



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2597 - Doctora, me pesan los brazos

Á.M. Carro Ferreiro<sup>a</sup>, M. Sotelo Pérez<sup>b</sup>, A.L. Lorenzo Pereira<sup>a</sup>, T. Gómez Fernández<sup>b</sup>, A.M. Ruido Taboada<sup>c</sup> y N. Franco Zárate<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Valle Inclán. Ourense. <sup>b</sup>Médico Residente de 1º año. Centro de Salud Valle Inclán. Ourense. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Ourense.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 65 años sin antecedentes significativos que acude a urgencias de su centro de salud por paresia de MMSS, disfagia y disartria de 20 horas de evolución. Se realiza anamnesis y una completa exploración física. Se deriva al hospital para ampliar estudio y valoración de tratamiento. Debido a la clínica, la rápida evolución y apoyándonos en las pruebas complementarias, se administra Inmunoglobulina y se comienza con medidas de soporte. Tras 6 meses de ingreso es dado de alta con secuelas leves.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC. Normoperfundido, normihidratado. TA: 140/70. FC: 65 lpm. Saturación O<sub>2</sub>: 98% T<sup>a</sup>: 36,5°. Exploración por aparatos y sistemas: normal. Neurológico: ligera disartria. PINR. MOE normales. Debilidad facial bilateral. Debilidad de la musculatura del cuello, imposible la flexión. Pérdida de fuerza 4/5 proximal y distal en las cuatro extremidades (más evidente en las superiores). ROT en EEII normales, EESS: abolidos. RCP flexora. Sensibilidad conservada. Glasgow 15. Durante su ingreso: Lenguaje disfónico condicionado por traqueostomía. PINR. MOE normales. No asimetrías faciales. Moviliza el velo del paladar. No atrofia de la lengua, aunque si fasciculaciones. Pérdida de fuerza 0/5 proximal y 2-3/5 distal en las extremidades superiores. Fuerza en EEII: normal. Arreflexia de EESS e hiporreflexia en EEII. Pérdida de masa muscular generalizada, sobre todo en EESS. ECG, analítica, TAC craneal, Rx tórax, RMN craneal: normal. PL: claro. Presión normal. Proteínas 77 mg. No células. IGG e IGM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*. Anticuerpos antigangliósidos GT1a positivos. EMNG: amplitudes motoras disminuidas en todos los nervios. Alteración de las ondas F. Bloqueos proximales de la conducción nerviosa motora en EEII y EESS. Respuestas sensitivas normales.

**Juicio clínico:** Síndrome de Guillain Barré tipo neuropatía motora axonal aguda variante faringocervicobraquial.

**Diagnóstico diferencial:** Compresión medular, miastenia gravis, ACV de tronco, alteraciones iónicas, trastornos psicógenos, miopatías, intoxicaciones, botulismo, polineuropatía diftérica.

**Comentario final:** El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía de poca prevalencia, pero de gran gravedad que necesita un correcto y rápido tratamiento. El médico de atención primaria debe conocer los signos y síntomas para realizar una buena anamnesis y una completa exploración

neurológica; derivando a un paciente ante la mínima sospecha. También juega un papel fundamental en el seguimiento de la rehabilitación física y psicológica y en el tratamiento de posibles secuelas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
2. Acosta MI, Cañizá MJ, Romano MF. Síndrome de Guillain Barré. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 168.
3. Puga Torres MS, Padrón Sánchez A, Bravo Pérez R. Síndrome de Guillain Barré. Rev Cub Med Mil. 2003;32(2).