Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2394

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2989 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ A PROPÓSITO DE UN CASO

U. García Azcarate[a], E. Mediavilla Oteiza[a], C. Martínez Esquiroz[b], V. Martos Fábrega[b], E. Varona de la Noval[c] y A. Ostolaza Ibáñez[d]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Chantrea del Complejo Hospitalario de Navarra. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mendillorri del Complejo Hospitalario de Navarra. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Iturrama del Complejo Hospitalario de Navarra. [d]Médico Residente de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años que acude al Centro de Salud por presentar debilidad muscular en las 4 extremidades de aproximadamente 24 horas de evolución. Según refiere, el día previo por la mañana comienza con sensación de parestesias en los dedos de ambas manos, con dificultad para movilizarlos y realizar actividades instrumentales (escribir). Refiere a su vez, que por la tarde comienza con inestabilidad de la marcha, tropiezos y dificultad para movilizar las piernas. Como antecedentes recientes, a destacar un dolor lumbar alto de días de evolución, tratado mediante diazepam oral con mejoría parcial. Según refiere, con la toma de diazepam, ha presentado episodios diarreicos aislados. Se remite a Urgencias desde donde ingresa en el Servicio de Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 167/89 mmHg. FC 85 lpm. T 35,1 ºC. Consciente, orientado, lenguaje normal. MOEs normales. No alteración campimétrica. Pares craneales normales. Balance muscular: EESS 3/5 proximal, 2-3/5 distal. EEII 4/5 cuádriceps, resto 5/5. RCP flexor bilateral. Sensibilidad: no alteración en la sensibilidad táctil o algésica, disestesias en pulpejos de los dedos. Hipopalestesia en ambos tobillos. No alteración de la propiocepción. ROT abolidos global, salvo estilorradial hipoactivo. Estática posible. No exploro marcha. TAC craneal: sin alteraciones. AS: en rango. Punción lumbar: glucosa 95, 150 hematíes, 2 leucocitos, 79 proteínas. RM de columna lumbar: Hallazgos compatibles con síndrome de Guillain-Barré. Neurofisiología (electroneurograma, electromiograma): Patrón de afectación desmielinizante de la conducción motora con preservación de la conducción sensitiva en segmentos distales del sistema nervioso periférico.

Juicio clínico: Polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda forma desmielinizante (AIDP): síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Otras polineuropatías agudas; polineuropatía inflamatoria desmielinizante crónica; patologías de la médula espinal, unión neuromuscular y musculares.

Comentario final: El SGB es la causa de parálisis neuromuscular aguda más frecuente. Aproximadamente 2/3 de los casos tienen un antecedente próximo de infección respiratoria o

gastrointestinal. Es más frecuente en adultos, siendo algo más frecuente en los varones.

Bibliografía

1. Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain-Barré Syndrome. Mayo Clin Proc. 2017;92(3):467-79.
2. Willison HJ, Jacobs BC, Van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2016;388:717-27.
3. Fujimura H.The Guillain-Barré syndrome. Handb Clin Neurol. 2013;115:383-402.
4. Arcila-Londono X, Lewis RA. Guillain-Barré syndrome. Semin Neurol. 2012;32(3):179-86.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré. Polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda. Neuropatía axonal motora aguda. Inmunoglobulina intravenosa.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.