

387/65 - CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA

A. Ledo Méndez¹, A. Blanco García², P. López Tens², I. Alcalde Díez³, D. Fernández Torre⁴, C. Gómez Vildosola⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino II. Castro Urdiales. Cantabria.²Médico de Familia. Hospital de Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor dorsolumbar irradiado a ambas extremidades inferiores hace 1 semana, diagnosticándose de problema musculo-esquelético y tratándolo con antiinflamatorios. Reacude porque desde hace 24h presenta cefalea opresiva frontal y vómitos, además de sensación distérmica. No refiere haber presentado síntomas respiratorios o digestivos en los días previos al inicio del cuadro dorso-lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/90 mmHg. FC 70 lpm. Sat O2 97%. T^a 36,2 °C. Consciente y orientada en las 3 esferas. Normocoloreada, normoperfundida, normohidratada. Eupneica en reposo. AC y AP sin hallazgos. Abdomen: anodino. Neurológico: no disartria, no rigidez de nuca, VII par craneal bilateral afecto, fuerza 5/5, hipopallestesia en pies, hipoestesias en piernas, dedo-nariz normal, marcha cautelosa.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain Barré.

Diagnóstico diferencial: Polimiositis, mielitis aguda, tumoración cerebral.

Comentario final: Ante cefalea con signos de alarma, se decide enviar a la paciente al Servicio de Urgencias donde le realizan pruebas complementarias. Analítica: bioquímica sin hallazgos, coagulación normal, 12.500 leucocitos sin desviación izquierda, resto de hemograma normal. TAC Craneal: sin hallazgos. Ante la afectación neurológica se contactó con Neurología para ingreso y estudio. Durante el ingreso se le realizó punción lumbar (proteínas altas), estudio microbiológico (VHS 1/2 IgM positivo), RM craneal y de columna (fino realce leptomenígeo homogéneo y en cola de caballo), EMG del parpadeo (polirradiculopatía motora de tipo desmielinizante con afectación del nervio facial); todo ello hallazgos compatibles con síndrome de Guillain Barré. Este síndrome, de tipo autoinmune, con semiología de dolor, parestesias, debilidad distal simétrica y progresiva e hipo/arreflexia, constituye una enfermedad potencialmente mortal. Su incidencia ronda 0,8-1,9 entre 100.000 personas por año. Más frecuente en hombres. Es importante preguntar por síntomas respiratorios o gastrointestinales en las 4 semanas previas por ser el posible desencadenante del cuadro. La paciente fue tratada con Inmunoglobulinas con evolución clínica favorable.

Bibliografía

Montaño-Lozada JM, et al. Presentación clínica aguda inusual del síndrome de Guillain Barre: a propósito de un caso. Ciencia e Innovación en Salud. 2018;e60:1-6.

Rojas-Bartolomé L, et al. Estudio ultrasonográfico del nervio vago como herramienta diagnóstica en el síndrome de Guillain Barré. Neurol. 2018;66(2):65-6.