

424/987 - DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR

E. López Mostazo¹, V. Arjona García² y L. Zambrano Serrano³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez Sur. Málaga. ²Médico de Familia. Centro de Salud Santisteban del Puerto. Jaén. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés que acudió a urgencias por lumbalgia irradiada a ambos miembros inferiores de 5 días de evolución. De forma progresiva había notado parestesias en plantas de los pies y desde hace 48 horas parestesias en las manos. Desde ayer no podía andar bien y nota descoordinación en los movimientos de las manos. El paciente refería cuadro de diarrea de dos días de duración hace una semana sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. No focalidad de pares craneales. Pupilas isocoricas y normoreactivas. Fuerza proximal en miembros superiores 5/5, distal 4/5, disminución de sensibilidad distal algésica en ambos brazos. Fuerza proximal de miembros inferiores 5/5, distal 4/5. Disminución de sensibilidad algésica hasta mitad de zona pretibial. Dismetría en ambos miembros superiores e inferiores. Ataxia con imposibilidad para la marcha. Arreflexia osteotendinosa. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Sensibilidad profunda normal. Auscultación cardiorrespiratoria y abdomen normales. Miembros inferiores sin edemas con pulsos periféricos presentes y simétricos. Analítica, radiografía de tórax y TAC de cráneo normales.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye otras polineuropatías agudas, polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y enfermedades de la médula espinal, unión neuromuscular y músculo.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré representa la causa más frecuente de debilidad muscular simétrica con reflejos tendinosos ausentes o deprimidos. La debilidad puede variar desde una dificultad leve para caminar hasta una parálisis casi completa. El diagnóstico inicial se basa en la presentación clínica. Además, se pueden encontrar hallazgos en el estudio del LCR, como disociación albúmino-citológica, proteínas elevadas y no más de 10 leucocitos por mm³. Los hallazgos neurofisiológicos suelen ser velocidad de conducción disminuida en 60%, bloqueo de conducción en 80%, aumento de latencias distales y latencia de onda F aumentada o ausente. El tratamiento con intercambio de plasma o inmunoglobulina intravenosa (IGIV) está indicado para la mayoría de los pacientes porque estos tratamientos aceleran la recuperación.

Bibliografía

- Jasti AK, Selmi C, Sarmiento-Monroy JC, Vega DA, Anaya JM, Gershwin ME. Guillain-Barré syndrome: causes, immunopathogenic mechanisms and treatment. Expert Rev Clin Immunol.

2016;12(11):1175-89.

Palabras clave: Polineuropatía aguda inflamatoria. Síndrome de Guillain-Barre.