

DÉFICIT MOTOR Y SENSITIVO AGUDO NO CONGRUENTE EN EXPLORACIÓN CLÍNICA

Patricia Juárez Marruecos(1), María Alés Palmer(1), M.ª Terea Montero Cebrián(2), Lucía Ruíz Tudela(1), Laura Baños López(1), Clara Muñoz Endrino(1).

(1)Hospital Rafael Méndez. Lorca.(2)Hospital Universitario Virgen de Arrixaca.

INTRODUCCIÓN

La debilidad muscular aguda (DMA) constituye una **urgencia médica**. Se define como la pérdida de fuerza instaurada en horas o días (menos de 4 semanas) más o menos generalizada causada por alteración en algún punto de la unidad motora.

Las **causas más frecuentes** de parálisis flácida en niños sanos son **Sd. Guillain-Barré (SGB), miositis viral y botulismo**.

Un paciente con DMA en Servicio de Urgencias requiere una historia clínica detallada y una exploración clínica precisa, ya que permitirá localizar el nivel lesional y así dirigir los estudios complementarios para confirmar la sospecha diagnóstica.

CAJO CLÍNICO

Enfermedad actual: Paciente de 11 años acude a urgencias de Hospital comarcal por pérdida de sensibilidad y fuerza en extremidades inferiores de forma súbita. Afebril. Cefalea ocasional desde hace 3 meses sin signos de alarma. Hace 2 semanas faringoamigdalitis aguda tratada con amoxicilina hace dos semanas.

Exploración física: TEP normal. Miembros superiores con tono y fuerza conservada y simétrica. **Miembros inferiores con pérdida de fuerza grado 4** (movimiento activo contra la gravedad y contra resistencia débil). **Pérdida de sensibilidad exclusivamente entre rodilla y tobillo**. Conserva cierta sensibilidad en pie y movilidad conservada de dedos. ROTs normales. Babinski flexor bilateral. **Marcha: postura en flexión de miembros inferiores, con desplazamiento del tronco hacia delante sin posibilidad de dar pasos con apoyo**. Cerebelo: no ataxia, no disimetrías. Resto normal.

Pruebas complementarias al ingreso: Análítica sanguínea (CK) normal. Serologías (enterovirus, VEB, CMV, influenza, parainfluenza, coxsackie, echovirus, campilobacter jejuni): negativas.

Evolución: A las 32 horas de ingreso se constata mioclonías de ambas extremidades inferiores, decidiéndose traslado a Hospital de Referencia. En éste se constató fuerza aparentemente conservada pero déficit sensitivo poco congruente.

Se realizó punción lumbar y EMG con resultados normales.

Ante sospecha de posible etiología funcional se solicita valoración a psicología infantil, constatando reacciones de somatización.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de trastorno psicossomático debe ser de **exclusión**, tras haber descartado una enfermedad pediátrica que justifique esos síntomas, por lo que es complejo y un reto para el pediatra, que debe saber cuándo parar los estudios médicos ante síntomas inexplicables, evitar hospitalizaciones innecesarias y manejar las habilidades para sugerir la presencia de problemas psicológicos sin perder la buena relación con la familia.

