RESIDENCIA DE PEDIATRÍA

CEPSI EVA PERÓN

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE DOS PACIENTES DISTINTOS QUE RESULTARON SIMILARES

Autores: Aguirre Belén, Duran María Florencia
E-mail: cintiamariabelenaguirre@gmail.com , florduran997@gmail.com

Objetivo:
- Describir dos casos clínicos de pacientes con debilidad muscular, de etiologías distintas.

Introducción: La debilidad muscular aguda, un trastorno frecuente en pediatría, puede ocurrir a partir de la afectación de cualquier parte de la unidad motora. La localización de la debilidad, los signos y síntomas asociados permiten la ubicación de la lesión. Entre los principales diagnósticos diferenciales, se encuentran Poliomielitis, Síndrome de Guillain Barre, Miastenia Gravis, Botulismo, Rabdomiólisis, Dermatomiositis y Enfermedades Sistémicas.

CASO 1: Niña de 8 años, de Añatuya, derivada por tos, dificultad respiratoria, alteración del lenguaje, y un episodio de paro respiratorio. Ingresa en mal estado general, con insuficiencia respiratoria, pasa a UTI en ARM por 8 días. Diagnóstico inicial de IRAB: neumonía bacteriana vs tuberculosis, por antecedente de tos crónica, y abuelo tosedor crónico fallecido en el año 2022,y hacinamiento. Al reinterrogar se descubre antecedente de internación por: disfagia, dificultad del lenguaje, debilidad muscular generalizada, dificultad respiratoria y ptosis palpebral. Se sospecha enfermedad neuromuscular, se solicita serologías: AChR y Musk, positiva para AChR. Se confirma Miastenia Gravis Juvenil, con presentación clínica de Crisis Miasténica. Inicia tratamiento con Piridostigmina y Gammaglobulina, con buena respuesta.

CASO 2: Varón de 10 años de La Banda, consulta por cuadro de un mes de evolución; con debilidad progresiva de miembros inferiores, simétrica, bilateral, ascendente, acompañado de dolor muscular intenso generalizado, que provoca imposibilidad para incorporación. Régimen de ejercicio intenso, trisemanal, de 1 hora que triplicó hace un mes. Lab de ingreso:LDH:2995 , CPK:16.100. Se asume como Rabdomiólisis secundaria a ejercicio físico intenso /miositis/ debilidad crónica. Se realiza hiperhidratación y se externa. En una segunda consulta, se suma al cuadro previo, lesiones erosivas en lengua y mucosa yugal, eritema malar , edema facial , lesiones maculopapular aisladas en tórax, hematomas en MMII, godet ++ en 1/3 distal. Se interna, se realizan laboratorios e IC con reumatología, cardiología, dermatología y endocrinología. Laboratorio:CPK: 9566 , LDH:2624 ,LACTATO: 0,65 ,IgA (253) IgM (190) IgG (1125), C3 (289),c4 (34). Se asume por clínica y exámenes complementarios como DMJ se realiza tratamiento con corticoides + metrotexato + ácido fólico. Respondió favorablemente.

Conclusión: La debilidad muscular en pediatría es causa de morbimortalidad importante ,con una gran variedad de presentaciones, lo que dificulta su aproximación diagnóstica. Representan un desafío en el razonamiento clínico, y nos parece importante remarcar que, ante este tipo de pacientes las herramientas más relevantes para su estudio son, la anamnesis y el examen físico completo y detallado, para evitar diagnósticos tardíos y lograr un tratamiento oportuno.