



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1303 - Polineuropatía aguda axonal, forma Miller Fisher

B.E.M. García López^a, R. Sebastián Gambón^b, I. Matos Rojas^c y P. Moreno Cano^d

^aMédico Residente; ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Chopera. Alcobendas. ^bNeuróloga. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ^cMédico Residente. Centro de Salud de Santa Bárbara. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años, con antecedentes de HTA, tratada con amlodipino 5 mgs, hipotiroidismo bien controlado con levotiroxina 75 microgramos. Acudió a consultas de atención primaria por episodio de 2 días de evolución de mareo sin giro de objetos, parestesias en miembro superior derecho y visión doble de 24 horas de evolución. Refería haber presentado 2 semanas previas, síntomas catarrales y febrícula de 37,4 °C, afonía y cefalea de predominio holocraneal, por lo que se había automedicado con amoxicilina y acetilcisteína.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: funciones superiores normales. Sensibilidad y fuerza conservadas, tono normal, reflejos estíloradiales presentes y simétricos, con arreflexia rotuliana y aquilea. Marcha atáxica, nistagmus horizonto-rotatorio con paresia del recto externo derecho y paresia leve del recto interno izquierdo. Marcha imposible sin apoyo, con aumento de área de sustentación. Romberg inestable sin lateropulsión. Se deriva a hospital de referencia para descartar afectación del VI par craneal. En el hospital se realiza hemograma, coagulación, proteína C reactiva, gasometría y bioquímica normales. Serología negativa para VIH, herpes virus, *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia burdorferi*, *Campylobacter jejuni*. Anticuerpos gangliosidos IgG positivos. TC craneal: infartos lacunares antiguos. Punción lumbar normal. RNM de cráneo: enfermedad de pequeño vaso.

Juicio clínico: Síndrome de Miller Fisher.

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico, afectación neuromuscular, neuropatía toxica, enfermedad muscular.

Comentario final: El síndrome de Miller-Fisher (SMF) es la presentación más común de las variantes atípicas del síndrome de Guillain Barré, constituyendo el 5% de éstos en los países occidentales. La instauración del cuadro es habitualmente aguda, en horas o en días, con la tríada clínica clásica de oftalmoplejía parcial o completa, ataxia sensitiva y arreflexia. En el 72% de los casos de SMF existe un precedente infeccioso respiratorio y en segundo lugar gastroenterítico. La presentación típica es la triada de: oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Los anticuerpos antigangliosidos GQ1b están presente en el 85-90% de los casos.

Bibliografía

1. Rodríguez Uranga JJ, et al. Síndrome de Miller-Fisher: hallazgos clínicos, infecciones asociadas y evolución en 8 pacientes. Medicina Clínica. 2004;122(6).
2. Vriesendorp FJ. Clinical features and diagnosis of Guillain-Barré syndrome in adults. Uptodate, 2016.

Palabras clave: Polineuropatía aguda variante Miller Fisher.