Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2860

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3535 - DOCTORA, EN EL COLEGIO ME HAN DICHO QUE MI HIJO COJEA

E. González Nespereira[1], E. Fernández García[1], M. Rodríguez Alonso[2] y M. Díaz Puente[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. [2]Pediatra. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. [3]Médico de Familia. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 8 años que es traído por su madre por cojera. Entra a la consulta arrastrando ambas piernas con genu varo y balanceo del cuerpo. Le cuesta subir a la camilla, y al sentarse en el suelo y levantarse va trepando con sus manos lentamente hasta erguirse. Además, en días previos se ha quejado de dolor y debilidad en ambos miembros inferiores. No ha tenido fiebre, ni otro síntoma. Recordando, hace 3 semanas sufrió un episodio de vómitos y diarrea. Evoluciona en la consulta con debilidad muscular ascendente y simétrica, cayéndole los juguetes de las manos. Se decide derivación a Urgencias, y ante sospecha de síndrome de Guillain-Barré ingresa en UCIP.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada, marcha en Trendelemburg con dificultad para ponerse de puntillas, disminución de fuerza en MMII y signo de Gowers positivo. A lo largo de la tarde comienza con hiporreflexia rotuliana y aquílea, así como debilidad en brazos y manos que no presentaba a su llegada. Afectación simétrica sin alteraciones sensitivas. En Urgencias, analítica con CPK normal. RNM cervico-torácico-lumbar normal, LCR normal. EMG durante el ingreso con disminución de amplitud y velocidad de conducción nerviosa normal.

Orientación diagnóstica: Síndrome Guillain-Barré motor axonal.

Diagnóstico diferencial: Miositis aguda benigna. Enfermedad de Perthes. Compresión medular por tumor.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía aguda de origen autoinmune, en el 70% precedida de una causa infecciosa respiratoria o gastrointestinal en 1-3 semanas previas. En Pediatría, es más frecuente en varones entre 4-9 años, teniendo incidencia 4:100.000. Se produce una debilidad y arreflexia ascendente pudiendo producir alteraciones sensitivas, fallo del sistema nervioso autonómico y parálisis bulbar. Precisa monitorización en UCI, y la transfusión de inmunoglobulinas puede acelerar la recuperación. Tras la fase de instauración, se establece una fase de meseta y fase de progresión que puede llevar varios meses precisando intensa recuperación funcional. Existen variantes clínicas, en nuestro caso la neuropatía axonal motora aguda que afecta solamente al axón y produce únicamente alteraciones motoras.

Bibliografía

1. López Sobrino G, Huete Hernani B. Déficits motores o sensitivos agudos. En: Guerrero-

Fernández J, Cartón Sánchez AJ. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría, 6ª ed. Madrid: Panamericana; 2018. p. 2001-10.

Palabras clave: Guillain-Barré. Cojera. Campylobacter jejuni.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.