



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/580 - Un verdadero jarro de agua fría

I. Muñoz Durán<sup>a</sup>, J.V. Borges Estévez<sup>b</sup> y M. Muñoz Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de La Frontera.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (ramipril 5 mg/12 horas), hipercolesterolemia (simvastatina 40 mg/24h), vértigo posicional paroxístico benigno (sulpurada según precise). Niega RAMS y antecedentes familiares de interés. Acude a nuestra consulta refiriendo lumbalgia irradiada a miembro inferior derecho, parestesias y rigidez matutina desde hace un mes, motivo por el cual había acudido al Servicio de Urgencias hospitalarias, siendo diagnosticado de ciática. Le prescriben analgesia y miorrelajantes, sin éxito. Niega fiebre, traumatismo y episodios similares anteriores.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor a la palpación de la musculatura paravertebral lumbar, Lasègue y Bragard negativos, limitación de los movimientos. Solicito analítica (incluyendo PCR y FR) y radiología de columna lumbar. Ambas fueron anodinas. Comienza entonces con alteraciones en la marcha y cierta espasticidad en MMII. Se solicita RMN cerebral y medular e interconsulta con Neurología. Los compañeros nos informan de que en ese momento presenta clonus patelar y aquileo, Babinski negativo, Hoffmann positivo, reflejos cutáneos conservados, y fasciculaciones en MMSS, descartándose alteraciones sensitivas, sensoriales, cognitivas, esfinterianas, disnea, sialorrea, disfagia, o disartria. Se realiza EMG con VCM y VCS normales. La RMN no evidenciaba lesión. Se decide comenzar tratamiento con tizanidina 2 mg/8h y baclofeno 10 mg/8h y ver evolución en un mes. En la siguiente consulta, mantiene la marcha ayudado por dos bastones y los pies tienden al equino, además hay atrofia de interóseos. Un nuevo EMG muestra denervación en MMSS y MMII. En la RMN craneal aparecen imágenes subcorticales parietales activas inespecíficas. Se comienza tratamiento con riluzol 50 mg/12h. Actualmente no es autónomo para las ABVD y usa silla de ruedas.

**Juicio clínico:** ELA clínicamente probable.

**Diagnóstico diferencial:** Causas infecciosas, tóxicas, tumores, esclerosis múltiple, hernia cervical, déficit vb12, gammapatías monoclonales, hipertiroidismo.

**Comentario final:** Enfermedad degenerativa de difícil diagnóstico. Dejamos constancia de la importancia de la anamnesis y exploración física. Precisa abordaje multidisciplinar (atención primaria, neurología, rehabilitador, enfermeros, trabajador social, psicólogo, logopeda, fisioterapia). Fomentar la investigación.

## **Bibliografía**

1. Morris J. Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) and Related Motor Neuron Diseases: An Overview. *Neurodiagn J.* 2015;55:180-94.
2. Gordon PH. Amyotrophic lateral sclerosis: pathophysiology, diagnosis and management. *CNS Drugs.* 2011;25:1-15.

**Palabras clave:** *Motoneurona. Espasticidad. Fasciculaciones. Amiotrofia.*