

## 424/2790 - POLIRRADICULOPATÍA DESMIELINIZANTE MOTORA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Galindo Cantalejo<sup>1</sup>, L. Manrique Arregui<sup>2</sup>, D. Gallo Valentín<sup>2</sup> y M. Martín Nicolau<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 75 años que acude a consulta de Atención Primaria por debilidad en las cuatro extremidades. Hace cuatro días fue diagnosticado de retención aguda de orina en otra comunidad autónoma. Un día después de ese episodio comienza con astenia, dificultad para la marcha y debilidad progresiva de inicio a nivel distal de extremidades superiores con progresión proximal y posteriormente a nivel proximal de extremidades inferiores. No dificultades para la deglución ni la respiración. No diplopía. Al ser reinterrogado refiere antecedente de diarrea autolimitada hace dos semanas. Como otros antecedentes personales el paciente es dislipémico e hipertenso.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración neurológica encontramos al paciente consciente y orientado, con lenguaje conservado, pares craneales sin alteraciones. Claudica ligeramente en Barré y de forma llamativa en Mingazzini presentando tetraparesia con balance muscular disminuido en extremidades superiores (3/5) a nivel de bíceps, tríceps, extensores y flexores del carpo así como extensores y flexores de los dedos, de forma bilateral. En extremidades inferiores presenta disminución de la fuerza (3-4/5) en psoas e isquiotibiales. Reflejos osteotendinosos abolidos de forma generalizada excepto tricipital bilateral. Marcha con necesidad de apoyo. No afectación sensitiva. Se deriva a urgencias del hospital de referencia donde es valorado por neurología que realiza analítica completa y TC cerebral, sin alteraciones. Ante sospecha de enfermedad desmielinizante aguda se realiza punción lumbar que muestra ligera proteinorraquia y electromiograma/electroneurograma que revela disminución de la amplitud de potenciales motores en las cuatro extremidades.

**Orientación diagnóstica:** Polirradiculoneuropatía desmielinizante motora de tipo axonal (Guillain Barré/AMAN)

**Diagnóstico diferencial:** Ante una tetraparesia flácida hay que tener en cuenta otras neuropatías (porfiria, difteria), miastenia, botulismo y compresiones medulares.

**Comentario final:** El síndrome de Guillain-Barré es una parálisis ascendente producida por la inflamación aguda y parcheada del sistema nervioso periférico. Se relaciona con un antecedente infeccioso previo. El pronóstico varía según el grado de afectación, es necesario un diagnóstico y una derivación hospitalaria precoces ante la sospecha clínica.

### Bibliografía

1. Vriesendorp F. Guillain-Barré syndrome in adults: clinical features and diagnosis [Internet]. Disponible en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
2. Papazian O, Alfonso I. Polirradiculoneuropatías autoinmunes agudas. Rev Neurol. 2002;34(2):169-77.

**Palabras clave:** Guillain-Barré. Desmielinizante. Tetraparesia.