



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3021 - DIFICULTAD EN LA MARCHA

Ch. Gianchandani Gianchandani<sup>a</sup>, C. Correoso Pardo<sup>a</sup>, L.E. Barzallo Álvarez<sup>b</sup>, L. Cano Gómez<sup>c</sup>, M. Moreno González<sup>d</sup>, A.M. Barriga García<sup>e</sup>, E. Marian Brigidano<sup>d</sup> y V. Aranda Jiménez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón.

<sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Segovia. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

<sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente. Centro de Salud Galapagar. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Niño de 6 años con trastorno del lenguaje, que acude a urgencias por dificultad en la marcha desde hace unos 4 días. Inicialmente presentaba dolor en las piernas, a nivel de los muslos y progresivamente comenzó a caminar con dificultad, sobre todo al subir escaleras. Como antecedente hace 15 días presentó un episodio de deposiciones líquidas, sin otra clínica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. FC 65 Ipm, TA 88/64 mmHg. Buen estado general. En la exploración neurológica presenta ptosis palpebral izquierda que ya tenía, motilidad facial normal. Fuerza y sensibilidad de MMSS normal. Eleva los MMII venciendo gravedad, pero con dificultad. Tono muscular levemente disminuido. No se obtienen reflejos rotulianos ni aquíleos. Marcha levemente inestable, realiza tandem de forma torpe, con tendencia al apoyo en varo del pie derecho. Romberg levemente inestable, no lateralizado. Gowers positivo. Pruebas complementarias: EBVA VCA IgG/EBNA IgG ic: positivo. TAC craneal normal. Estudio neuromuscular muestra signos de polineuropatía de naturaleza sensitivo-motora, de carácter axonal. Los nervios afectados son el mediano izquierdo y peroneo derecho. Cultivo de heces (*Campylobacter jejuni*). LCR: glucosa 63; proteínas 65,6.

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

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades reumatoideas como (artritis reumatoide juvenil, sinovitis de cadera), problemas psicológicos (terrores nocturnos), enfermedades infecciosas del sistema nervioso central (meningitis, cerebelitis, espondilodiscitis).

**Comentario final:** En el síndrome de Guillain Barré se debe tener en cuenta los antecedentes de infección, vacunación y enfermedades que pueden presentar los pacientes, como así también, que el mismo puede desarrollarse en el curso de enfermedades sistémicas. Estas causas involucradas en su aparición, junto a las diversas manifestaciones clínicas, las múltiples patologías con las que se pueden realizar diagnósticos diferenciales y su baja incidencia a nivel mundial pueden dificultar el diagnóstico del síndrome de Guillain Barré retrasando el inicio del tratamiento.

## **Bibliografía**

1. Sarnat HB. Trastornos neuromusculares. Síndrome de Guillain-Barré. En: Nelson. Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier, 2006:2080-1.
2. Guillain G, Barré JA, Strohl A. Sur un syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalorachidien sans réaction cellulaire: remarques sur les caracteres cliniques et graphiques des réflexes tendineux.

**Palabras clave:** *Síndrome de Guillain-Barré. Neuropatía axonal sensitivo-motora aguda. Inmunoglobulina.*