



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1806 - ¿UNO MÁS LISTO QUE OTRO?

E. Gaite Pereira^a, P. Pardo Montilla^b, G. Peralta Díaz^c, A. Aguilar González^d, A. Medina Toro^e y G. Núñez Almonte^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Auxiliar de Hondón de los Frailes. Alicante. ^bEnfermero. Centro de Salud Auxiliar de Hondón de los Frailes. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Pla Vinalopó. Elche. Alicante. ^dEnfermera. Centro de Salud Auxiliar de Hondón de los Frailes. Alicante. ^eJefe de Zona Básica Centro de Salud de Aspe. Alicante. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Orihuela Costa. Torrevieja. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer inglesa de 74 años, fumadora 16 p/a, acude a urgencias 5 días después de una infección respiratoria con tos, disnea y le dan levofloxacino, ambroxol, ácido ascórbico 500/codeína 10/paracetamol 650, bromuro de ipratropio 20, y beclometasona 100/formoterol 6. 3 días después acude a nuestra consulta con debilidad en piernas y derivamos al hospital donde añaden prednisona 30 mg 3 días y salbutamol 100 spray y alta. 2 días después vuelve a urgencias por no poder andar, le nebulizan y dan metilprednisolona 40 mg IM y alta. Le traen 4 días después porque además no mueve brazos; derivó nuevamente al hospital e ingresan a interna.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía torácica, tomografía craneal y punción lumbar normales, anticuerpos negativos, electromiograma con polirradiculopatía motora desmielinizante aguda con componente axonal grave. Se trata con inmunoglobulina humana 0,4 g/kg/d 12 días, alta e inicia rehabilitación. Espirometría 5 meses después presenta obstrucción leve y caída de un 17% CVF y 25% FEV1 en decúbito. Duerme sentada y resta fuerza de cintura escapular.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré variante sensorial y motora con afectación axonal.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis, botulismo, poliomielitis, parálisis por garrafas, infección por virus del Nilo occidental y metabólicas.

Comentario final: Es la neuropatía inflamatoria adquirida más frecuente. Respuesta inmune a una infección precedente que reacciona con componentes nerviosos periféricos, contra mielina y/o el axón generando variantes. 2/3 se afectan luego de 5 días a 3 semanas de inicio de una infección (60% Campylobacter jejuni, CMV, Epstein Barr, VIH, zika), cirugía, vacunación, trauma, o trasplante de médula ósea. Debilidad desde dificultad al caminar hasta parálisis completa simétrica de los músculos de las extremidades, faciales, respiratorios (5-10%) y bulbares. Diagnóstico: clínico, electodiagnósticos, LCR. Tratamiento: sintomático y plasmaférésis o inmunoglobulina 5 días (acortan evolución 40-50%), y fisioterapia. Los corticoides no ayudan. Generalmente se recuperan 4 semanas luego de inicio de los síntomas (67%). Recuperación total 60% al año. 3-7% mortalidad. Repetidas veces las derivaciones de primaria son poco valoradas.

Bibliografía

1. Lehmann HC, zu Horste GM, Kieseier BC, Hartung H-P. Pathogenesis and Treatment of Immune-Mediated Neuropathies. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. 2009;2(4):261-81.
2. Williston HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2016;388:717.

Palabras clave: Poliradiculopatía. Desmielinizante. Axonal.