



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3384 - NO OLVIDEMOS LO IMPORTANTE: HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

F.R. Francisco González^a, Á.L. Díaz Alvarado^b, L.E. Ojeda Carmona^a, N. Guelai^c, A. García-Lago Sierra^b, C. Fernández Galache^d, B. Martínez Sanz^e, I. Galán López^f, P. Castro Sandoval^g y M. Gutiérrez Parra^h

^aMédico Residente; ^gMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. ^dMédico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Sierrallana. Cantabria. ^eMédico Residente; ^hMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ^fMédico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años de edad con antecedentes personales de exfumador, dislipemia, fibrilación auricular anticoagulada, enfermedad pulmonar obstructiva, hipertrofia prostática; en tratamiento con tamsulosina dutasteride, acinidio, lormetazepam, furosemida, seretide, atorvastatina, omeprazol, acenocumarol. Acude a la consulta por sensación de adormecimiento y hormigueos en ambos pies desde los tobillos, de 4 días de evolución con posterior aparición de dolor a ese nivel y progresión de la debilidad hasta alcanzar ambas piernas, y pérdida de fuerza en las manos. Estuvo en tratamiento antibiótico hace 2 semanas por infección respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico, saturación O₂ 95%, tensión arterial 148/78 FC 78. l. neurológica: consciente, orientado, lenguaje normal. Campimetría normal. Pares craneales conservados. No debilidad facial. Reflejos osteotendinosos: arreflexia universal excepto estilorrádial derecho +/- Cutáneo plantar flexor bilateral. Sensibilidad: hipoestesia en las 4 extremidades con gradiente distal. Ante estos hallazgos se remite a urgencias hospitalarias donde realizan electromiografía compatible con una poliradiculoneuropatía de predominio motor, desmielinizante de intensidad moderada-grave, más acusada en miembros inferiores, sin datos de denervación activa en el momento actual.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Isquemia medular, hematoma intramedular, desbalance hidroelectrolítico.

Comentario final: En estos días donde las pruebas complementarias son las primeras armas que utilizamos para afrontar nuestro día a día con nuestros pacientes y sus diversas patologías, superando estas a aquellas habilidades enseñadas en libros y facultades y que erróneamente, a mi pensar, dejamos muchas veces de lado, olvidando aquello que hace de esta profesión un arte, el examen físico. Son estos signos y maniobras los cuales nos pueden orientar de manera muy clara hacia el origen de la dolencia de nuestros pacientes, reduciendo costes y hasta muchas veces siendo

más efectivos. Con este caso mi objetivo es recalcar y si se quiere hacer llamado de que un buen examen físico y una buena historia clínica nos darán un gran porcentaje de aproximación hacia el diagnóstico. Sigamos cultivando estas clásicas enseñanzas, sigamos haciendo de la medicina un arte.

Bibliografía

1. Timoner Aguilera J. Exploración neurológica en Atención Primaria.
2. Micheli y Fernández Pardal. Neurología, 2ª ed.
3. Semiología Médica y Técnica Exploratoria de Suron, 8ª ed.

Palabras clave: *Guillain Barré. Polineuropatía. Desmielinización.*