



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1677 - Doctora, me pesan las piernas

E. Barbero Rodríguez^a, T. Vasco Roa^b, M. Sierras^c, S.F. Morales Rincón^d, S. Moreno Carrasco^c y M.C. Vargas Corzo^a

^aMédico Residente 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Cazorla. Jaén. ^cMédico Residente 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^dMédico Residente 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 60 años con antecedentes personales de DM tipo 2, HBP, VHC que consulta porque desde hace 4 días presenta debilidad, dolor y pérdida de sensibilidad en MMII de forma simétrica. Comenzó con dolor a nivel de región lumbar, y después empezó a sentirse cansado y con las piernas pesadas. Al acostarse apareció dolor que describe como calambres. Por la mañana comenzó con dolor en hombros y parestesias en ambas manos, además de hipersensibilidad al frío. Su mujer refiere que desde que comenzó el cuadro tiene despistes y no habla con normalidad. No otra sintomatología acompañante. No catarros ni infecciones previas.

Exploración y pruebas complementarias: Pupilas isocóricas y normoreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados. Resto de pares craneales normales. Lenguaje disártrico nasal. No debilidad con la flexión cervical. No debilidad en MMSS (dudosa paresia en músculos intrínsecos de la mano) Sensibilidad táctil superficial, térmica, dolorosa, profunda, vibratoria conservadas de forma bilateral. Reflejos osteotendinosos bicipital, tricipital, estiloradial, rotuliano, aquileo cutáneo abdominales ausentes de forma simétrica. Analítica: hemograma normal, bioquímica normal, gasometría normal. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Electromiograma: velocidad de conducción sensitiva distal y la amplitud del potencial sensitivo de los nervios medianos y cubitales están en el límite inferior de la normalidad. No signos de bloqueo motor en los segmentos explorados. La velocidad de conducción sensitiva distal y amplitud del potencial sensitivo de los nervios surales es normal. No signos degenerativos en la musculatura distal de miembros inferiores. TAC: sin alteraciones.

Juicio clínico: Polirradiculoneuritis inflamatoria aguda, tipo síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: 1. Neuropatías agudas. Porfirias. Neuropatía del paciente crítico. Difteria. Toxinas. Vasculitis. Enfermedad de Lyme. 2. Enfermedades de la placa neuromuscular. Botulismo. Miastenia gravis. 3. Enfermedades musculares. Hipokalemia e hipofosfatemia. Polimiositis. Rabdomiolisis. 4. Enfermedades del sistema nervioso central. Poliomielitis, rabia. Mielitis transversa. Trombosis de la arteria basilar.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis aguda

arreflética en los países desarrollados, por ello a pesar de ser poco frecuente, 1 por 100.000 habitantes, hemos de pensar en ella ante parálisis simétrica, aguda con pérdida de reflejos. Este tipo de pacientes requerirá derivación urgente ya que habrá que realizar pruebas de imagen para descartar patología vascular, así como vigilancia estrecha por la posibilidad de desarrollar debilidad de los músculos respiratorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. SemFYC; 2011. Sociedad Española de Neurología. Trastornos de la Unión Neuromuscular.
2. SEN: Sociedad española de Neurología [Internet]. Madrid. SEN; [29 enero 2014; 15 agosto 2015] Guías y protocolos. Disponible en: <http://www.sen.es/profesional/guias-y-protocolos>