



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3651 - PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

M. Crespo López<sup>a</sup>, P. Fernández García<sup>b</sup> e I. Galindo Román<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio Hospital Universitario Hospital de la Línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>b</sup>Facultativo Especialista de Área de Cardiología. Hospital Clínico de Málaga. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: obesidad mórbida. Varón de 55 años que comienza con cuadro de diarreas y vómitos sin datos de deshidratación recomendándose medidas dietéticas y sueroterapia inicialmente. Al 5º día, fuerte dolor abdominal con diagnóstico de hernia abdominal incarcerada como complicación del esfuerzo de la gastroenteritis que se interviene sin complicaciones. Al tercer día del alta, acude traído por 061 al servicio de urgencias por pérdida de fuerza en manos y pies que progresivamente empeora, hasta comprometer la bipedestación. Se acuesta y al despertarse no es capaz de mover ninguna de las extremidades ni el cuello, con dificultad para la respiración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, lenguaje normal. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normoreactivas para luz y acomodación. Tetraparesia flácida distal de predominio en miembros inferiores 1-2/5. ROT: +/+ RCP: flexor izquierdo indiferente derecho. Líquido cefalorraquídeo: glucosa 70, microproteínas 31,9; aspecto transparente; hematíes 20; Leucos 0. TAC de cráneo: Fosa posterior no valorable por artefactos de endurecimiento del haz. Adecuada diferenciación entre sustancia gris y blanca. No áreas de edema, efectos de masa ni LOES. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. Línea media centrada. No se observan signos de sangrado intracraneal, intra ni extraaxial.

**Orientación diagnóstica:** Tetraparesia flácida aguda a estudio. Guillain Barré. Iniciamos tratamiento con inmunoglobulinas y queda ingresado a cargo de Medicina Interna evolucionando lenta pero favorablemente.

**Diagnóstico diferencial:** Polineuropatía del enfermo grave en terapia intensiva; poliomielitis anterior aguda...

**Comentario final:** En el síndrome de la parálisis flácida aguda, el SGB es la causa más frecuente e importante. Esta urgencia médica tiene una evolución natural aceptable; sin embargo, en los que desarrollan parálisis respiratoria, la detección oportuna (ventana terapéutica ideal menor de tres semanas) permite establecer un diagnóstico que influye considerablemente en la toma de decisiones, tales como asistencia ventilatoria, IgG-iv, plasmaféresis de ahí la importancia de un correcto diagnóstico por parte del médico de familia/urgencias que recibe al paciente con el cuadro clínico.

### Bibliografía

- Ballón-Manrique B, Campos-Ramos N. Características clínicas y paraclínicas del síndrome de Guillain Barré en el Hospital Regional de Lambayeque. Rev Neuropsiquiatr. 2017;80(1) 22-7.

**Palabras clave:** Síndrome de Guillain-Barré. Debilidad progresiva. Reflejos.