



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/422 - DOCTOR, YA NO ME PUEDO LEVANTAR

A. Cantero Campos¹, J. Ocón Hijano², P. Prieto Moreno² y M. González Torres¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Granada. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años con hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular paroxística. Calidad de vida previa excelente, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo. Camina a diario unos 5-6 km. Acude a consulta por cuadro catarral, tras la exploración comienza tratamiento con prednisona y levofloxacino. Ante la no mejoría del cuadro, reconsulta por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, acompañada de tos productiva y expectoración blanquecina; asociando debilidad más acentuada en los últimos 3 días, de comienzo en miembros inferiores y ascendente. En las últimas 24-48h se añade disfagia de perfil neurológico a líquidos y sólidos, así como dificultad para hablar. Tras reexplorarlo, se deriva a hospital de referencia por sospecha de síndrome de Guillain-Barré. El paciente es ingresado en UCI por la clínica compatible, para iniciar tratamiento con inmunoglobulina iv tras buena evolución es dado de alta.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado en las 3 esferas. Leve taquipnea con uso de musculatura abdominal. Auscultación cardiorrespiratoria: con tonos cardiacos arrítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes gruesos, sibilancias y roncus dispersos por ambos campos pulmonares. Miembros inferiores MI: edematizados hasta 1/3 medio con fóvea ++/+++. Pulsos conservados. Exploración neurológica que descarta signos meníngeos, el paciente moviliza las 4 extremidades, aunque con déficits. Extremidades inferiores elevan contra gravedad, pero claudican contra resistencia, extremidades superiores claudican contra gravedad y contra resistencia. Reflejos osteotendinosos disminuidos bilateralmente. No tolera bipedestación. Impresiona voz gangosa de probable origen bulbar. Analítica: glucosa 201 mg/dl, urea 90 mg/dl, Cr 1,3 mg/dl, resto sin alteraciones. PCR 258,6. GSA basal: pH 7,4, pO₂ 69, bicarbonato actual 18,6 mmol/l, ácido láctico 2,1, SatO₂ 95,9 mmHg. HG: Hb 12,8 mg/dl, hto 36,8%, leucos 14.340/mm³, PMN 13.220 (92,2%). Coagulación: INR 1,36. Rx tórax: hiliis congestivos, cardiomegalia, no claro pinzamiento de senos. No condensaciones. TC cráneo: sin alteraciones. Punción lumbar: hematíes 3, leucos 1, glucosa 111 mg/dl. Proteínas 34,2 mg/dl.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Mielopatía aguda. Miastenia gravis.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré debe valorarse ante un paciente con clínica neurológica compatible y antecedentes de cuadro infeccioso previo o actual. Como médicos de

atención primaria, el seguimiento que realizamos a nuestros pacientes nos puede facilitar reconocer signos y síntomas de alarma que nos ayuden a un diagnóstico precoz.

Palabras clave: Debilidad. Arreflexia.