

## 424/2703 - POR FIN ALGUIEN ME CREE

P. Morán Oliva<sup>1</sup>, A. Romero Fernández<sup>2</sup>, S. Basoco Lizana<sup>1</sup> y E. Díaz García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciempozuelos. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años exfumador y exbebedor, diabético tipo 2 acude a su Médico de Atención Primaria por sensación de tumefacción en boca manos y pies, refiere antecedentes de un cuadro de deposiciones diarreicas el día previo, que remitieron con loperamida. En ese momento es valorado sin objetivar datos de alarma. Unas horas después acude al Servicio de Urgencias Rural, refiriendo además parestesias en manos y pies, junto con debilidad en miembros inferiores, sobre todo el derecho, presentando dificultad para la deambulación. En el momento actual niega fiebre u otra sintomatología infecciosa. Ante estos hallazgos se decide derivar a Urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36 °C, Tensión arterial: 120/70 mmHg, Frecuencia cardiaca: 84 lpm. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, murmullo vesicular conservado. Funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza 5/5 en miembros superiores, 3/5 en miembro inferior derecho, 4/5 en miembro inferior izquierdo. Reflejo rotuliano disminuido a nivel de miembro inferior derecho. Analítica: glucemia 253 mg/dl, urea 53 mg/dl, proteína C reactiva 1,5 mg/dl, leucocitosis  $16,19 \times 10^3$  ?l (neutrófilos 60,8%), plaquetas  $467 \times 10^3$  ?l, fibrinógeno 452 mg/dl. Hemocultivos negativos. En TAC craneal y posterior Resonancia magnética se observa una malformación vascular próxima al ventrículo lateral y un cavernoma. Líquido cefalorraquídeo: glucosa 149, proteínas 128,8. Hematíes 60/mm<sup>3</sup>. Albúmina 94,90 mg/dl. Electromiograma: polineuropatía sensitivo-motora de predominio desmielinizante.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Guillain Barré.

**Diagnóstico diferencial:** Polineuropatía inflamatoria desmielinizante crónica, mielopatías por compresión medular, polineuropatías por tóxicos o déficits vitamínicos.

**Comentario final:** Como médicos de Atención Primaria, ante un cuadro clínico de estas características, debemos actuar de forma precoz y ante la sospecha por la presencia de síntomas y signos sugestivos derivar de forma precoz a centros hospitalarios, por la posibilidad de compromiso de la vía respiratoria y alteraciones cardiovasculares por disautonomía que podría precisar soporte ventilatorio y monitorización, puesto que pueden llegar a comprometer la vida del paciente, en un corto tiempo de evolución en algunos casos.

### Bibliografía

1. Vriesendorp FJ. Guillain-Barré syndrome in adults: Clinical features and diagnosis. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate.

2. Aragonés JM, et al. Incidencia y características clínicas del síndrome de Guillain-Barré en la comarca de Osona (Barcelona, España) (2003-2016). *Neurología*. 2017.

**Palabras clave:** Síndrome de Guillain-Barré. Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.