



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1199 - DOCTORA, LLEVO 3 DÍAS CON DEBILIDAD EN AMBAS PIERNAS ¿QUÉ ME PASA?

I. Marín Serrano, M. Expósito Díaz-Álvarez y L. Ballesteros Lechuga

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 20 años, acudió a Urgencias porque desde hace 3 días tras levantarse inició parestesias distales de miembros inferiores (MMII), prosiguiendo con debilidad de miembros superiores (MMSS) distalmente, únicamente en ambas manos, y torpeza al caminar con intenso dolor en gemelos. No relación con esfuerzo físico ni traumatismo. Esfínteres normales. No diplopía (leve dolor ocular izquierdo), no disfagia ni disnea. Afebril. Antecedentes personales sin interés. No alergias medicamentosas. No consumo de tóxicos, conservas ni infecciones. No tratamiento actualmente.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/60. T 36 °C. FC 60 lpm. SatO2 100%. Consciente, colaborador, orientado. Bien hidratado. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Abdomen anodino. MMII sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos conservados y simétricos. Glasgow 15. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. No signos meníngeos. No claudicación en Barré de MMSS, distalmente debilidad de musculatura radial y cubital simétricamente. Balance motor: MMII 5/5 proximal y distal, al caminar arrastra ambos pies. Sensibilidad superficial y profunda conservadas. Reflejos osteotendinosos rotulianos 2/4 y MMSS abolido, no Hoffmann. Reflejo cutáneo plantar flexores. No dolor a la palpación espinal. Se deriva a Neurología. Analítica, anticuerpos antigangliósidos, autoinmunidad, serología, bandas oligoclonales y TC craneal: sin significación patológica. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo: proteínas 43, leucocitos 6, glucosa 54. Electroneurografía: bloqueos conducción motora en nervio cubital, disminución amplitud del potencial evocado motor del nervio tibial derecho e izquierdo. No respuesta refleja F en cuatro extremidades. Tratamiento con Inmunoglobulina intravenosa 5 días con mejoría clínica. En revisión.

Orientación diagnóstica: Síndrome Guillain-Barré (polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda).

Diagnóstico diferencial: Parálisis hipopotasémica, botulismo, poliomiелitis, mielitis aguda.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré trastorno poco frecuente en el cual el sistema inmunitario ataca los nervios. Los primeros síntomas son debilidad y hormigueo en las extremidades. La forma más grave constituye una emergencia médica. Se desconoce la causa exacta, por lo general, es precedido por una enfermedad infecciosa. No se conoce tratamiento curativo, pero pueden aliviar los síntomas y reducir la duración de la enfermedad. La mayoría de las personas se recuperan aunque es posible que puedan padecer efectos prolongados como debilidad, entumecimiento y fatiga.

Bibliografía

1. Ropper AH, Brown RH. Adams and Victor's: Principles of Neurology, 9th ed. McGraw-Hill, 2009.

Palabras clave: Guillain-Barré. Polirradiculoneuropatía. Entumecimiento.