



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1066 - DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

A. Jiménez Rivas¹, L. Ortega Olmo² y P. Fernández García³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe. Sevilla. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartinas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años. Hipertenso y diabético tipo 2; en estudio por posible espondilitis anquilosante. Acudió a consulta por reagudización brusca de su lumbalgia crónica desde hace una semana. El dolor era intenso e irradiaba a ambos miembros inferiores (MMII), no cedía con analgésicos (naproxeno y metamizol) y se acompañaba de impotencia funcional. No refería parestesias ni afectación de esfínteres y se encontraba afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente afectado por el dolor, con postura antiálgica y dificultad para deambular, hiporreflexia generalizada en MMII y Lasègue positivo bilateral. Sin alteraciones de sensibilidad. Radiografía lumbosacra valorada a los 3 días de la primera consulta con discreta espondilolistesis de L4 sobre L5 con mínima disminución del espacio intervertebral ya presentes en estudios previos. En su segunda visita el paciente se encuentra aún más limitado funcionalmente siendo incapaz de mantenerse de pie y sigue sin controlar el dolor pese al ajuste de medicación. Presenta paraparesia en MMII 4/5 proximal y 3/5 distal. Hospitalariamente se realiza resonancia magnética lumbosacra sin hallazgos patológicos, punción lumbar con disociación albúmino-citológica del líquido cefalorraquídeo y electromiograma compatible con polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.

Orientación diagnóstica: En una primera consulta añadimos pregabalina 75 mg cada 12 horas y diazepam 10 mg cada 24 a su tratamiento habitual en espera de pruebas complementarias. Sospechamos protrusión discal vs empeoramiento de espondilitis anquilosante. Acude tres días más tarde para reevaluación y valoración de radiografía, presentando un agravamiento importante de su clínica sin hallazgos radiográficos que lo justifiquen, recordamos con él que hacía 2 semanas consultó por un cuadro catarral, por lo que, dada la progresión y gravedad de la clínica y dichos antecedentes nos planteamos el síndrome de Guillain-Barré como posible causa, a descartar también un síndrome radicular compresivo y derivamos al hospital para completar estudio.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain-Barré, modalidad polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa.

Comentario final: Ante un paciente con dolor crónico debemos valorar siempre la posibilidad de una patología añadida a la de base ante un empeoramiento agudo de la sintomatología.

Bibliografía

1. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med. 2012;366:2294.
2. Ropper AH. The Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med. 1992;326:1130.

Palabras clave: Polineuropatía. Debilidad.