

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

## 424/1580 - DOCTORA, TENGO DEBILIDAD EN LAS PIERNAS

I. Romero Barranca<sup>1</sup>, A. Perejón Fernández<sup>1</sup>, A. Filella Sierpes<sup>2</sup> y M. Morán Rocha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Luis Taracido. Bollullos del Condado. Huelva.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Don Luis Taracido. Bollullos del Condado. Huelva.<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bollullos del Condado. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 27 años. Enfermedad renal crónica e HTA maligna desde los 13 años. Trasplante renal de donante cadáver con 17 años, al año siguiente trasplante renal de donante vivo. EA: Diarrea y fiebre de 38 °C de dos días de evolución que se autolimita. A las tres semanas acude por disminución de fuerza progresiva de musculatura miembros inferiores, sobre todo a la bipedestación acompañado de mialgias intermitentes. Progresivamente la debilidad avanza proximalmente produciendo debilidad en ambas manos. Actualmente con debilidad a la deambulación, no puede mantenerse de forma autónoma. No pérdida de sensibilidad. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 15/15. PINLA. No alteraciones campimétricas por confrontación. MOEs presentes, no debilidad facial. No es capaz de levantarse de la silla, ni siquiera con apoyo, requiere ayuda de familiar. Marcha con ayuda, aunque dificultada por estepaje bilateral. No se pone de talones ni puntillas. Fondo de ojo normal. Balance muscular (D/I): deltoides 4/4, bíceps +4/+4, tríceps 4/4, extensores carpo 4+/4+, flexores carpo 4/4, interóseos 3/3, APL 4/4, APB 3/3. Miembros inferiores (D/I): Psoas 4+/4+, bíceps femoral 3+/3+, cuádriceps (2/2), tibial anterior 2/1, flexión plantar 2/2, extensor largo primer dedo 2/2. RCP flexor bilateral. Bicipitales presentes de manera normal. Radiales hipoactivos. Rotulianos normales. No obtengo aquileos. Cutaneoabdominales presentes. No alteraciones sensibilidad. Ante el antecedente de GEA y la clínica neurológica actual se sospecha síndrome de Guillain Barré, se deriva a urgencias hospitalarias. TAC cráneo normal. LCR: Bioquímica células 1; proteínas: 47; micro LCR: normal. Analítica: Cr: 1,1; urea 60, K: 3,4; serología sífilis negativo; AntiHBs; Anti VHS: 1 y CMV positivo Ig G; tiroides normal. Hierro, b12 y fólico normal. ENG: polineuropatía de predominio motor y desmielinizante, no se encuentra denervación activa, ausencia de respuesta F con relativa preservación respuesta M.

**Orientación diagnóstica:** Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (síndrome de Guillain Barré).

**Diagnóstico diferencial:** Intoxicación, deficiencia de vitamina B12, enfermedad motoneuronas, VIH, accidente cerebrovascular, botulismo, miastenia gravis, lesiones de médula espinal, consumo de drogas.

**Comentario final:** El síndrome de Guillain-Barré deberá sospecharse ante debilidad progresiva y arreflexia en paciente con antecedente en las semanas previas de infección gastrointestinal o respiratoria.

### Bibliografía

1. Burns TM. Guillain-Barré Syndrome. Semin Neurol. 2008;152-67.

**Palabras clave:** Síndrome de Guillain Barré. Gastroenteritis. Fiebre.