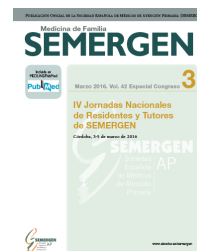




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-021 - DOCTOR, ME SIENTO TORPES LAS PIERNAS

F.J. Roquette Mateos^a, J.J. Castro Moreno^b, J.L. Almenara Abellán^c, J. Santos Romera^d y J. Segovia Rodríguez^a

^aCS Santa Rosa. ^bCS de la Carlota. ^cCS de Posadas. ^dCS Castilla del Pino.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 55 años, sin alergias medicamentosas, migrañosa. Intervenciones quirúrgicas: Anexectomía derecha (por tumor benigno según refiere). Acude al servicio de urgencias por sensación de hormigueo desde cintura, pelvis y ambos miembros inferiores (más en izquierdo) hasta los dedos del pie. No dolor lumbar (refiere traumatismo hace aproximadamente un mes en dicha zona y estuvo asintomática), no pérdida de fuerza. Inestabilidad para deambular. Dos semanas antes cuadro de GEA.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, normohidratada y normoperfundida. Eupneica con saturación O₂: 99%, TA 140/83, FC 76 lpm y temperatura 36,3 °C. Exploración neurológica: nivel de conciencia normal, PINR, MOE y MOI normales. Pares craneales normales. No disartria ni afasia. Hipoestesia táctil superficial dolorosa en región glútea y periné, cara dorsal del muslo izquierdo, cara externa de pierna izquierda y planta de pie izquierdo. Afectación leve de sensibilidad profunda en miembro inferior izquierdo (vibratoria y posicional). Afectación de esfínter anal con estreñimiento. ROT ++ simétricos. RCP flexores. Paresia espástica miembro inferior izquierdo de predominio distal 4/5 en dorsiflexión, flexión plantar, bíceps femoral y psoas. ACR: Tonos rítmicos con buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservados sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin masas ni megalias. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Serología completa negativa. Marcadores tumorales negativos. Cultivo de heces: flora positiva para *Campylobacter jejuni*. LCR: 1 leucocito (100% linfocitos), glucosa 78, proteínas 44, ADA: 0,7 (normal). TAC abdomino-pélvico: sin hallazgos valorables. RMN columna lumbosacra: no se visualizan hernias discales o lesiones en partes blandas. Médula de calibre y señal normal. Radiografía columna lumbosacra: sin hallazgos valorables. TAC cráneo: sin hallazgos valorables. EMG: afectación polineuropática sensitiva extendida a miembros inferiores de carácter axonal compatible con polirradiculoneuritis inflamatoria aguda.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré por *Campylobacter jejuni*.

Diagnóstico diferencial: Mielopatías, enfermedad de Lyme, miastenia gravis, paraneoplasias, infecciones SNC, hernias lumbares, isquemia cerebral...

Comentario final: El síndrome de Guillain-Barré, a diferencia de otros procesos como la esclerosis múltiple y la, es una afección del sistema nervioso periférico y generalmente no conlleva daño ni al cerebro ni a la médula espinal. La paciente fue tratada con bolo de corticoide en un principio sin

mejoría, posteriormente tras descartar enfermedad de otro origen comenzó a mejorar con la ayuda de rehabilitación. Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial en este caso, así como una anamnesis muy profunda y detallada ya que es la clave para poder llegar al diagnóstico correcto de esta enfermedad, junto con la ayuda de las pruebas complementarias que tenemos disponibles en el medio hospitalario en el servicio de urgencias y hospitalización.