



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1005 - SÍNDROME DE MILLER-FISHER

C. Gutiérrez Alonso<sup>1</sup>, J. Zampaña Quintero<sup>2</sup> y L. Martín Cabanillas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. <sup>2</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años. Reacción alérgica medicamentosa: penicilina. Intervenciones: cáncer urotelial con RT posterior (2017) y prostatectomía radical. Acudió a urgencias por pérdida de fuerza en ambas piernas de evolución progresiva en los últimos tres días hasta impedirle la posición en bipedestación. En estos últimos tres días, acudió a urgencias en dos ocasiones por lumbalgia, cuyo dolor ha cedido tras analgesia, pero con empeoramiento de la fuerza, sin parestesias. En la primera de ellas podía deambular, en la segunda precisó de silla de ruedas y en la consulta actual requiere camilla. Afebril. Presenta sondaje vesical, correcto control de esfínter anal. No antecedentes de traumatismos, ni de síndrome infeccioso. Tiene una RMN lumbosacra realizada el mes pasado descrita con cambios óseos degenerativos crónicos, anterolistesis L5-S1 grado II con espondilólisis L5 bilateral.

**Exploración y pruebas complementarias:** MMII: aspecto simétrico sin semiología de TVP. Movilidad voluntaria y fuerza disminuida, sensibilidad 4/5. Lasègue positivo. No Babinski. Reflejos rotulianos abolidos. MMSS: Fuerza y sensibilidad 5/5, no alteración de reflejos tendinosos. No alteración de pares craneales. Rx lumbar: hallazgos compatibles con lo descrito en la RMN. No lesiones osteolíticas. Analítica: no leucocitosis, neutrófilos 8.160, monocitos 1.080, linfocitos 870. Resto sin alteraciones. Se solicita TAC craneal que permite la punción lumbar, con resultados: hematíes 68, leucocitos 10, PMN 25%, MN 75%, glucosa 76, proteínas totales 123,7. Se inicia tratamiento urgente con inmunoglobulinas y se cursa ingreso en Neurología. Durante el mismo, se realizó una RMN lumbosacra que descarta lesiones neoplásicas/metastásicas y un EMG compatible con polirradiculoneuropatía desmielinizante y axonal de intensidad moderada-grave.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Guillain-Barré, variante Miller-Fisher. El paciente presenta rápida progresión en los días posteriores con paresia de recto lateral derecho y superior de ambos ojos, tetraparesia, disfagia, disartria y desorientación. Se traslada a UCI, donde se encuentra actualmente sedado, traqueotomizado, PEEP. Recientemente ha terminado el tratamiento con inmunoglobulina sin mejoría clínica.

**Diagnóstico diferencial:** Guillain-Barré. Mielitis transversa. Compresión medular.

**Comentario final:** Con este caso nos percatamos de la importancia de una detallada historia clínica y de la observación de la cronología de los hechos, puesto que permite la administración rápida del tratamiento que puede llegar a modificar el pronóstico del paciente.

### Bibliografía

1. Esposito S, Longo MR. Guillain-Barré syndrome. Autoimmunity Reviews. 2017;16(1):96-101.

**Palabras clave:** Guillain-Barré. Miller-Fisher. Desmielinizante.