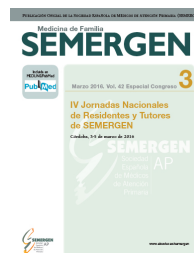




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-285 - DOCTOR, NO PUEDO ABRIR LOS OJOS

J. Rodríguez Toboso, C. Crespo Cotillas, G. Lorenzo González, M. López Valcárcel, M. Ruipérez Moreno y M. Minuesa García

CS Zona VIII.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: mujer de 52 años que presenta alergia a hidantoína,  $\beta$ -lactámicos, tetraciclinas y estreptomina. Síndrome de Lyell diagnosticado a los 8 años de edad que le condiciona actualmente una pérdida de visión bilateral de aproximadamente el 90%. Diagnosticada de espondiloartrosis, pendiente de trasplante de córnea. Como antecedentes quirúrgicos se le realizó una ooforectomía izquierda por quiste ovárico. Hace 3 meses diagnosticada de queratitis herpética corneal, posteriormente sobreinfectada por *S. epidermidis* por lo que está en tratamiento antibiótico y con antifúngicos con buena evolución. La paciente está en tratamiento actualmente con Valtrex/24h, Fluconazol/24h, Exocin en colirio 2 0 3 veces al día. Acude a consulta de atención primaria por cuadro catarral de 2 días de evolución con tos y expectoración mucopurulenta, ante auscultación pulmonar normal y ausencia de fiebre, se decide tratamiento sintomático con paracetamol. La paciente acude de nuevo 8 días después a consulta de atención primaria, por cuadro de imposibilidad para abrir los ojos, voz nasalizada y debilidad generalizada por lo que se decide derivar a la paciente al servicio de urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 155/90 mmHg, T<sup>a</sup> 35,6 °C, SatO<sub>2</sub> 99%. Colaboradora, sequedad de piel y mucosas, eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Neurológico: orientada en las 3 esferas, voz nasalizada que empeora con la bipedestación. MOE disminuidos sobre todo en la lateralización de la mirada conjugada al lado izquierdo, V par normal, paresia facial con distribución periférica bilateral. Tono muscular 4/5 a nivel distal y proximal en MMSS y MMII. RCP flexor bilateral. Reflejo cutáneo-abdominales conservados. ROTs estilorradiar y bicipital conservados, resto abolidos. Sensibilidad táctil, vibratoria y algésica conservadas. No ataxia. Bipedestación normal. Marcha posible con ayuda siendo evidente cierto patrón de estepaje bilateral. En urgencias analítica y radiografía de tórax normales. Se realizó TAC craneal que fue normal y se realizó PL anodina, a pesar de ello se inició tratamiento con inmunoglobulinas ante la alta sospecha de síndrome de Guillain Barré y la paciente fue ingresada en el servicio de Medicina intensiva. Durante su estancia se realizaron estudios de autoinmunidad y serologías que fueron negativas y RM sin hallazgos relevantes. Se completaron 5 ciclos de inmunoglobulinas. Tras 18 días de ingreso en UCI la paciente presentó mejoría neurológica con mínima apertura palpebral bilateral durante segundos, mejoría de la paresia del VI par bilateral, recuperando reflejos osteotendinosos, fuerza y sensibilidad. Ante esta mejoría clínica la paciente finalmente se traslada a Neurología donde es dada de alta días después tras buena evolución.

**Juicio clínico:** 1. Síndrome de Guillain Barré variante Miller Fisher. 2. Traqueobronquitis por *H. influenzae*.

**Diagnóstico diferencial:** Esclerosis lateral amiotrófica. Miastenia gravis autoinmune.

**Comentario final:** La forma de Miller Fisher constituye un diagnóstico especial, ya que conforma aproximadamente 5% de los SGB. Inicialmente descrita como ataxia, oftalmoplejia y arreflexia. En la actualidad clínicamente prevalecen los datos de oftalmoplejia.