



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4528 - VEO, VEO

I. Corredor Martiarena^a, L. Gainza García^b, S. Martín García^c y A. Marquina García^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

^dMédico de Familia. Centro de Salud Chiloeches. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 60 años, sin RAM, fumadora 15 cig/día (IPA 30), que acude a Urgencias por diplopía binocular horizontal y en la mirada lejana de inicio súbito siendo diagnosticada de paresia de VI par craneal derecho de probable origen isquémico, por lo que se pauta antiagregación con Adiro 100 mg y realización de TAC craneal de forma ambulatoria. Acude 24 horas más tarde por persistencia de sintomatología y además, pérdida de fuerza en MMII con inestabilidad al caminar y entumecimiento en ambas manos. La semana anterior presentó cuadro catarral y deposiciones diarreicas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 141/71 mmHg. FC: 92 lpm. SatO₂ basal: 99%. T^a 36,2 °C. BEG. NRL: Consciente. Orientada en tiempo y espacio, habla fluida normal. Marcha atáxica con aumento de la base de sustentación, tándem imposible. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. ROT abolidos. No disdiadocinesias. PPCC: Déficit en abducción OD (paresia del VI PC derecho) con diplopía, déficit de abducción OI sin diplopía. Diplopía en mirada lateral-inferior izquierda. Limitación bilateral para la mirada superior. Resto sin anomalías. Analítica, ECG, Rx tórax y TAC craneal normal.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Miller-Fisher.

Diagnóstico diferencial: Patología isquémica, neoplásica de nervios craneales. Encefalitis por VIH-CMV. Miastenia gravis. Oftalmopatía tiroidea.

Comentario final: Ingresa en Neurología y durante su estancia se realiza EMG compatible con el diagnóstico clínico, RMN cerebral que descarta lesiones estructurales agudas, estudio analítico con IgA normal y AntiGQ1b positivo sin otras alteraciones significativas. Recibe tratamiento con inmunoglobulina intravenosa durante 5 días con evolución favorable. El síndrome de Miller-Fisher es la variante clínica más frecuente del síndrome de Guillain-Barré. Se desconoce la etiología, pero se asocia a procesos infecciosos recientes, siendo el más frecuente, de origen gastrointestinal. Clínicamente, se caracteriza por la triada clásica de arreflexia, ataxia y oftalmoplejia, siendo este último, el primero en aparecer en un 50% de los casos. El diagnóstico es eminentemente clínico. Es importante conocer esta enfermedad para tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial desde el servicio de Urgencias.

Bibliografía

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Ataxias y la degeneración cerebelosa o espinocerebelosa. 2014.
2. González, et al. Experiencia del síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos. Neurología. 2016:389-94.

Palabras clave: Diplopía. Ataxia. Oftalmoplejia.