



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/669 - Doctor, no siento las piernas

V. Aranda Jiménez^a, C. Correoso Pardo^b, A.M. Barriga García^c, C.L. Orozco Bello^b, M. Moreno González^d, E. Marian Brigidano^d, M.J. Inurritegui Cattaneo^e, L.E. Barzallo Álvarez^f, C. Gianchandani Gianchandani^g y L. Cano Gómez^g

^aMédico Residente. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. ^cMédico Residente. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. ^dMédico Residente. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^eMédico Residente. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. ^fMédico Residente. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^gMédico Residente. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 17 años, sin antecedentes de interés, que acude por cuadro de 6 días de evolución de dolor en región lumbo-sacra, moderado, opresivo e irradiado por cara posterior de ambos miembros inferiores hasta el tobillo. Además presenta dolor tipo punzante de distribución irregular y debilidad en ambos miembros inferiores. Hace tres días fue valorada en otro centro siendo diagnosticada de lumbalgia con irradiación e iniciando tratamiento analgésico, pero acude por empeoramiento. Además refiere que presentó cuadro viral de vías respiratorias altas durante una semana que remitió completamente tres días antes del inicio del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca disminución de la fuerza en miembros inferiores bilateral, conservada en superiores. Reflejo rotuliano y aquileo ausentes, resto presentes. Además hipoestesia táctil en miembros inferiores sin distribución radicular ni de nervios periféricos. Resto sin hallazgos. Analítica sangre y orina: normal. Punción lumbar: glucosa 53, proteínas 171, recuento de leucocitos 7 cel/mm³. RMN: tras la administración de gadolinio las raíces de la cola de caballo presentan un realce intenso y homogéneo compatible con un cuadro de neuropatía periférica. Electromiograma: compatible con afectación neuropática de los nervios motores de miembros inferiores, de carácter mixto y predominio axonal, de intensidad leve, proximal y distal, compatible con poliradiculoneuritis. Serología e inmunología: negativas.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluiría la lumbalgia mecánica, aplastamiento vertebral, polimiositis, miositis virales y miastenia gravis.

Comentario final: Ante un paciente con focalidad neurológica es muy importante, junto con una anamnesis completa, una exploración detallada y sistemática, ya que podremos encontrar más síntomas que nos orienten a un diagnóstico final.

Bibliografía

1. Antoniuk SA. Debilidad muscular aguda: diagnósticos diferenciales. Rev Neurol. 2013;57(Supl 1):S149-54

2. Harrison. Principios de Medicina Interna, 14ª ed. McGraw-Hill Interamericana de España, 1998.

Palabras clave: Guillain-Barré. Polineuropatía.