



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2041 - DOLOR INTERESCAPULAR COMO INICIO DE UN SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

G. Fernández Lozano<sup>a</sup>, M. Nielfa González<sup>b</sup>, E. Sánchez Garrandés<sup>c</sup> y S. Urdiales Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 49 años, que como único antecedente de interés presenta cuadro de GEA hace 2 semanas. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor interescapular de 1 semana de evolución, además, en las últimas 24 horas se ha asociado torpeza en la pierna izquierda y sensación de adormecimiento en hemicara izquierda. Dados los antecedentes y la clínica se remite a la paciente a urgencias de HUMV.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física a su llegada a urgencias destaca balances musculares alterados en EESS (4/5), en EEII, musculatura proximal 4/5 y musculatura distal 3/5. Arreflexia generalizada. Hipopalestesia generalizada hasta esternón. Hipoalgesia moderada hasta tercio medio de la pierna. Marcha atáxica con necesidad de un apoyo para caminar. Exploraciones complementarias: Se realiza analítica que incluye hemograma y bioquímica con iones y pruebas de función hepática: dentro de la normalidad. Serología para lúes, toxoplasma, CMV, VHS, VEB, VVZ, Borrelia, VIH: negativo. Estudio inmunológico que incluye ac antigagliósido: negativo. PL: glucosa 60, proteínas 103, hematíes 0, leucocitos 0. TAC craneal: normal. Estudio neurofisiológico: hallazgos compatibles con polirradiculoneuropatía mixta de predominio motor, desmielinizante e intensidad grave compatible con un SGB. Se realiza ingreso en planta de neurología, se pauta tratamiento con IGIV durante 5 días con mejoría progresiva del cuadro clínico.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Guillain-Barré.

**Diagnóstico diferencial:** Neuropatía vascular, botulismo, enfermedad de la motoneurona, enfermedades infecciosas, ACVA, parálisis periódica, lesiones medulares, parálisis de Bell, tóxicos.

**Comentario final:** El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía de inicio agudo y progresión rápida, caracterizada en ocasiones por desmielinización y en otras por daño axonal primario (inflamatorio-tóxico) en gran parte reversible, que afecta principalmente los nervios motores, aunque también puede afectar los nervios sensitivos. Alcanza su intensidad máxima dentro de cuatro semanas con debilidad, arreflexia, afectación de pares craneales, el tratamiento se realiza con inmunoglobulina intravenosa (Ig IV) o con plasmaféresis, es una patología que en todas sus variantes puede causar un dolor agudo y crónico.

### Bibliografía

1. Moulin DE, Hagen N, Feasby TE, et al. Pain in Guillain-Barré syndrome. *Neurology*. 1997;48(2):328-31.

2. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barré syndrome and variants. *Neurol Clin.* 2013;31(2):491-510.

**Palabras clave:** Guillain-Barré. Arreflexia. Dolor.