Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1474

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1794 - PARESTESIAS EN MUJER DE 54 AÑOS ¡QUE LO FRECUENTE NO TE HAGA OLVIDAR LO IMPORTANTE!

M. Doña González[a], I. Sauco Colón[b] y J.M. Fernández Gónzalez[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y fibromialgia. Acude a su médico de atención primaria por presentar parestesias en miembros inferiores sin ningún otro síntoma. Es dada de alta a domicilio, pero a los cuatro días vuelve a consultar porque persisten las parestesias y presenta importante debilidad muscular tanto en miembros inferiores como en superiores. Así mismo, refiere que no tiene fuerza para coger algunos objetos. Tres semanas previas al inicio de los síntomas presentó un cuadro de GEA. (algo que no sabíamos en su primera visita). Se decide derivar a urgencias hospitalarias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración arreflexia distal e hiporreflexia bicipital y patelar. Resto de exploración física por aparatos sin hallazgos. Analítica: hemograma: ligera leucocitosis con desviación a la izquierda. Bioquímica y coagulación normal. Serología de VIH, treponema y virus hepatotropos negativos. LCR: proteinorraquia. TAC de cráneo: sin hallazgos. Estudio electrofisiológico compatible con desmielinización.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain Barré.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Lyme, porfiria, neuropatía vascular, poliradiculitis, mielopatias, difteria, botulismo, miastenia gravis, polimiositis, hipokaliemia e hipofosfatemia.

Comentario final: Se ingresó en neurología y recibió tratamiento con inmunoglobulinas y corticoides. Evolución: actualmente la paciente se encuentra asintomática. La aplicabilidad de este caso se basa en que debemos dar importancia a síntomas tan comunes a los que nos enfrentamos a diario en las consultas de atención primaria profundizando en la anamnesis para un correcto enfoque diagnostico. En este caso además se trata de una patología que evoluciona de forma rápida y puede llegar a ser un cuadro de importante gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual-Pascual SI. Aspectos actuales de las neuropatías inflamatorias agudas y crónicas.

Síndrome de Guillain-Barré y polineuritis crónica inflamatoria desmielinizante. Rev Neurol. 2002;35:269-76.

2. Tellería-Díaz A, Calzada-Sierra DJ. Síndrome de Guillain-Barré. Rev Neurol. 2002;34:966-76.

3. Vander M, Van Doom PA. Guillain-Barré and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Inmune mechanism and up- date on current therapies. Ann Neurol. 1995;37 (Suppl):s14-s31.

4. Hahn AF. Guillain-Barré syndrome. Lancet 1998;352:635-64.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.