

347/1521 - DOCTOR, NO VEO BIEN, ME ENCUENTRO "RARA"

M. Aguilera Vidal^a, M. Luque de Ingunza^a y C. Aguilera Casasola^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.^bHospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo visión borrosa desde el día anterior y mareo tipo rotatorio. Antecedentes personales: No alergias, HTA, dislipemia y obesidad. En tratamiento con enalapril 20 mg, simvastatina 20 mg y, hasta hace una semana, amoxicilina/clavulánico por cuadro catarral. En la anamnesis, la paciente refiere además cefalea holocraneal y adormecimiento del dorso de la lengua desde que estaba esperando a ser vista.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Neurológicamente: pupilas isocóricas y normorreactivas con discreta limitación para la mirada externa en ojo derecho. No déficits motores ni sensitivos. Romberg negativo, dificultad para caminar sola. ROT presentes. Se envía a urgencias hospitalarias donde, tras TAC sin hallazgos, se deriva a oftalmología para estudio. El oftalmólogo dos días después objetiva oftalmoplejía arrefléctica y considerable ataxia, decidiéndose ingreso en neurología. Tras RNM de cráneo s/c contraste, angio-RNM, punción lumbar y serología completa y estudio hormonal, se objetiva en EMG alteraciones compatibles con una polirradiculoneuropatía desmielinizante de predominio sensitivo.

Orientación diagnóstica: Enfermedad desmielinizante aguda: alta sospecha de síndrome de Miller-Fisher. Pendiente de confirmación mediante ác anticangliósidos.

Diagnóstico diferencial: ACVA, encefalitis de Bickerstaff, esclerosis múltiple, síndrome de Eaton-Lambert, botulismo, miastenia gravis...

Comentario final: Tras inicio de terapia con inmunoglobulinas, la paciente comenzó a presentar mejoría de su sintomatología, fundamentalmente a nivel oculomotor. El síndrome de Miller Fisher es una de las variantes más comunes del conocido síndrome de Guillain Barré. Estas polineuropatías desmielinizantes son con frecuencia difíciles de diagnosticar al inicio debido a la inespecificidad de la clínica, que nos puede hacer pensar incluso en la simulación del paciente. La correcta exploración neurológica en estos casos se convierte en la herramienta indispensable para su diagnóstico, al ser fundamentalmente clínico. Es por ello que, ante este tipo de cuadros, debemos insistir en una exploración exhaustiva. Así mismo, la instauración de clínica neurológica, previa infección vírica, nos debe hacer “encender la bombillita”.

Bibliografía

- Vriesendorp Francine J, Guillain-Barré syndrome in adults: Clinical features and diagnosis. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Polineuropatía desmielinizante. Miller Fisher. Guillain Barré.