

## 424/756 - DOCTORA, NO PUEDO ANDAR

E. Velasco Doña<sup>1</sup>, C. Serrano Baena<sup>2</sup> y A. Leyva Alarcón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 44 años acude con una marcha tórpida. Refiere debilidad en extremidades inferiores de 24h de evolución presentándose primero en el derecho y más tarde en el izquierdo. Describe sensación de pesadez y parestesias con pérdida de fuerza. Niega dolor lumbar, fiebre o síntomas bulbares. Control de esfínteres. La semana pasada presentó un cuadro de gastroenteritis que cedió espontáneamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 170/90 mmHg. Auscultación normal. Neurológica: Pares craneales conservados. Romberg negativo. No signos de meningismo, dismetrías, alteraciones del lenguaje, ni alteraciones en la sensibilidad tactoalgesica. Reflejos rotulianos presentes, reflejos aquileos débiles. Analítica: hemograma sin signos de anemia, ni leucocitosis, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad sin apreciarse alteraciones iónicas.

**Orientación diagnóstica:** Polineuropatía aguda desmielinizante (síndrome de Guillain Barré). Durante el ingreso en Neurología comienza con las mismas alteraciones en la mano izquierda. Se analiza líquido cefalorraquídeo sin encontrarse disociación albuminocitológica (puede ser normal en las primeras 48h). Neurofisiología: disminución de conducción sensitiva de los nervios medianos y cubital a dedos III y V, aumento de las latencias sensitivas. Respuestas tardías onda F en todos los nervios motores con latencias prolongadas, entre otros. Serologías: virus herpes simple negativas; IgM citomegalovirus y Epstein-Barr positivas. Resultado dudoso para Ac anti-GM1.

**Diagnóstico diferencial:** Botulismo, porfiria: se descartan a lo largo del ingreso ya que no se trata de un síndrome sensitivo puro, no hay signos de intoxicación y se excluye un metabolismo anormal de las porfirinas.

**Comentario final:** La combinación de los hallazgos mencionados hablan a favor de un proceso desmielinizante agudo que podría ser inflamatorio si tenemos en cuenta el antecedente de infección gastrointestinal. Ante la sospecha de AIDP incipiente se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas con buena evolución. Aunque la mayoría de los pacientes tiene una excelente recuperación funcional no debemos olvidar que en 50% queda alguna secuela y que hay un 5% de mortalidad.

### Bibliografía

1. Jameson JL, Weetman AP. Síndrome de Guillain-Barré y otras neuropatías mediadas por mecanismos inmunitarios. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison

principios de medicina interna. Vol 2, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 3473-8.

**Palabras clave:** Debilidad. Parestesias. Polineuropatía.