



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

333/108 - 'DOCTOR, TENGO CATARRO Y NO PUEDO CAMINAR'

R. Correa Gutiérrez¹, M. Alonso Santiago¹, J. Correa Gutiérrez², L. Rodríguez Vélez³, R. Maye Soroa¹, C. Marinero Noval⁴.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ²Enfermero. Hospital Parque Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. ³Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años, hipertenso tratado farmacológicamente, que avisa para visita a domicilio por pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores a raíz de un cuadro viral de 10 días de evolución. Hace 5 días comenzó con parestesias en ambos pies y debilidad ascendente en ambos miembros inferiores. Desde hoy, imposibilidad para la bipedestación y debilidad en ambos miembros superiores.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración por órganos y aparatos anodina. Destaca tos poco energética, con dificultad para la expectoración. En cuanto a la exploración neurológica, objetivamos pares craneales normales, debilidad en la flexión del cuello 4/5. Fuerza en miembros superiores tríceps 4/5, brazo 4/5; fuerza en miembros inferiores proximal 4-/5 excepto adducción muslo 4+/5, y distal 4+/5. ROT abolidos. RCP flexor bilateral. Sensibilidad táctil conservada. Se traslada al Hospital Sierrallana para tratamiento. A su llegada, se realizó una punción lumbar y se ingresó en Cuidados Intermedios para monitorización y tratamiento con Inmunoglobulinas 32 mg/24h durante 5 días.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Mielitis aguda, Botulismo, Neuropatía tóxica, Enfermedad de Lyme.

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía inflamatoria y desmielinizante que causa afectación motora aguda o subaguda, en ocasiones muy severa (tetraplejía e insuficiencia respiratoria) y afectación autonómica (hipotensión y arritmias ventriculares). Suele estar precedido de una infección respiratoria o gastrointestinal de 1 a 4 semanas antes del desarrollo de la clínica. Siendo el *Campylobacter jejuni* el microorganismo más frecuentemente asociado. Típicamente el cuadro se inicia como parestesias y debilidad distal en brazos y piernas, seguidos de una parálisis ascendente; rápidamente progresiva y simétrica, que se desarrolla en días, primero distal y luego generalizada; con ROT abolidos. El signo diagnóstico más característico es la disociación albúmino-citológica en el LCR. En cuanto al tratamiento, monitorizaremos al paciente por el riesgo de insuficiencia respiratoria y arritmias y administraremos inmunoglobulinas iv (0,4 gr/ kg./ día, 3-5 días) y/o plasmaféresis.

Bibliografía

Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré síndrome. N Engl J Med. 2012; 366 (24):2294-304. **Palabras clave:** Parestesias, ROT abolidos, Guillain-Barré.