



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4479 - UNOS EXÁMENES DIFERENTES

C. Morillo-Velarde Moreno^a, L. Rojas Feixas^b, I. Aguilar López^c y J. García-Revilla Fernández^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena II. Córdoba.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. ^dMédico Residente de 3^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón 17 años, sin enfermedades, acude a consulta de Atención Primaria por malestar general y cefalea de un día de evolución, con fotofobia, fonofobia y náuseas. Afebril. Refería aumento de su estrés por exámenes. Tratamos con analgésicos, antiinflamatorios y ansiolíticos. Al día siguiente, vuelve por vómitos y deposiciones blandas, lo derivamos a Urgencias donde, tras pruebas complementarias normales e ingreso en Observación con evolución favorable, proceden a su alta con sospecha de mononucleosis infecciosa. A los cuatro días vuelve por tercera vez presentando la misma sintomatología junto a debilidad importante de ambos miembros inferiores con imposibilidad para la deambulación autónoma, lo derivamos de nuevo a Urgencias con sospecha de polirradiculopatía aguda (síndrome de Guillain Barré (SGB) secundario a viriasis).

Exploración y pruebas complementarias: Constantes, auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Neurológica: inicialmente normal, tras la tercera consulta observamos disminución de reflejos osteotendinosos en miembros inferiores, hipoestesia algésica en calcetín, no tolera bipedestación autónoma. Hemograma normal salvo discreta monocitosis, bioquímica normal salvo ALT 329 u/L (8-41), coagulación, serologías y autoinmunidad normales. Radiografía tórax, abdomen, TC cráneo, punción lumbar, ecografía abdominal, resonancia magnética cerebral y cervical: normal. Electromiograma: signos de afectación neurógena sugerentes de un proceso proximal y carácter desmielinizante. Tras tratamiento con inmunoglobulinas, presentó buena evolución.

Orientación diagnóstica: El SGB es una polineuropatía desmielinizante aguda inmunitaria con parestesias y disestesias en manos y pies siendo la manifestación principal la pérdida de fuerza que suele afectar antes a extremidades inferiores. El 60% se precede de una infección digestiva o respiratoria. Ante la sospecha, los pacientes requieren ingreso hospitalario por tener una mortalidad de un 3-10%.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis. Mielitis aguda o compresión medular. ACV de tronco. Trastornos psicógenos. Miopatías inflamatorias.

Comentario final: Debemos realizar una buena y completa exploración física en la consulta de Atención Primaria a los pacientes, ya que es fundamental para establecer un diagnóstico, como es

nuestro caso que la clínica y exploración es suficiente para su sospecha.

Bibliografía

1. Guidelines from the American Academy of Neurology (AAN).
2. Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, et al. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2011;36:123.
3. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med*. 2012;366:2294-304.

Palabras clave: Síndrome Guillain Barré. Polineuropatías agudas. Pérdida de fuerza.