



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1456 - GASTROENTERITIS AGUDA: ¿SIEMPRE BANAL?

T. Puras Artajo^a, M.P. Ansuategui Rodríguez^a, E. Pérez Salvatierra^b, J.E. Tapia Delgadillo^c, M.A. Zapatería García^b, F.J. Juárez Barillas^d, J.A. Sánchez Castro^e, O. Guta^f, M.T. Meneses Yaruro^g y M. Navarro Elizondo^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Pamplona. ^bMédico Adjunto de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Cascante. ^dMédico Residente de Familia. Centro de Salud Cascante. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cascante. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Pamplona. ^gMédico Residente de 3º año. Centro de Salud Tudela Este. ^hMédico Adjunto de Familia. Centro de Salud de Calahorra. Calahorra. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años obesa e hipertensa que acude el 20 de mayo a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor, pesadez y parestesias en ambas piernas de una semana de evolución. Niega infección respiratoria los días previos. Atendida hacía 2 semanas por cuadro de gastroenteritis aguda (GEA) de 6 días de evolución con importante afectación del estado general que se resolvió de forma espontánea. Exploración anodina, solo destacan signos de insuficiencia venosa, se pauta venotónico, analgésico y medidas higiénico-dietéticas. Afebril. Tras 48 horas consulta de nuevo por dolor gemelar bilateral, parestesias y debilidad muscular distal de ambas extremidades inferiores (EEII) que han aumentado en las últimas 6 horas llegando a impedirle la marcha.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca debilidad muscular distal (3/5), hipoalgesia en calcetín, arreflexia en EEII, bipedestación muy dificultosa y marcha imposible. No alteración esfinteriana. Ante la sospecha de una Neuropatía periférica aguda se deriva a Urgencias hospitalarias. A su llegada realizan analítica, ECG y radiografía de tórax que son normales. Ingresa en Medicina Interna dónde se realiza estudio de LCR que evidencia una elevación de proteínas sin elevación de células, disociación albúmino-citológica por lo que se inició tratamiento con inmunoglobulinas (Ig) ev. Se solicitaron además electroneurograma (ENG) y electromiograma (EMG) mostrando un descenso de la conducción motora, ausencia de respuesta sensitiva valorable tras estimulación de los principales troncos nerviosos y pérdida de unidades motoras al máximo esfuerzo. Tras 3 días de tratamiento endovenoso con Ig se aprecia marcada mejoría sintomática, siendo posible la deambulación.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré (SGB) o polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.

Diagnóstico diferencial: Dado la rápida evolución del cuadro hay que hacer diagnóstico diferencial con polineuropatías agudas y subagudas como: polineuropatía secundaria a tóxicos o fármacos, SGB, infección por difteria, neuropatía aguda sensitiva, porfiria, polineuropatía del enfermo crítico vasculitis, polineuropatía paraneoplásica, polineuropatía infecciosa (VIH, CMV, Lyme) y sarcoidosis.

Comentario final: El SGB es la neuropatía aguda más frecuente, de evolución más rápida y potencialmente fatal. Se trata de una enfermedad autoinmune, desencadenada generalmente por un proceso infeccioso. Se muestra de manera preferente como una neuropatía desmielinizante que afecta a EEII. En nuestra paciente se produce una debilidad ascendente y bastante simétrica que comienza en miembros inferiores y que además estuvo precedida de parestesias. En la exploración se evidenció una arreflexia generalizada que junto a los resultados de las pruebas complementarias realizadas orientaban hacia un SGB, diagnóstico que se confirmó al responder rápidamente al tratamiento con Ig.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valls JS, Casademont JP, Berciano BD. Enfermedades de los nervios periféricos. En: Ferreras VP, Rozman CR, et al. Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Ed. Harcourt SA; 2000: Vol 2: 1753-70.
2. Ortiz-Corredor F. Factores que influyen en el pronóstico del síndrome de Guillain-Barre infantil. Rev Neurol. 2004;38:518-23.