

Caso clínico Noveis. Sanxenxo, 24-25 de abril de 2009

El paciente es un ganadero de 57 años, obeso, no fumador, consumidor de 40 gramos de alcohol diarios. No presenta alergias medicamentosas y entre sus antecedentes destacan:

- Dislipemia
- HTA y cardiopatía hipertensiva con función sistólica preservada.
- Diagnosticado de hepatitis B crónica en 2006 en otro centro; no recibió tratamiento específico. En ese momento presentaba en la analítica: AST 30 U/L, ALT 35 U/L, fosfatasa alcalina 89 U/L, GGT 73 U/L, HBsAg +, AntiHBc +, HBeAg -, AntiHBe +, AntiVHC - y carga viral de 2090 UI/mL.
- Tratamientos: Nifedipino 1cp/24h y omepazol 20 1cp/24h.

En septiembre de 2008 es enviado a consulta externa de Medicina Interna por clínica de un mes de evolución de dolor urente y parestesias en planta de pie derecho que irradia a parte posterior de la pierna y cara externa del muslo. En la exploración física destaca la existencia de disestesias en forma de calcetín en extremidad inferior izquierda. Se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Hematología: hemoglobina 16,1 g/dl, hematocrito 46,5%, VCM 90 fl, leucocitos 7.600; VSG 2 mm, coagulación: TP 80 %, TTPA 33.5 sg, INR 1.15, fibrinógeno 4.5 g/L.
- Bioquímica: glucosa 110 mg/dl, urea 37mg/dl, creatinina 0.86 mg/dl, sodio 142 mEq/l, potasio 4.4 mEq/l, calcio 9.5 mg/dl, fosfato 3.8 mg/dl, proteínas 6.8 g/dl, albúmina 4.1 g/dl, urato 6.9 mg/dl, bilirrubina total 0.62 mg/dl, AST 33 U/L, ALT 36 U/L, ALP 174 U/L, GGT 35 U/L, LDH 157 U/L, colesterol 143 mg/dL, LDL 84 mg/dL, HDL 49 mg/dL, triglicéridos 51 mg/dl. Sedimento de orina: normal.
- TSH 1.94 mU/L, T4 1.05 ng/dL, transferrina 276 mg/dl; PCR 8 mg/dl, Factor reumatoideo 23.1 UI/mL, b2-microglobulina 2 mg/dL, haptoglobina 91 mg/dL. Proteinograma: Proteínas 7.15 g/dL, albúmina 4,2 g/dL, alfa1 4.2 %, alfa2 10.5 %, beta 11.4 %, gamma 14.5 %, IgG 925 mg/dL, IgA 198 mg/dL, IgM 109 mg/dL. DNA de VHB: 2693 UI/ml.
- ECG: ritmo sinusal a 90 lpm.

- Rx Tórax: sin alteraciones valorables.
- RMN: se aprecian pequeñas hernias-protusiones en todos los espacios comprendidos entre L1-L5 que provocan ligero estrechamiento del canal raquídeo que impronta en el saco dural. A nivel de L4-L5 cambios espondilósicos facetarios bilaterales que provocan estrechamiento de las salidas foraminales pudiendo causar compromiso radicular. También signos de espondiloartrosis.
- ENMG: potencial evocado motor de nervio peroneo derecho con amplitudes disminuidas, bloqueo de la conducción a nivel de cabeza del peroné, nervio peroneo izquierdo asimismo con discreta pérdida de amplitud y conducción actual a través de cabeza de peroné normal, potencial evocado motor de nervio tibial posterior bilateral con amplitudes preservadas y disminución de la VCN motora, potencial evocado de nervio mediano derecho y cubital derecho dentro de los límites de la normalidad. Ausencia de potencial evocado sensitivo de nervio peroneo superficial derecho, nervio peroneo superficial izquierdo con discreta disminución de la VCM sensitiva, ausencia de nervio sural derecho, nervio sural izquierdo con disminución de la VCM sensitiva, nervio cubital derecho y mediano normales. Respuesta tardía “F” de nervio tibial posterior con latencias discretamente alargadas. Como conclusiones la exploración era compatible con una mononeuritis múltiple con afectación predominante de nervio peroneo derecho con marcado bloqueo de la conducción a nivel de la cabeza de peroné y afectación de menor cuantía del nervio tibial posterior derecho.

A mediados de Noviembre consulta en urgencias por parálisis facial periférica derecha, pautándose corticoides en dosis descendente con mejoría progresiva del cuadro.

Acude a revisión en consulta para conocer resultados en Diciembre. Refiere mal control del dolor, precisando opiáceos mayores, y adelgazamiento progresivo desde el inicio del cuadro, con pérdida cuantificada de 20 Kg. que relaciona con el mal control analgésico. En la exploración se aprecia avance de su enfermedad con disestesias en media en extremidad inferior derecha y en calcetín en extremidad inferior izquierda.

Se repite el ENMG donde se objetiva una marcada progresión: mononeuritis múltiple axonal asimétrica de predominio en nervio peroneo derecho y nervio tibial posterior derecho con afectación incipiente de nervios mediano derecho y cubital derecho, por lo que ingresa para estudio.