



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2002 - Perdiendo la fuerza

E.M. Fernández Quijada^a, I.C. Sánchez López^b, N. Alba del Pozo^c, C. García Jiménez^c, M.Á. García Chicano^d, M. Alcázar Artero^d, I. Saura García^d, S. Herreros Juárez^e y M. García Almela^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Flota. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años fumadora de 10 cigarrillos/día, con hipotiroidismo autoinmune y síndrome ansioso-depresivo en tratamiento. Acude a nuestra consulta refiriendo parestesias en los dos primeros dedos de ambas manos desde hace 5 días, asociando cefalea holocraneal de tipo opresivo y dolor cervico-dorsal que en las últimas 24 horas se ha intensificado acompañándose de rigidez en MMSS y dolor en ambos MMII definido como “descargas”. Niega síntomas gastrointestinales o episodios de artritis. Cuenta cuadro catarral hace dos semanas, por el que no consultó y trató con paracetamol.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada. Exploración neurológica: lenguaje fluido. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. MOE conservados. Resto de pares craneales simétricos y centrados. Fuerza 5/5 en MMSS y 5/5 en MII, con fuerza 3/5 en MID. Sensibilidad táctil y propioceptiva conservada. ROT presentes y simétricos en MMSS. ROT rotulianos y aquileos ausentes. RCP flexor bilateral. No disdiadococinesias ni dismetrías. Marcha inestable por debilidad en MID. Romberg negativo. Exploración osteomuscular: no inflamación ni deformidad. No apofisalgias. Dolor y contractura a nivel de ambos trapecios, sin limitación para la movilidad. Resto de exploración por sistemas y aparatos sin anomalías. Analítica: gasometría venosa, bioquímica, hemograma, coagulación, proteinograma y pruebas reumatológicas normales. Serología negativa para VIH, VHB, VHC, lúes, CMV, VEB, Brucella y Borriella. Punción lumbar con LCR con proteínas 60 mg/dl. TC craneal simple sin patología. RMN cérvico-dorsal (medular): sin patología. Espirometría forzada dentro de parámetros normales. EMG: polineuropatía sensitivo-motora, en estadio incipiente de evolución; de predominio desmielinizante en MMSS y MMII.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain barré.

Diagnóstico diferencial: Patología cerebral (ictus bilateral, síntomas psicógenos), patología cerebelosa (lesión estructural de la fosa posterior), patología espinal (mielopatía compresiva, mielitis transversa...), patología del sistema nervioso periférico (neuropatía tóxica, porfiria,...), patología de la unión neuromuscular (botulismo, miastenia gravis...), patología muscular (miopatía aguda inflamatoria, miopatía metabólica...).

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía inflamatoria y desmielinizante cuya manifestación clínica principal suele ser una debilidad progresiva y ascendente de inicio distal y en MMII, en ocasiones muy grave, produciendo tetraplejía flácida e insuficiencia respiratoria por afectación de la musculatura respiratoria. Está precedido en muchas ocasiones de una infección (50-70%), normalmente respiratoria o gastrointestinal, ocurrida de una a cuatro semanas antes del inicio del cuadro. La enfermedad está producida por una reacción autoinmune dirigida contra antígenos de la mielina. Es de vital importancia hacer una correcta anamnesis y exploración física a nuestros pacientes para ser capaces de diagnosticar signos patológicos, como los que presentaba esta paciente, que nos sugieran deban ser derivados a un Servicio de Urgencias para descartar una patología grave o que requieran manejo hospitalario posterior (como en nuestro caso, para observación y soporte de vía aérea si fuese preciso por progresión de la enfermedad con depresión respiratoria).

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4^a edición. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona, 2011.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4^a edición. Barcelona: Elsevier, 2010.
3. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 7^a edición. Hospital Universitario 12 de Octubre, 2012.