



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2696 - Ante un caso grave con síndrome de Guillain Barré

L.M. Sáez García<sup>a</sup>, F.J. Benítez Gutiérrez<sup>b</sup>, N. Perejón Díaz<sup>c</sup>, M. Muñoz Ayllón<sup>a</sup>, G. Galván Melero<sup>d</sup>, L. Latorre Rodríguez<sup>e</sup>, A.M. Moreno Rodríguez<sup>f</sup> y M.I. Rico Rangel<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud de La Laguna. Cádiz. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>g</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años que consulta varias veces de urgencias a su Médico de Familia por diversas mialgias en menos de 5 días. En una primera visita, refirió dolor interescapular traumático sin clínica sensitiva ni motora en miembros superiores (MMSS) ni inferiores (MMII). En la segunda consultó por lumbalgia sin relación traumática y sin déficits motor-sensitivo. Por tercera vez acude a urgencias hospitalarias aquejando dificultad para la deambulación unido a dificultad para elevar los MMSS de horas de evolución. No presentaba disnea, disfagia ni disfonía. Buen control de esfínteres sin otra sintomatología neurológica. Refirió proceso gastrointestinal 2 semanas antes del inicio de los síntomas. Sin antecedentes relevantes, no alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general; GCS 15. Neurología: pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación, movimientos oculoexternos conservados, no meningismo. Fuerza disminuida en cintura escapular y cadera. Sensibilidad conservada. Reflejos extensores disminuidos en MMII. Resto conservados. Reflejo cutáneo plantar indiferente, dificultad para realizar la marcha. Fuerza en MMSS 4+/5 y en MMII 3+/5. Analítica (urgencias): hemograma con 13.990 leucocitos, resto normal. Bioquímica: LDH 366, CK 2.378. GSV: pH 7,46, pCO<sub>2</sub> 26, HCO<sub>3</sub> 18. Radiografía dorsolumbar: cambios osteodegenerativos. TAC craneal: sin alteraciones. Punción lumbar: disociación albúmino citológica, leucocitos 7, glucosa 77, proteínas 119,2. Ingres a cargo de neurología por sospecha de polineuropatía aguda (síndrome de Guillain-Barré -SGB-) y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas. Al sexto día de su ingreso sufrió empeoramiento progresivo con afonía, disnea, tiraje costal y taquipnea, siendo trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria de origen neuromuscular secundario a polineuropatía aguda. Preciso traqueostomía percutánea con ventilación mecánica que lo mantiene estable desde el punto de vista respiratorio. Sufrir episodios de TPSV autolimitadas mediante maniobras vasovagales. Y ha superado infecciones nosocomiales a nivel respiratorio. En la UCI se realizó electromiograma con datos de moderada-severa polineuropatía sensitivo-motora de características desmielinizantes más que axonales que confirma la sospecha diagnóstica.

**Juicio clínico:** Polineuropatía aguda compatible con síndrome de Guillain-Barré.

**Diagnóstico diferencial:** Otras polineuropatías, porfiria, neurotoxicidad por metales, abuso de drogas, borreliosis, miastenia gravis, botulismo, distrofias musculares y metabolopatías.

**Comentario final:** Polineuropatía periférica indica un trastorno de los nervios periféricos simétrico, distal y de instauración gradual. Hay muchas etiologías para las polineuropatías. En nuestro caso, un SGB se considera la principal patología neurológica post-infecciosa: nuestro paciente describió un antecedente infeccioso una semana antes del inicio de la parálisis. La SGB no es muy prevalente, pero potencialmente muy grave, como en nuestro caso clínico. Si bien es cierto, el pronóstico de esta enfermedad es favorable en el 85-90% de los casos, salvo en las formas graves que precisa cuidados intensivos. Por ello, en atención primaria debemos sospecharla, siendo fundamental su detección y derivación precoz para observación e inicio de tratamiento hospitalario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Varela González AA, Blázquez González F, Toribio Martín ML. Síndrome de Guillain-Barré en la consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2003;32(8).
2. Ávila JA, Mariona VA, Melano E. Síndrome de Guillain-Barré: Etiología y Patogénesis. Rev Invest Clín. 2002;54:357-62.