



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4528 - VEO, VEO

I. Corredor Martiarena<sup>a</sup>, L. Gainza García<sup>b</sup>, S. Martín García<sup>c</sup> y A. Marquina García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Chiloeches. Guadalajara.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 60 años, sin RAM, fumadora 15 cig/día (IPA 30), que acude a Urgencias por diplopía binocular horizontal y en la mirada lejana de inicio súbito siendo diagnosticada de paresia de VI par craneal derecho de probable origen isquémico, por lo que se pauta antiagregación con Adiro 100 mg y realización de TAC craneal de forma ambulatoria. Acude 24 horas más tarde por persistencia de sintomatología y además, pérdida de fuerza en MMII con inestabilidad al caminar y entumecimiento en ambas manos. La semana anterior presentó cuadro catarral y deposiciones diarreicas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 141/71 mmHg. FC: 92 lpm. SatO<sub>2</sub> basal: 99%. T<sup>a</sup> 36,2 °C. BEG. NRL: Consciente. Orientada en tiempo y espacio, habla fluida normal. Marcha atáxica con aumento de la base de sustentación, tándem imposible. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. ROT abolidos. No disdiadocinesias. PPCC: Déficit en abducción OD (paresia del VI PC derecho) con diplopía, déficit de abducción OI sin diplopía. Diplopía en mirada lateral-inferior izquierda. Limitación bilateral para la mirada superior. Resto sin anomalías. Analítica, ECG, Rx tórax y TAC craneal normal.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Miller-Fisher.

**Diagnóstico diferencial:** Patología isquémica, neoplásica de nervios craneales. Encefalitis por VIH-CMV. Miastenia gravis. Oftalmopatía tiroidea.

**Comentario final:** Ingresa en Neurología y durante su estancia se realiza EMG compatible con el diagnóstico clínico, RMN cerebral que descarta lesiones estructurales agudas, estudio analítico con IgA normal y AntiGQ1b positivo sin otras alteraciones significativas. Recibe tratamiento con inmunoglobulina intravenosa durante 5 días con evolución favorable. El síndrome de Miller-Fisher es la variante clínica más frecuente del síndrome de Guillain-Barré. Se desconoce la etiología, pero se asocia a procesos infecciosos recientes, siendo el más frecuente, de origen gastrointestinal. Clínicamente, se caracteriza por la triada clásica de arreflexia, ataxia y oftalmoplejia, siendo este último, el primero en aparecer en un 50% de los casos. El diagnóstico es eminentemente clínico. Es importante conocer esta enfermedad para tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial desde el servicio de Urgencias.

## **Bibliografía**

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Ataxias y la degeneración cerebelosa o espinocerebelosa. 2014.
2. González, et al. Experiencia del síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos. Neurología. 2016:389-94.

**Palabras clave:** Diplopía. Ataxia. Oftalmoplejia.