



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3202 - DOCTOR, NO PUEDO CAMINAR

M.C. Garrido Laguna<sup>a</sup>, E. Ávila Amat<sup>b</sup> y M. Beteta Almagro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arrollo de la Miel. Benalmádena.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años sin antecedentes de interés que consulta en su médico de Atención Primaria por debilidad generalizada progresiva que se inició hace dos semanas tras cuadro de gastroenteritis. Refiere debilidad de comienzo en miembro inferior derecho, con dificultad para la marcha que se ha extendido a miembro inferior izquierdo y miembros superiores. No disnea ni dificultad para la deglución. Se deriva a Hospital Costa del Sol para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tetraparesia estable con arreflexia en miembros inferiores e hiporreflexia en miembros superiores. Imposible sedestación ni bipedestación. Analítica: hemograma y bioquímica con CK normal. B12 y fólico normales, TSH normal, IgA e IgM normales, ANA positivo 1/80, AC anti SSA Ro 17. Serología HIV, lúes, CMV, VEB, varicela, *Brucella* neg, *Borrelia* neg. Coprocultivo *Campylobacter* negativo. TAC craneal y RM sin hallazgos. LCR: hematíes 40, leucocitos 2, proteínas 72,3, glucosa 58. EMG/ENG: PNP aguda desmielinizante de predominio distal compatible con SGB.

**Juicio clínico:** Síndrome de Guillain-Barré.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciosas: VIH, VHS, VEB, enf. Lyme, difteria, sarcoidosis, poliomielitis, miositis. Neurológicas: miastenia gravis, lesiones de médula espinal, ACV, parálisis de Bell. Intoxicaciones: metales pesados, organofosforados, talio, arsénico. Otros: hipocalcemia, déficit B12, enf. de Hodgkin, LES, porfiria.

**Comentario final:** Basándonos en la historia clínica (antecedente de GEA), estudio electrofisiológico y LCR se llega al diagnóstico. Se inició tratamiento con Inmunoglobulina iv y rehabilitación, presentando a su alta tetraparesia con fuerza 2-3/5 proximal y 3+/5 distal en MMSS y 4/5 en MMII, con arreflexia en MMII. Las parestesias son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y en ocasiones son el primer síntoma de patologías potencialmente graves. El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía segmentaria desmielinizante aguda, ascendente, arrefléxica, de predominio motor, precedida de parestesias ligeras en manos y pies. En dos tercios existen antecedentes de infección viral respiratoria o gastrointestinal. En el 85% de los casos la recuperación es completa.

## Bibliografía

1. Campbell WW. DeJongs's The neurologic Examination, 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
2. Rekan T, Gramstad A, Vedeler CA. Fatigue, pain and muscle weakness are frequent after Guillain-Barré syndrome and poliomyelitis. J Neurol. 2009;256:349.

**Palabras clave:** *Guillain-Barré. Parestesias. Tetraparesia.*