



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1835 - TETRAPARESIA FLÁCIDA AGUDA

E. Subires Arnedo<sup>a</sup>, C. Prieto Justicia<sup>b</sup>, A. Bárcena Atalaya<sup>c</sup>, A. Mateo Cárdenas<sup>d</sup>, A. Peñato Luengo<sup>e</sup> y M. Catalina Moñino<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Sur. Sevilla. <sup>e</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años, hipertenso y ex-fumador, que acudió a la consulta de Atención Primaria por disnea y tos con expectoración mucopurulenta de una semana. Además, desde hace un mes presentaba debilidad, inicialmente de miembros inferiores, con imposibilidad para la bipedestación, y posteriormente en miembros superiores, precisando ayuda para actividades manuales.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física presentaba buen estado general, taquipneico en reposo, saturando al 98%, hipoventilación en hemitórax izquierdo y en la exploración neurológica llamaba la atención una hiporreflexia generalizada y fuerza 1/5 en miembros. Ante los hallazgos exploratorios se derivó a Urgencias para valoración, siendo ingresado en Medicina Interna. Se solicitó hemograma que mostraba leucocitos 17.700 cel/ul (neutrófilos 70%) y bioquímica con sodio 124 mEq/L, PCR 205 mg/dl y procalcitonina 2,1 ng/ml. La radiografía mostraba un infiltrado alveolar basal izquierdo y se completó el estudio con TAC de tórax en el que presentaba atelectasia completa de pulmón izquierdo con neoplasia pulmonar a nivel bronquial y adenopatías hiliares izquierdas. Se realizó punción lumbar y el líquido cefalorraquídeo mostraba disociación albúmino-citológica y estudio electrofisiológico que puso de manifiesto una polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante.

**Juicio clínico:** Síndrome de Guillain-Barré paraneoplásico (neoplasia pulmonar).

**Diagnóstico diferencial:** En el diagnóstico diferencial se han de incluir enfermedades de motoneurona, polineuropatías (porfiria, neurotoxicidad por metales), trastornos de la transmisión neuromuscular (miastenia gravis, botulismo) y trastornos musculares y metabólicos (parálisis hipopotasémica aguda, miopatías necrotizantes).

**Comentario final:** Las enfermedades del sistema nervioso periférico son los trastornos neurológicos más frecuentes asociados a cáncer. Se ha reportado que hasta 50% de los pacientes con cáncer pueden tener neuropatía periférica; aunque los síndromes neurológicos paraneoplásicos son raros, la presentación clínica ordinariamente antecede el diagnóstico de cáncer, como ocurrió en

el caso presentado.

### **Bibliografía**

1. Cacho Díaz B. et al. Síndromes neurológicos paraneoplásicos (Parte II): Sistema nervioso periférico y autonómico. *Rev Mex Neuroci.* 2010;11(3):226-33.
2. Erro-Aguirre ME, et al. Síndromes paraneoplásicos neurológicos. *Med Clin (Barc).* 2005;125(14):543-7.

**Palabras clave:** Síndrome de Guillain-Barré. Polirradiculopatía. Cáncer de pulmón.