

## 424/1754 - UNA ENFERMEDAD RARA PARA UN MOTIVO DE CONSULTA HABITUAL

A. Méndez Fuertes<sup>1</sup>, I. García Díaz<sup>2</sup>, R. Correa Gutiérrez<sup>3</sup> y P. Castro Sandoval<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 53 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, y dislipemia. En tratamiento con sitagliptina/metformina, glibenclamida y lisinopril/hidroclorotiazida. Acude a consulta del centro de salud por cuadro de 4 días de evolución de inestabilidad para la marcha y parestesias en zona distal de extremidades. Refiere que todo comenzó tras sufrir una caída sin pérdida de conocimiento, después de sentir debilidad en piernas y sensación de mareo sin giro de objetos. Niega otra clínica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, PA 140/80 mmHg. Exploración normal, salvo por los hallazgos en la exploración neurológica: Pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales. No claudicación en Barré ni en Mingazinni. Fuerza y sensibilidad normal. Leve dismetría en prueba dedo-nariz. Reflejos miotáticos abolidos. Romberg negativo. Marcha inestable con aumento de la base de sustentación. Pruebas complementarias (nivel hospitalario): analítica normal (salvo glucemia 256); serologías de virus negativas. TAC craneal normal. Punción lumbar: glucosa 165,8, proteínas 133,4, leucocitos 1. EMG: estudio compatible con polirradiculopatía de predominio motor desmielinizante.

**Orientación diagnóstica:** Ante la arreflexia, debilidad y parestesias en zona distal de extremidades, en ausencia de fiebre, nivel sensitivo claro o alteración esfinteriana, debemos plantearnos la posibilidad de Guillain-Barré. Por esto se decidió traslado al hospital para estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebrovascular (cuadro agudo de ataxia y dismetría en paciente con factores de riesgo cardiovascular). Polineuropatía diabética (diabetes de tiempo de evolución con mal control). Guillain-Barré.

**Comentario final:** El síndrome de Guillain-Barre es una polineuropatía arrefléxica, aguda, ascendente, de predominio motor, cuyo diagnóstico al inicio es difícil por la poca expresión en la exploración y la negatividad de las pruebas complementarias. Quiero destacar que en la consulta también nos podemos encontrar ante enfermedades menos frecuentes y potencialmente graves, por lo que creo que es importante pensar en patologías que se salen de lo habitual cuando algo no nos cuadra. También hay que recalcar la importancia de una correcta anamnesis y exploración física para realizar diagnósticos diferenciales, ya que de no haberlo hecho así, no se habría planteado la posibilidad de que el paciente tuviera un Guillain-Barré.

### Bibliografía

1. Berciano J. Síndrome Guillain-Barré. Ponencia sobre polineuropatías. Viguera editores. Murcia, 2005.

**Palabras clave:** Guillain-Barré. Neuropatía diabética. Accidente cerebrovascular.