



Caso Clínico Abril : Resumen

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Identificación	<ul style="list-style-type: none">● Nombre: GZA● sexo femenino● Edad: 55 años● Fecha de nacimiento 26 de febrero de 1970● Ocupación empleada en panadería (Chedraui, con jornada de 10 horas al día)● Religión católica● Originaria de Chichihualco, Guerrero, Residente en Capulhuac, Estado de México
Personales Patológicos	<ul style="list-style-type: none">● Enfermedades crónicas: negadas● Cirugías: negadas● Fracturas: negadas● Medicamentos: negado● Alcohol, tabaco y toxicomanías: negadas● Transfusionales: negados● Hospitalizaciones: refiere última el 2 de enero de 2026, con estancia de dos horas en servicio de urgencias● Infectocontagiosas: varicela a los 36 años, sin complicaciones; COVID-19 negado
Personales No Patológicos	<ul style="list-style-type: none">● Alergias: negadas● Biomasa: negativo● Viajes: a Taxco el 24 de diciembre de 2025, niega ecoturismo● Vivienda: casa rentada, vive sola, sin hacinamiento, mascotas negadas● Vacunación: cuenta con 2 vacunas contra COVID-19 sin referir laboratorio, última aplicación hace 3 años, sin reacción; sin vacuna para influenza este año

MOTIVO DE INGRESO.

Inicia el 06 de diciembre de 2025 con dolor en extremidades inferiores, de predominio en región distal, intensidad 5/10 en escala EVA, de carácter continuo, sin irradiación, que se exacerba con la marcha y la bipedestación, sin alivio con el reposo (sedestación o decúbito) ni con la administración de AINES (diclofenaco) ni paracetamol. Evoluciona de manera progresiva, agregándose días posteriores; debilidad en extremidades inferiores, inicialmente para la marcha, hasta limitar la bipedestación, asociada a parestesias distales y simétricas. Acude a valoración en primer nivel, donde se integra diagnóstico de insuficiencia venosa crónica, iniciando tratamiento con diosmina/hesperidina y diclofenaco, sin mejoría clínica. Para el 24 de diciembre de 2025, presenta deterioro funcional significativo, con imposibilidad para la deambulacion, secundaria a debilidad muscular progresiva de predominio distal, asociada a dolor en región de gastrocnemios bilateral con intensidad 7/10 en escala de EVA, sin irradiaciones. De manera concomitante, refiere síntomas sistémicos, destacando: Pérdida ponderal de 4 kg en un mes, asociada a anorexia. Así como síntomas musculoesqueléticos: Artralgias en ambos hombros (con limitación para actividades como peinarse), Dolor en articulaciones interfalángicas proximales de forma bilateral 5/10 en escala de EVA y Dolor en codos bilateral 4/10 en escala de EVA. Sin datos inflamatorios articulares: niega aumento de volumen, hiperemia o rigidez matutina.

Acudió a valoración por Médico Facultativo, quien solicitó estudios de laboratorio incluyendo panel inmunológico y electroneuromiografía por sospecha de Patología de Tejido Conectivo, indicándose manejo con esteroide y presentando parcial mejoría.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente con apariencia mayor a la cronológica, orientada, con cavidad oral sin lesiones y mucosa subhidratada, tórax sin datos de síndrome pleuropulmonar, precordio rítmico sin soplos ni agregados, abdomen asignológico y extremidades inferiores sin alteraciones aparentes.; **Extremidades inferiores** simétricas, sin deformidades ni fasciculaciones visibles. Arcos de movilidad conservados en caderas, rodillas y tobillos, sin limitación mecánica ni dolor a la movilización pasiva. **Fuerza muscular**, presenta disminución global con predominio distal, con calificación de 3/5 en escala de Daniels bilateral, logrando vencer la gravedad pero no resistencia. **Tono muscular** se encuentra conservado, sin datos de espasticidad ni hipotonía. **Reflejos osteotendinosos** (rotuliano y aquileo) se encuentran presentes y simétricos, sin hiperreflexia ni arreflexia. No se documentan reflejos patológicos. **Sensibilidad superficial**, se encuentra conservada la termoalgesia, sin distribución en guante o calcetín y sin correspondencia a un dermatoma específico. **Sensibilidad profunda**, se evidencia alteración de la propiocepción en los ortijos de ambos pies, con incapacidad para identificar la posición y dirección de movimiento de los mismos. **Coordinación** no es valorable de forma adecuada en extremidades inferiores debido al déficit de fuerza. No obstante, no se evidencian movimientos anormales. **Marcha** no es valorable por imposibilidad para la deambulación secundaria a debilidad muscular

LABORATORIO

EGO	2.01.2026 → ÁMBAR CLARO, DENSIDAD 1.017, PH 6.5, PROTEÍNAS 25, GLUCOSA NEGATIVO, BILIRRUBINA NEGATIVO
BH	10.01.2026 → HB 11.2 HTO 33.4, VCM 94.3, HCM 31.5, LEUCOS 14230, NEURTOS ABS 10.800, MONOCITOS 1600, LINFOS 1700, EOSINÓFILOS 100, BASOFILOS 100, PLAQUETAS 287.00
QS y ES	10.01.2026 → GLUCOSA 117, UREA 34, CR 0.75, NA 130.97, K 4.08, CL 99
PFH	10.01.2026 → AST 34.8, ALT 46.1, FA 145, AMILASA 48 LIPASA 19.30, BT 0.95, BD 0.4, BI 0.55,
Otros	10.01.2026 DHL 218, PCR 48,CPK TOTAL 22, CPK MB 6.7, COMPLEMENTO; C3 EN SUERO 109 MG/DL (88-165 MG/DL). **C4 EN SUERO 8.0 MG/DL (**14-44 MG/DL),VSG 100 MM/H, 10.ENERO.26 → FACTOR REUMATOIDE 153 UI/ML (0-14)
Perfil Tiroideo	TSH: 0.7 uIU/mL (0.4-4.9), T4 total: 6 µg/dL (5-12), T4 libre: 1.38 ng/dL (0.7-1.48), T3 total: 0.20 ng/mL (1-2), T3 libre: 1.49 ng/mL (1.88-3.18)
LCR	Color: Incoloro , Aspecto Cristalino , Leucocitos: 0 U/L, Eritrocitos: 0 U/L , Glucosa: 72 Mg/Dl , Cloro: 126 meq/L , Microproteinas: 22.17 mg/Dl, DHL: 22 U/L. cultivo sin desarrollo, tinta china negativo
Anticuerpos	<ul style="list-style-type: none">● Anticuerpos contra Péptido Cíclico Citrulinado (Anti-CCP): 1.20 Nota: Negativo < 5 Positivo ≥ 5● Anticuerpos contra ADN doble cadena (dsDNA):Negativo● Anticuerpos contra Smith: < 3.3 Nota: Negativo < 20● Anticuerpos anti nucleares (ANA): AC-2 Nuclear granular fino denso 1:160 Nota: Negativo < 1:80● Anticuerpos contra Ro (SSA): 95.90 Nota: Negativo < 20● Anticuerpos contra La (SS-B): < 3.3 Nota: Negativo < 20

GABINETE

- **10.enero.2026 → Electroneuromiografía de extremidades superiores e inferiores** con estudio electrofisiológico compatible con polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria severa en etapa subaguda, con compromiso sensitivo-motor predominante en miembros inferiores, caracterizada por bloqueo extenso de la conducción nerviosa con predominio proximal, ausencia de respuestas motoras y sensoriales en segmentos distales de miembros pélvicos y afectación proximal de nervios en miembros superiores, evidenciada por alteraciones desmielinizantes en las neuroconducciones proximales de los nervios axilar y musculocutáneo, con asimetría interlateral y degeneración axonal secundaria mínima; los hallazgos descritos descartan miopatía inflamatoria primaria y son consistentes con un proceso desmielinizante inflamatorio proximal posganglionar, potencialmente reversible.