



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-215 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

J.E. López Centelles

CS Liria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años que acude por dolor en región cervical derecha, comenzó hacia 9 días, se fue irradiando hacia el brazo derecho, poco después sensación de acorchamiento en MSI. El día de la consulta, debilidad en MMII mas acusada en MID que limita la marcha. Días previos, quebrantamiento del estado general, con sensación distérmica sin fiebre. No focalidad neurológica salvo parestesias y debilidad en MMII. No alergias. no hábitos tóxicos, no FRCV. Ante la clínica se remite a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias constantes normales, TA: 124/85 mmHg, Fc: 93 lpm, SatO₂: 99%, T^a: 36,3 °C, consciente, orientada y colaboradora. Exploración neurológica: pares craneales sin alteraciones, pupilas isocóricas y normoreactivas, no alteración en maniobras antigraavitatorias, sin disimetrías ni alteración de la marcha. Romberg negativo. Pérdida de sensibilidad en MID. Exploración de la fuerza: tetraparesia asimétrica de predominio en extremidades derechas, MSD 4/5, MSI 4+/5, MID: 4-/5, MII 4/5, Reflejos osteo-tendinosos apagados de manera generalizada. No se obtuvieron en MMII. En MSI se obtiene solo el reflejo bicipital. Ambos reflejos cutáneo-plantares flexores. Exploración de la sensibilidad: Sensación de acorchamiento en MMII pero sin claro nivel sensitivo, en la exploración algésica no existe claro déficit. Exploración propioceptiva normal. En las exploraciones en Urgencias analítica normal, Rx cervical rectificación de la lordosis y Tc craneal normal. Se ingresa en Neurología para estudio. En planta se solicita estudio de extensión. Parámetros analíticos normales. Serología: negativo para sífilis, VHC, VHB, VIH, Borrelia. LCR: citobioquímico: LCR transparente, polimorfonucleares 100%, mononucleares 0%, glucosa 65 mg/dl, proteína 65 mg/dl, hematíes 1.000 cel/Ul, células nucleadas 1 cel/Ul. Microbiología: no se observan microorganismos en Gram. Cultivo negativo. RMN cérvico-dorsal normal. Estudio neurofisiológico: conducciones sensitivas: N. sural bilateral caída de amplitud del PRS (mas acusado en el lado D). No PRS del n. peroneo cutáneo. N mediano bilateral (estimulo en 1^{er} y 3^{er} dedo): no se detecta PRS. N. cubital disminución severa de la amplitud. En todos destaca velocidades y latencias mantenidas. Conducciones motoras: En EEII, disminución de amplitud de todos los nervios explorados (mas en peroneo común y tibial posterior D). Latencias alargadas, velocidades de conducción en límites normales. En MMSS, N. mediano bilateral caída severa de amplitud, latencias alargadas (mas en lado D) y velocidades mantenidas. Dispersión temporal del potencial. Respuestas F, alargadas en latencia en todos los nervios. Electromiografía: no se detectó actividad espontánea en reposo, PUM de morfología normal. Contracción voluntaria trazados empobrecidos. En resumen: hallazgos actuales compatibles con polirradiculopatía desmielinizante, con componente axonal. Afectación sensitivo-motora. Mayor compromiso en MMSS y MMII derecha.

Juicio diagnóstico: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Neuropatías agudas, enfermedades neuromusculares, enfermedades del SNC.

Comentario final: Debemos sospechar patologías poco comunes, pero que tienen una incidencia relativamente alta. En el caso del síndrome de Guillain-Barré la incidencia está entre 1-3 casos por cada 100.000 habitantes. El síndrome de Guillain-Barré puede suele estar precedido por un proceso infeccioso en los días o semanas previas al comienzo de la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed, 2012.