

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

424/2851 - DOCTORA, VEO DOBLE Y NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS...

O. Fernández Casares¹, A. Belzunegui¹, J. López Cejuela¹ y S. Ubierna Llona²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.²Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años, AP: anticoagulado con acenocumarol por ACXFA, HTA, DLP, exfumador. Acude a consulta tras despertarse por la mañana con diplopía binocular oblicua sin otras alteraciones neurológicas, comenta que en las semanas previas había presentado una infección respiratoria. Ante posible código ictus Neurología indica realización de tomografía computarizada urgente sin hallazgos agudos, etiquetándose el cuadro como mononeuropatía IV par y suspendiéndose acenocumarol por encontrarse fuera de rango. Al día siguiente comienza con disartria e incapacidad de bipedestación por lo que se repite tomografía computarizada en el que se visualiza posible aneurisma de arteria cerebral media. Ante persistencia de la clínica se diagnostica como posible Ictus mesencefálico e ingresa para completar estudio

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Disártico. Normohidratado y normoperfundido. ACP: arrítmica. No soplos. Ventilación conservada. Exploración neurológica: disartria moderada. Pupilas en midriasis media arreactivas. Oftalmoplejia bilateral. Ptosis bilateral hasta 1/3 inferior. Debilidad para flexión de cuello 4/5, extensión 4+/5. Balance muscular por grupos 5/5 en extremidades. Hipoestesia para la sensibilidad nociceptiva. Dismetría izquierda en índice-nariz, Ataxia apendicular bilateral. Arreflexia generalizada. Analítica: leve leucocitosis, PCR 2,3. INR 4,1.

Orientación diagnóstica: Se solicita resonancia magnética y angiografía de troncos supraaórticos: sin lesiones agudas ni malformación aneurismática. Mapa neural: edema grave de raíces cervicales inferiores. Punción lumbar: sin hallazgos. Electromiografía y electroneurografía: ausencia de todos los potenciales neurosensitivos, alteración del arco trigémino-facial bilateral, hallazgos compatibles con síndrome de Miller-Fisher. Se comienza tratamiento con inmunoglobulinas EV durante 5 días, sonda nasogástrica por disfagia y tratamiento rehabilitador que continúa realizando en la actualidad.

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico, otras polineuropatías.

Comentario final: El síndrome de Miller Fisher es una variante del Guillain Barré que se caracteriza por ataxia, arreflexia y oftalmoplejia, viene precedido de un proceso infeccioso de tipo respiratorio o digestivo (como el caso de nuestro paciente). El tratamiento se basa en la administración de inmunoglobulinas EV y rehabilitación. El 30% de los casos pueden requerir ventilación asistida. En nuestro caso, ante una alteración neurológica de poco tiempo de evolución optamos por descartar código ictus en primera instancia y ante empeoramiento de clínica repetir pruebas diagnósticas y completar estudio.

Bibliografía

1. Fisher M. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis (syndrome of ophthalmoplegia, ataxia and areflexia). N Eng J Med. 1956;255:57-65.
2. Blanco-Marchite L, Buznego-Suárez L, Fagúndez-Vargas, Méndez-Llatas, Pozo-Martos P. Síndrome de Miller Fisher, oftalmoplejía interna y externa tras vacunación antigripal. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008;83:433-6.

Palabras clave: Oftalmoplejia. Ataxia. Arreflexia.