



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4668 - A PROPÓSITO DE UN CASO: DEBILIDAD GENERALIZADA EN PACIENTE CON CUADRO DIARREICO

B. Urdín Muñoz^a, P. Casanovas Navarro^b, Á. García Roy^c y C. Ezquerro Abión^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años que presenta debilidad generalizada progresiva y parestesias distales en manos y pies. Coincidente con cuadro clínico de diarrea acuosa (15 deposiciones/día) de 14 días de evolución con vómitos asociados. Sin fiebre termometrada. Mala reposición hídrica y nula ingesta sólida. Previo al episodio actual, buen estado general, sin pérdida de peso y con buen ritmo deposicional.

Exploración y pruebas complementarias: Sin adenopatías palpables. Normocoloreada y normohidratada. Saturación: 98%. Auscultaciones cardíaca y pulmonar sin hallazgos patológicos. Molestia difusa a la palpación del abdomen, con peristaltismo conservado no acelerado. Analítica sanguínea: pH 7,5, bicarbonato 21,1, potasio 3,3. Análisis del LCR: disociación albumino-citológica. Proteínas 124 mg/dL (albúmina sérica 2,7), 3 células en la tinción Gram. Radiografía, ecografía y TAC abdominal: Alteraciones en pared intestinal probablemente debidas al proceso inflamatorio agudo. Exploración neurológica: incapacidad para la bipedestación. Tetraparesia de 4/5. Reflejos musculoesqueléticos abolidos, sin clonus. No disartria, no disnea.

Juicio clínico: Poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (síndrome de Guillain-Barré).

Diagnóstico diferencial: Mielopatías agudas, botulismo, difteria, parálisis transmitidas por garrapatas, poliomiелitis, miastenia gravis e intoxicaciones por organofosforados o arsénico.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré es una poliradiculoneuropatía aguda que produce una parálisis motora arrefléxica en pocos días. Su incidencia global es de 1-2 casos/100.000 habitantes y afecta a todos los grupos de edad. Hasta en un 70% de los casos se identifica un antecedente infeccioso (*Campylobacter jejuni* o herpes virus). La clínica se origina como un cuadro de parestesias y disestesias en zonas distales de brazos y piernas, que se acompañan de un cuadro de debilidad motora progresiva, y que evolucionan gradualmente a proximal. El déficit sensitivo es leve y no hay pérdida del control de esfínteres. La gravedad del cuadro está definida por la depresión respiratoria asociada al daño bulbar y por la presencia de clínica autonómica (fluctuación en la presión arterial y arritmias cardíacas). El 85% de los pacientes consigue la recuperación funcional completa al cabo de varios meses, siendo el principal factor pronóstico la instauración de un tratamiento eficaz precoz.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré. Pérdida de fuerza. Diarrea.