

424/3536 - PARÁLISIS FACIAL. EVOLUCIÓN INESPERADA

J. Alonso Calleja¹, E. Saez Gil¹, R. Piedra Castro² y P. Sánchez-Seco Toledano³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ²Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ³Médico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 43 años sin antecedentes de interés, acude a la consulta por parálisis facial derecha de inicio brusco, siendo diagnosticado de parálisis periférica idiopática, comenzando tratamiento con corticoterapia en pauta descendente y medidas de protección ocular. El paciente acude a urgencias al día siguiente por cuadro de parestesias y disminución de la sensibilidad a nivel plantar en ambos miembros inferiores "como sensación de acorcharamiento", acompañado de inestabilidad de la marcha sin sensación de giro de objetos. Reinterrogando, refiere haber sufrido un cuadro gripal 2 semanas antes. En la exploración, destaca parálisis facial bilateral, fuerza disminuida en extremidades inferiores, hipoestesia en guante y calcetín e hiporreflexia a nivel aquileo y patelar. Se realiza interconsulta a neurología que realiza punción lumbar por sospecha de polirradiculoneuropatía aguda e inicia terapia con inmunoglobulinas intravenosas y tratamiento empírico con ceftriaxona hasta descartar enfermedad de Lyme. Se procede a ingreso de paciente en neurología.

Exploración y pruebas complementarias: LCR de punción lumbar: leucocitos 85 (99% mononucleares), proteínas 62 y glucosa 54, con glucemia 69. Inmunofenotipo normal. ADN, serologías y PCR: negativo para patógenos causantes de polirradiculoneuropatía. Cultivo estéril. Resonancia magnética cerebral y TAC body: sin alteraciones relevantes. Resonancia de columna cérvico-dorso-lumbar: Realce tenue de cono medular, raíces de cola de caballo y emergentes lumbares. Electromiograma: compatible con polirradiculopatía sensitivo-motora leve, simétrica de predominio desmielinizante en miembros inferiores y superiores. EMG control: evidencia de mejoría significativa con recuperación de la conducción a nivel de raíces posteriores. Analítica: estudio de autoinmunidad negativo. ECA sérico normal. Anticuerpos anti-GM1, GQ1b y GD1b negativos.

Orientación diagnóstica: Polirradiculoneuropatía aguda con perfil infeccioso/parainfeccioso.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Lyme, virus (poliomielitis, enterovirus, West Nile, herpes simplex, citomegalovirus, Epstein Barr, varicela zoster, hepatitis B y C, VIH...), miopatías inflamatorias, miastenia gravis, botulismo, accidente cerebrovascular del tronco, alteraciones iónicas, mielitis aguda, compresión medular, difteria, veri-veri, porfiria, vasculitis, neuropatía tóxica...

Comentario final: La evolución ha sido favorable con informes de rehabilitación de secuelas mínimas en forma de parálisis hemifacial derecha residual y persistencia leve de parestesias tipo acorcharamiento en guante y calcetín.

Bibliografía

1. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, et al. Update on Guillain-Barré syndrome. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria.
2. Fisher M. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis. *Brain*. 2013;137(1).

Palabras clave: Síndrome de Guillain- Barré. Polirradiculoneuropatía. Parestesias.