Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2257

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/408 - DOCTORA, SE ME DUERMEN LAS MANOS Y LOS PIES

M. Buceta Picasso[a], C. Díaz Cardona[a], L. Visedo Campillo[b], A. Marchán Martín[c], T. Martín Quiles[d] y Á. Ramos Fernández[e]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ramón y Cajal. Madrid. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Ramón y Cajal. Alcorcón. Madrid. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villamanta. Madrid. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Navalcarnero. Madrid. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, HTA, dislipémico, exfumador, refiere parestesias en ambas manos y plantas de los pies, de 13 horas de evolución, que han ido aumentando hacia nivel proximal hasta antebrazo y tercio distal de MMII. Refiere además ataxia de la marcha, siendo incapaz de caminar desde hace varias horas. Previamente asintomático desde el punto de vista neurológico. No cefalea, mareo ni diplopía. Cuadro de gastroenteritis aguda hace 10 días.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA 167/76 mmHg, FC 110 lpm. SatO2 basal 98%. Buen estado general. Bien nutrido, hidratado y perfundido. Normocoloreado. ACP normal. MMII: Pulsos presentes, no edemas. Exploración neurológica: Funciones corticales conservadas. Pares craneales normales. Fuerza en MMSS proximal y distal conservada. Fuerza en MMII 4-5/5 simétrico. ROT patelar disminuidos, pero se obtienen. RCP bilateral indiferente. Sensibilidad táctil y propioceptiva conservada. No disdiadocinesias ni dismetrías.. Estática inestable y ataxia de la marcha con incoordinación de MMII, siendo incapaz de mantenerse en bipedestación ni dar un paso sin ayuda. Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se realiza una analítica, TC craneal y punción lumbar sin hallazgos relevantes. Empeoramiento progresivo en las siguientes horas mostrando debilidad muscular en MMSS y MMII y abolición de los reflejos. Estudio neurofisiológico con polineuropatía axonal difusa. Ingresa en UCI para vigilancia neurológica y de constantes vitales, requiriendo a las 48 horas de ingreso intubación y ventilación mecánica debido a afectación de musculatura bulbar. Se realiza tratamiento con plasmaféresis (5 sesiones) con buena evolución posterior.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré, variante polineuropatia axonal motora.

Diagnóstico diferencial: Polineuropatía por déficit de tiamina, polineuropatía desmielinizante, miastenia gravis, polimiositis aguda.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía aguda inmunomediada, con diferentes variables, precedida habitualmente de una infección. Los síntomas suelen progresar en unas 2 semanas, sin embargo existen casos en los que se afecta rápidamente la musculatura bulbar,

requiriendo soporte ventilatorio. Ante la sospecha del mismo, la exploración neurológica es fundamental y el paciente debe ser derivado de forma urgente.

Bibliografía

1. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, et al. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. Brain. 2014;137:33.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré. Parestesias. Polineuropatía.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.