



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3972 - ALTERACIÓN DE LA MARCHA Y SENSIBILIDAD

J. Vizán Caravaca<sup>a</sup>, E. García Cortacero<sup>b</sup>, C. Sánchez Aaranda<sup>c</sup>, J. Palomares Rodríguez<sup>d</sup>, M. Aroza Espinar<sup>e</sup> y S. López García<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada. <sup>d</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 62 años con antecedentes personales de hipercolesterolemia e hiperuricemia con tratamiento farmacológico y en seguimiento por nódulo pulmonar. Exfumador de hace 7 años. Acude a su médico de Atención Primaria por dolor leve en zona distal de dedos de pies y manos de forma simultánea, así como parestesias y sensación de acorchamiento de la piel adyacente, generándole una marcha torpe, con dificultad para la movilización de ambos pies, de unos 10 días de evolución. Una semana antes cuadro catarral autolimitado. Se deriva a hospital de referencia para valoración por sospecha de síndrome Guillain-Barré (SGB), ingresándose en planta de M. Interna donde se confirma el diagnóstico de sospecha, iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, con evolución favorable.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca reflejos osteotendinosos normales excepto arreflexia aquilea. Fuerza muscular normal. Sensibilidad superficial conservada pero débil en plantas de ambos pies. No reconoce pinchazo en plantas de pies. Sensibilidad posicional conservada pero no detecta vibratoria. Marcha con base ligeramente ampliada, inestable con cierta espasticidad al desplazamiento con imposibilidad para caminar de puntillas, talón o tándem. Analítica destaca vitamina B12, fólico, VIH y lúes. Creatinina de 315 U/L. Coagulación, hemograma, iones y función renal normal. Hiperproteorraquia en LCR. Autoinmunidad normal. Resonancia magnética nuclear de columna destaca: espondiloartrosis y discopatía leve lumbar y de cráneo: leucocefalopatía microvascular. Estudio neurofisiológico compatible con polirradiculopatía inflamatoria desmielinizante aguda.

**Juicio clínico:** Polirradicopatía inflamatoria desmielinizante aguda compatible con SGB.

**Diagnóstico diferencial:** 1) Neuropatía axonal sensitivomotora aguda. 2) Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. 3) Polineuropatías asociadas a neoplasias, endocrino-metabólicas, infecciones, vasculitis y conectivopatías.

**Comentario final:** 1) 50% de los pacientes con SGB refieren cuadro infeccioso previo,

gastrointestinal o de vías respiratorias. 2) Mecanismo autoinmunitario. 3) Triada típica de parestesias, debilidad ascendente y arreflexia, simétrica. 4) Disociación albuminocitológica en LCR. 5) Tratamiento con medidas de soporte e inmunoglobulinas intravenosas.

### **Bibliografía**

1. Casademont Pou J, Rojas García R. Enfermedades de los nervios periféricos. En: Rozman C. Farreras-Rozman Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 1470-1.

**Palabras clave:** Guillain-Barré. Arreflexia. Inmunoglobulinas intravenosas.