



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3110 - UN CASO ATÍPICO DE GUILLAIN-BARRÉ

P. Medina Águila^a, S. Atienza López^b y L. Simao Aiex^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Motril Centro. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Salobreña. Granada. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón. 70 años. Antecedentes de HTA-HBP-dislipemia-artritis gotosa. Buena situación basal con un índice de Barthel-100/100 y manejo adecuado de actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Acude a centro de salud por fiebre de 38 °C y odinofagia. Se trató con antitérmicos. Tras diez días comienza con parestesias + sensación de debilidad en miembros inferiores autolimitados; pasados cuatro días acude de nuevo a consulta refiriendo sensación extraña en la cara, con imposibilidad para comer, molestias en ambos ojos y deterioro funcional agudo. Inicialmente había comenzado con hormigueos en la comisura bucal izquierda y dificultad para cerrar ojo derecho, que en menos de 24 horas evolucionó a bilateral. Se remite a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración presenta parálisis facial y signo de Bell bilaterales. Disartria. Leve ataxia con aumento de sustentación y Romberg positivo al cerrar los ojos. Asimetría de los reflejos rotulianos y abolidos los aquileos. Analítica: leucocitos 15.110. Neutrófilos 75,2%. Linfocitos 19,1%. Monocitos 2,1%. Glucosa 197. Resto (coagulación-PCR-función renal-iones-perfil hepatobiliar-troponina-serología viral) normal. Punción lumbar: incremento de proteínas 110. Albúmina 40,80. LDH 43. Resto normal. RMN: Protrusiones discoosteofitarias que obliteran parcialmente el espacio subaracnoideo anterior. Ligero realce en raíces nerviosas de cola de caballo. Electromiografía: desmielinización, enlentecimiento marcado de la velocidad de conducción nerviosa.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Diagnóstico diferencial: Neuropatía motora axonal aguda. Botulismo. Polimiositis. Miastenia.

Comentario final: El SGB es la polineuropatía aguda más frecuente en mundo occidental. En este caso, los antecedentes de síntomas infecciosos anteriores a los neurológicos, la diplegia facial, parestesias distales e hiporeflexia objetivada, aunque asimétrica, fueron los signos de sospecha de SGB en consulta de primaria. Los hallazgos encontrados en el LCR y las alteraciones electrofisiológicas (polineuropatía-desmielinizante) llevaron al diagnóstico; la ausencia de debilidad muscular progresiva y simétrica confirmó una variante atípica del SGB, siendo un ejemplo de las múltiples formas clínicas que puede expresar esta enfermedad. Sabiendo que existen variantes atípicas del SGB, es fundamental elevar el umbral de sospecha para un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Pérez A. Síndrome de Guillain-Barré. Protocolos de Neurología. 2006;46(Supl. 1):49-55.

2. Winters et al. Cost-minimization analysis of the direct costs of TPE and IV Ig in the treatment of Guillain-Barré syndrome. BMC Health Services Research. 2011.

Palabras clave: Diplejía facial. Parestesias. Guillain-Barré.