



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1994 - DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?

M. Mateo Díaz<sup>a</sup>, N. Tured<sup>b</sup>, C. Herrero Montes<sup>a</sup> y M. Podaru<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Cervantes. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara.

## Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: no RAMC, intolerancia a tramadol. No FRCV. pielonefritis aguda izquierda. CRUs de repetición. Ca. útero. IQ: histerectomía. Tratamiento: no. Motivo de consulta: paciente de 58 años que hace una semana presentó cuadro autolimitado de febrícula y diarrea. Acude por presentar debilidad en MMII, con dificultad para deambular. En la exploración presenta disminución de fuerza crural (4/5) sin otra alteración neurológica. Se deriva a urgencias donde comienza repentinamente con disminución de fuerza a nivel de MMSS. Es valorada por Neurología quien decide realizar TAC y PL sin evidenciar alteraciones. Ingresa en planta para completar estudio neurofisiológico y comenzar con tratamiento intravenoso. Niega consumo de conservas/marisco.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tetraparesia 4/5 distal en extremidades con afectación de la presión en ambas manos, separación y aproximación de dedos y flexo-extensión de ambos pies. Mayor debilidad en MSD con respecto al MII. Tono normal. Aquíleos ausentes, rotulianos 1/4, estilorradiar y bicipital derecho 1/4, estilorradiar y bicipital izquierdo 2/4. RCP flexor bilateral. PC normales. Meníngeos negativos. Marcha con dificultad en talones y puntillas sin ataxia. FO normal. Rx tórax y ECG sin alteraciones. TAC cerebral: normal. Hemograma normal. Coagulación: fibrinógeno 300, bioquímica: CPK 222 U/ml, IgA sérica 265 mg/dl, resto normal. LCR: líquido claro, leucocitos 3/mm<sup>3</sup>, hematíes 1/mm<sup>3</sup>, glucosa 61 mg/dl. Proteínas 28 mg/dl. Cultivo LCR: estéril. Serologías: Anti Hbs: positivo. Anti HBc: positivo. Anti Hbe: negativo. Lúes, VIH, hepatitis C, CMV IgM negativo. Toxoplasma IgG: positivo. Estudio neurofisiológico: compatible con polirradiculopatía desmielinizante aguda motora. Porfobilinógeno, coproporfirinas y uroporfirinas en orina: negativo.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome Guillain Barré.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis, botulismo, disección aórtica, absceso cerebral, mielitis aguda, poliomielitis, lesiones medulares, TCE, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain Barré, vasculitis, síndrome de Eaton Lambert, intoxicación por organofosforados, miopatía por estatinas, porfiria.

**Comentario final:** Tratamiento: Inmunoglobulina iv: 0,4 mg/Kg/día durante 5 días. Tras los cinco días de tratamiento, comenzó a mejorar lentamente quedándose ingresada durante 3 semanas precisando de rehabilitación al alta, dado que la paciente continua con debilidad pelviana de predominio izquierdo, dificultad para levantarse de la silla por sí sola y precisa de una muleta para caminar.

## **Bibliografía**

1. Neuropatía periférica. AMF. 2017.
2. Pérdida de fuerza en miembros Inferiores. AMF. 2014;10:1885-2521.
3. [www.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_2\\_03/mil09203.pdf](http://www.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil09203.pdf)
4. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12-guillain.pdf>
5. <https://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2012/01/OverviewSPA.pdf>

**Palabras clave:** Guillain Barré. Debilidad. Infección.