

333/341 - UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE Y EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

A. Carrasco Fernández¹, C. García Ceberino², A. Palmerín Donoso³, A. Simón Fuentes⁴, M. Muñoz Lozano⁵, F. Carramiñana Barrera¹.

¹Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ²Médico Residente de 2º año. Centro de Salud de San Jorge. Cáceres. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ⁴Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; ⁵Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón 28 años, fumador, sin otros antecedentes de interés, que acude a su Médico de Familia por dolor lumbar al levantarse esa mañana de la cama. Tras mejoría con Paracetamol acude pasado 5 días a urgencias de Atención Primaria por parestesias y debilidad en miembros inferiores y dificultad para deambular. Hace 2 semanas se vacunó de la gripe. Se deriva a Urgencias para valoración neurológica.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/87 mmHg. FC 68 Tº:36°C. Sat: 98% Vigil. Pares craneales normales. Disestesias distales en ambos MMII. EEII: claudicación 4/5. Reflejos abolidos en MMII. RCP flexor bilateral. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Serologías negativas. Ac antiangliosidos positivos. Rx tórax, TAC craneal y RMN de columna normales. Punción lumbar líquido claro, células 1/mm³, glucosa normal, proteínas 124 mg/dl, citología de LCR normal. Electromiograma: polineuropatía motora multifocal desmielinizante. Se inician inmunoglobulinas iv con buena evolución, por lo que es dado de alta remitiendo la clínica completamente a los 2 meses.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré

Diagnóstico diferencial: Compresión medular, botulismo, miastenia gravis, enfermedad de motoneurona, VIH, enfermedad de Lyme, deficiencia de vitamina B12, hipocalcemia, drogas.

Comentario final: La rápida progresión de la clínica (parestesias y debilidad muscular simétrica en MMII) hizo sospechar la enfermedad, y aunque nuestro paciente no había presentado infección previa, existía relación cronológica con la vacunación antigripal. En algunos casos los antígenos vacunales inducen la activación de anticuerpos anti-gangliosidos, desarrollando la enfermedad (3-8/1.000.000). El síndrome de Guillain-Barré suele presentar 2 picos: uno en la etapa adulta joven y otra en ancianos. Su diagnóstico es clínico. El tratamiento se basa en plasmaférésis e inmunoglobulinas iv y tiene como objetivo reducir la gravedad y acelerar la recuperación (80% se recuperan en pocos meses). El papel del médico de familia en la detección precoz de este síndrome es clave por la evolución rápida y fatal que puede conllevar en algunos casos (4% casos mortales), así como en el seguimiento del proceso (10% casos con recidivas y secuelas).

Bibliografía

Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med. 2012;366:2294-304.

Greene SK, Rett M, Vellozzi C et al. Guillain-Barré syndrome, influenza vaccination and antecedent respiratory and gastrointestinal infections. PLOS ONE. 2013; 8 (6): e67185. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067185>

Palabras clave: Guillain-Barré, polineuropatía, vacuna antigripal.