



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1303 - Polineuropatía aguda axonal, forma Miller Fisher

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

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Chopera. Alcobendas. <sup>b</sup>Neuróloga. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. <sup>c</sup>Médico 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 estiloradiales presentes y simétricos, con arreflexia rotuliana y aquilea. Marcha atáxica, nistagmus horizonte-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 burgdorferi*, *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 tóxica, 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 gastroentérico. 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.