros pero abolidas al dolor distal en superiores y global en inferiores. ROT abolidos. Radiografía columna: cambios degenerativos. Analítica: Hb 9,7; VCM 118,3; CK 1.920. Marcadores tumorales CEA, Ca 125, Ca 19,9, PSA negativos, ácido fólico: 5; vitamina B12: 100, ANA, anticardiolipina, anca negativos. Serología: lúes, VHB, VHC, VIH, borreliosis negativo. Proteinograma sin hallazgos. RMN columna lumbar: hernia discal posterior L3-L4. RMN cráneo: sin hallazgos. EMG: polineuropatía sensitivo-motora, axonal, difusa, con afectación de miembros superiores sensitiva de intensidad muy severa, y miembros inferiores motora y sensitiva, de intensidad también muy grave. EDA: estómago con mucosa de aspecto atrófico sobre todo en cuerpo y fundus.

**Juicio clínico:** Poliradiculopatía sensitivo-motora secundaria a déficit nutricional (vitamina B12).

**Diagnóstico diferencial:** 1. Enfermedad desmielinizante. 2. Patología compresiva. 3. Polineuropatía periférica de origen carencial, metabólico, paraneoplásico. 4. Infeccioso (neuroborreliosis, VIH). 5. Vasculitis-reumatológico.

**Comentario final:** La neuropatía periférica aislada secundaria a déficit de B12 se encuentra principalmente en los pacientes ancianos con comorbilidades, o en aquellos en tratamiento crónico con fármacos que causan deficiencia de B12. La neuropatía periférica puede preceder a la aparición de anemia. El tratamiento sustitutivo es de elección, Nuestro paciente inició tratamiento con vitamina B12 intramuscular y rehabilitación con buena evolución.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell WW. DeJongs's The neurologic Examination, 7<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2013.

2. Neurologic Manifestations of Vitamin B12 Deficiency. NEJM. 2003.

3. Reikand T, Gramstad A, Vedeler CA. Fatigue, pain and muscle weakness are frequent after Guillain-Barré syndrome and poliomyelitis. J Neurol. 2009;256:349.