



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1593 - No todo es ansiedad

M. García Ventura^a, C. López López^b y M.M. Compán Medina^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Periferia. Almería. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería Periférica. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 52 años, con AP: Bocio multinodular no tóxico y distimia. El día 5/8 acude a la consulta de MAP por cuadro diarreico resuelto con tratamiento sintomático. El 14/8 consulta por parestesias en ambas pantorrillas y dedos, de predominio a nivel distal y con discreta progresión; se la diagnostica de somatización y se pauta tratamiento con ansiolíticos. Finalmente el 15/8 es vista en SCCU aquejando aumento de las parestesias, presentándolas en los cuatro miembros, de predominio en MSD. Durante su estancia en dicho servicio, comienza con alteraciones de la movilidad, fundamentalmente en dedos de manos y pies, sin poder realizar la flexión y con hipotonía en los cuatro miembros que evoluciona a tetraplejia y rápidamente a insuficiencia respiratoria y disnea, sufre parada respiratoria que precisa intubación y conexión a ventilación mecánica, por lo que es trasladada a UCI.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. CYO. Eupneica. BHYP. Hemodinámicamente estable. Afebril. Normotensa. Acude a consulta por su propio pie. C.C: no rigidez de nuca, funciones superiores normales, hipoestesia en los 4 miembros, de predominio en MSD, fuerza y tono disminuidos en ambas manos, con predominio en mano derecha, coordinación normal, pares craneales normales, reflejos osteotendinosos disminuidos, reflejo cutáneo plantar extensor. AC: Tonos rítmicos, no soplos. AR: Buen murmullo vesicular, no ruidos patológicos. Abdomen sin alteraciones. MMII: sin signos de TVP. TAC craneal: sin hallazgos patológico. Durante su estancia en UCI se realiza estudio neurofisiológico, con ausencia de respuesta en todas las conducciones motoras, y velocidades de conducción disminuida o ausencia de respuesta en las sensitivas; salvo en el nervio Sural donde las respuestas están conservadas. Estudio electromiográfico con actividad espontánea de denervación poco profusa, sin actividad voluntaria. Hallazgos compatibles con polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda, sd. de Guillain-Barré.

Juicio clínico: Sd. de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Sd. de Guillain-Barré vs polineuropatía desmielinizante vs somatización.

Comentario final: El sd. de Guillain Barré es una poliradiculoneuropatía aguda, rara y caracterizada por un disturbio motor y sensorial progresivo de los nervios espinales y craneales. El síndrome se desarrolla de pocos días a varias semanas después de una infección mediana, generalmente del tracto respiratorio o gastrointestinal. Los síntomas neurológicos tempranos se refieren generalmente al sistema sensorial y se limitan característicamente a las porciones distales de las extremidades. A las pocas horas o a la semana siguiente al disturbio sensorial, hacen su aparición los signos motores. Consisten típicamente en una debilidad progresiva bilateral y simétrica y posteriormente parálisis fláccida, más grave en las porciones

proximales de los miembros. Este cuadro oscurece los cambios sensoriales y su severidad varía de una debilidad ligera a una completa cuadriplejia. Los reflejos tendinosos superficiales y profundos están disminuidos o ausentes pero no hay reflejos patológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wijdicks E, Henderson R, McClelland R, Emergency intubation for respiratory failure in Guillain Barre Syndrome. Arch Neurol. 2003;60(7):947-8.
2. Rabinstein A, Wijdicks E. Warning signs of imminent respiratory failure in neurological patients. Semin Neurol. 2003;23(1):97-104.
3. Chio A, Cocito D, Leone M, Giordana MT, Mora G, Mutani R. Aosta register for Guillain Barre syndrome: a prospective, population-based incidence and outcome survey. Neurology. 2003;60 (7):1146-50.