

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

424/2876 - UNA GASTROENTERITIS QUE SE COMPLICÓ

O. Morales Encuentra¹, M. Fernández Ortega², L. González Ferreira³ y A. Sanz Sanz¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Torres. Burgos. ²Médico de Familia. Centro de Salud Las Torres. Burgos. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 67 años, exfumador desde hace 30 años. Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca, situs inversus toracoabdominal diagnosticado en 1994, sin intervenciones quirúrgicas de interés para el proceso actual y con el siguiente tratamiento: dabigatran 150 mg/12h, flecainida 100 mg 1-0-1/2, torasemida 5 mg a días alternos. Acudió al centro de salud presentando un episodio de gastroenteritis aguda sin complicaciones asociadas. No hay en su domicilio otros familiares afectados y no lo relaciona con ningún alimento. Solicita visita a domicilio días más tarde por empeoramiento de su patología, y refiriendo haber acudido al servicio de urgencias hospitalarias por dificultad en la deambulación, no instaurándole tratamiento. Ante la no mejoría se deriva al paciente a Urgencias, acudiendo el paciente al día siguiente tras caída accidental y refiriendo dolor distal progresivo, similar a agujetas, en extremidades inferiores de predominio izquierdo, junto con torpeza y dificultad para la marcha, asociando posteriormente debilidad bilateral en extremidades superiores.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA: 124/70 FC: 66, SatO2: 96% basal. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos, Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, Abdomen: ruidos hidroaéreos aumentados, sin masas ni megalías, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: edemas maleolares con fóvea. Al paciente se le realizó la exploración neurológica la cual fue anodina, a destacar sin dolor a la palpación muscular. Sensibilidad tactoalgésica normal. Vibratoria disminuida en extremidades inferiores. No nivel sensitivo. No dismetrías. Consigue bipedestación con dos apoyos, no consigue marcha. No refiere disnea ni ortopnea. No disfagia. Se solicitó TAC: estudio intracraneal dentro de la normalidad; analítica: hemograma: Neutrófilos 86,1/ml, abs 9,2%, coagulación, bioquímica: glucosa, creatinina, sodio y potasio normal. PCR normal, ECG: dentro de la normalidad e interconsulta a Neurología, quienes valoraron al paciente por grupos musculares objetivando pérdida de fuerza en extremidades inferiores y decidiendo ingreso. En planta se realizaron las siguientes pruebas: punción lumbar: normal. Electromiograma: hallazgos compatibles con la sospecha diagnóstica de polirradiculoneuritis desmielinizante aguda. Coprocultivo: se aísla: *Campylobacter jejuni*: resistente a ciprofloxacino.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Guillain-Barré secundario a *Campylobacter Jejuni*.

Diagnóstico diferencial: Patología vascular; miastenia gravis; neuropatías periféricas.

Comentario final: Estando en tratamiento con inmunoglobulina iv, el paciente tuvo una recuperación paulatina, sufrió varios episodios de retenciones de orina por vejiga neurógena, no necesitó de ventilación mecánica invasiva y requirió posteriormente hospitalización en un hospital de larga estancia para su

recuperación. Actualmente está en seguimiento por el servicio de Rehabilitación y por Urología, habiendo recuperado gran parte de la movilidad aunque necesita de bastón y refiere notar dolor por las mañanas en cara posterior del muslo. No debemos olvidarnos de esta patología ante un paciente con gastroenteritis de días de evolución y dolores musculares que impiden la deambulación del paciente.

Bibliografía

1. Albertí M, Alentorn A, Martínez-Yelamos S, Martínez-Matos JA, Povedano M, Montero J, et al. Very early electrodiagnostic finding in Guillain- Barré syndrome. 2011;136-42.
2. Donofrio PD. Guillain-Barré Syndrome. 2017;1295-309.

Palabras clave: Gastroenteritis. Debilidad. Neurología.