



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



423/22 - CON LA PARÁLISIS EN LOS TALONES: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Campos Aznar¹, M. Gali Juan², M. Bueso Navarro³, E. Salvador Candau⁴

¹Médico Adjunto. Servicio Urgencias Hospital La Plana. Vila-real. Castellón de la Plana, ²Médico Residente de 4º año. Centro Salud Carinyena. Villarreal. Castellón de la Plana, ³Médico Residente de 4º año. Centro Salud Burriana I. Burriana, ⁴Médico Residente de 3º año. Centro Salud Carinyena. Vila-real. Castellón de la Plana.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años con antecedente personal de síndrome de apneas-hipopneas del sueño (portador de CPAP), bronquitis crónica y fumador de 20 cigarrillos día, que acude a urgencias remitido desde Centro de Atención Primaria por referir cuadro de pérdida de fuerza en miembros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), de aproximadamente cuatro días de evolución, por el que ya había sido valorado dos días antes por médico de Atención Continuada, etiquetándose en aquel momento de mareo inespecífico, que ha ido en aumento, dificultándole la deambulacion, con caída al suelo en repetidas ocasiones. Dice haber perdido fuerza en la prensión de objetos con ambas manos, siéndole imposible el abrocharse y/o desabrocharse los botones. Como antecedente de interés, cuenta cuadro de febrícula los días anteriores con deposiciones blandas, sin productos patológicos.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a nuestro Servicio de Urgencias Hospitalarias el paciente presenta buen aspecto general, sobrepeso, sequedad mucosa y normocoloreado. Tensión arterial 139/86, 82 latidos por minuto, Saturación O₂ 96%. Afebril. Dolor a la palpación de musculatura proximal de extremidades Neurológico: paciente consciente y orientado, pupilas isocóricas y normorreactivas. Motor ocular externo conservado, resto de pares craneales sin alteraciones. Sensibilidad conservada en las cuatro extremidades, pérdida de fuerza a nivel distal de MMSS y MMII. Dificultad en la marcha, no puede mantener marcha en tándem. No alteración del habla. Babinski flexor bilateral. Reflejos osteotendinosos presentes. No signos de irritación meníngea. TAC cerebral sin contraste: parénquima cerebral y cerebeloso sin alteraciones. No hemorragia intracraneal. Talla ventricular normal. Línea media centrada. No líneas de fractura. Analítica sanguínea: leucocitos 14.100 (neutrófilos 72,9%), hemoglobina 19,3, hematocrito 56,8%, plaquetas 283.000, monocitos absolutos 1.300. Glucosa 92, Cr 0,7, Na 137, K 4,3, Ca 9,4, GPT 19, CK 303, PCR 0,44. LCR: 5 células, 45 proteínas, 69 glucosa.

Juicio clínico: Sospecha de polineuropatía sensitivo-motora simétrica aguda (síndrome de Guillain-Barré (SGB)).

Diagnóstico diferencial: Neuropatía motora axonal aguda, neuropatía aguda motora-sensitivo, pandisautonomía aguda, Miller-Fisher, porfiria, vasculitis, neurotoxicidad por metales, borreliosis.

Comentario final: En urgencias se le suministra metilprednisolona 80 miligramos intravenosos (iv)

y se ingresa en el servicio de neurología. Durante el ingreso el paciente permanece estable, al día siguiente del ingreso dada la clínica (debilidad simétrica y progresiva ascendente en 4 extremidades) y su antecedente personal (cuadro diarreico) se solicitan niveles de Inmunoglobulina (Ig) A que fueron normales y se inicia Ig iv 50gramos/24horas durante 5 días ante sospecha de SGB, a pesar de resultados de LCR inespecíficos. Al segundo día de tratamiento refiere mejoría clínica que se objetiva a lo largo del ingreso. No complicaciones autonómicas. Es dado de alta con control en Consultas Externas.

Bibliografía

Longo D. Fauci A. Kasper D. Hauser S. Jameson J.L. Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna, 18ª ed. McGraw-Hill Interamericana de España 2013.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias, 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2016.

McGillicuddy D. Walker O. Nathan I. Saphiro I. Edlow J.A. Guillain-Barré Syndrome in the Emergency Department. Ann Emerg Medicine. 2006;47:390-3.