



Protocolo diagnóstico de la debilidad muscular de predominio proximal

N. Giraldo Restrepo y J.P. Cabello de la Rosa

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Palabras Clave:

- Debilidad muscular
- Miopatía
- Neuropatía

Keywords:

- Muscle weakness
- Myopathy
- Neuropathy

Resumen

La debilidad muscular es un hallazgo común en múltiples patologías. Un adecuado enfoque clínico inicial, con una detallada historia clínica y un examen físico es necesario para localizar el origen de la misma y poder dirigir las pruebas diagnósticas complementarias, así como las distintas opciones terapéuticas.

Abstract

Diagnostic protocol for predominantly proximal muscle weakness

Muscle weakness is a common finding in many diseases. A suitable initial clinical approach with a detailed history and physical examination is needed to locate the source of it and able to handle the additional diagnostic tests, as well as the various therapeutic options.

Introducción

La debilidad muscular proximal es un hallazgo común en múltiples patologías. Puede estar presente en patologías que afectan el sistema nervioso central y periférico, así como en patologías de la unión neuromuscular y del propio músculo. Para un correcto diagnóstico debemos intentar diferenciar la debilidad muscular verdadera de otras quejas referidas como debilidad subjetiva provocada por patología no neurológica o muscular (astenia, impotencia funcional por dolor o disfunción articular, enfermedad cardiopulmonar, anemia, caquexia o enfermedades reumatológicas, entre otras)¹. En este protocolo examinaremos el abordaje diagnóstico general del paciente con debilidad muscular de predominio proximal.

Historia clínica

Es sin duda una herramienta fundamental para una correcta evaluación inicial ante un paciente aquejado de debilidad. Siempre tenemos que tener en cuenta los siguientes cuestionamientos.

¿En qué circunstancias se nota la debilidad?

Los pacientes con debilidad proximal suelen notarla al subir escaleras, peinarse o tras el ejercicio. Este síntoma es más característico de las enfermedades musculares en general (tabla 1).

Las enfermedades de la unión neuromuscular y de motoneurona suelen producir debilidad tanto proximal como distal además de debilidad en la musculatura facial. En enfermedades no neurológicas como las de origen reumatológico suelen acompañarse de dolor articular y la debilidad es debida a la presencia de impotencia funcional por el dolor. Otras patologías como el síndrome de fatiga crónica y las enfermedades cardiorrespiratorias, entre otras, suelen confundir la debilidad con la fatigabilidad. El balance muscular no se encuentra alterado.

¿La debilidad muscular se acompaña de dolor?

En general, el dolor muscular asociado a debilidad objetiva es característico de patologías musculares de tipo inflamatorio como es el caso de la polimiositis/dermatomiositis y en

TABLA 1

Miopatías que cursan con debilidad proximal

Distrofias musculares

Enfermedad de Duchenne
Distrofia facioescapulohumeral
Distrofia en cinturas

Enfermedades metabólicas

Glucogenosis (por ejemplo, enfermedad de Pompe)

Miopatías endocrinas

Miopatía tiroidea
Miopatía esteroidea

Miopatías inflamatorias

Polimiositis, dermatomiositis y miopatía por cuerpos de inclusión

Miopatías tóxicas

Inmunosupresores, tratamientos de quimioterapia, antiretrovirales, antipsicóticos, o drogas de abuso suelen ser causa secundaria de neuropatía y miopatías

Miopatías infecciosas

algunas miopatías de causa tóxica y metabólicas¹. Las neuropatías motoras y las enfermedades de motoneurona no suelen asociar dolor, al igual que las enfermedades de la unión neuromuscular. En las enfermedades de tipo reumatológico, como la polimialgia reumática, el dolor muscular predomina sobre la debilidad.

¿Cuáles son sus antecedentes personales y familiares?

Como regla general, los cuadros de debilidad muscular, como las miopatías y las neuropatías de inicio en la infancia, suelen ser de origen genético o metabólico, mientras que las de inicio en la vida adulta suelen ser secundarias o degenerativas. Como regla, en general las miopatías suelen producir debilidad proximal como primer síntoma, mientras que las neuropatías producen debilidad de predominio distal.

La exposición a fármacos o tóxicos como hipolipemiantes, inmunosupresores, tratamientos de quimioterapia, antiretrovirales, antipsicóticos o drogas de abuso salen ser causas secundarias de neuropatía y miopatías².

Exploración física

Permite comprobar la existencia de debilidad muscular, objetivar el grado de afectación y la distribución de la misma³.

Inspección

Tamaño de la masa muscular

Atrofia muscular. Generalmente es característica de las neuropatías y de la enfermedad de motoneurona. Se puede observar también en la patología muscular de larga evolución³. No es característica de la enfermedad no neurológica.

Aumento del tamaño muscular. Fundamentalmente está presente en las distrofias musculares³.

Cifoescoliosis o lordosis lumbar

Signo de debilidad muscular espinal vista en distrofias musculares como la enfermedad de Duchenne y Becker⁴⁻⁵.

Palpación del músculo

La hipersensibilidad muscular generalmente dolorosa suele estar presente en miopatías de etiología infecciosa, metabólica hereditaria, medicamentosa y en miopatías inflamatorias³. También suele estar presente en enfermedades de tipo reumatológico como la fibromialgia o la polimialgia reumática, pero a diferencia de las miopatías no suele haber alteración del balance muscular ni elevación de la creatinfosfoquinasa. La presencia de puntos gatillo es característica de la fibromialgia.

Distribución de la debilidad

Si es focal o asimétrica sugiere distrofia muscular focal como la distrofia facioescapulohumeral (FSH) o plexopatías. La debilidad simétrica proximal o en cinturas sugiere miopatías inflamatorias y distrofias musculares. La debilidad generalizada es más característica de enfermedades de la unión muscular y de motoneurona o en fases crónicas de cualquier enfermedad neuromuscular⁶.

Otros signos asociados a la debilidad muscular proximal

Son:

1. Afectación de la piel con la típica erupción cutánea liliácea en mejillas y párpados, e induración de la piel con eritema en nudillos, codos y rodillas denominado signo de Grotton es característico de la dermatomiositis³.
2. El trastorno sensitivo (parestesias, hipoestesia o alteración de la propiocepción) suele estar presente en las neuropatías.
3. La presencia de dolor y deformidad en las alteraciones de tipo reumatológico.
4. La presencia de mioedema (formación de rodete en los músculos percutidos) se presenta en la miopatía secundaria a hipotiroidismo³.

Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias se realizan según la sospecha diagnóstica guiada por la historia clínica y la exploración física.

Laboratorio

Enzimas musculares

Primordiales en la valoración inicial, seguimiento y respuesta al tratamiento de pacientes con sospecha de afectación

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809093>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809093>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)