

# “NO HAY ENFERMEDADES, SINO ENFERMOS ”



Noemí Noguera Rubio (Rotatorio Pediatría)  
Tutor: Pedro Alcalá Minagorre (Pediatría - Escolares)

Servicio de Pediatría, HGUA

# ANAMNESIS

- MC: niño 6 años - dolor en MMII 7 días de evolución
- AP: sin relevancia clínica. Vacunación al día
- EA: dolor- **predominio MMII**  
**no respuesta a analgesia**  
**mayor por la noche - interrumpe sueño**  
**impotencia funcional**  
realiza movimientos MMII cuando inicio dolor
- No alteración de esfínteres ni traumatismos previos
- Antecedentes de **GEA** 7 días antes
- Valorado en Urgencias de madrugada en varias ocasiones (3 en 4 días)

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes: normales. No HTA, ni fiebre.
- Raquis: sin alteraciones visibles ni dolor a la palpación
- LM: Dolor intenso a la palpación huecos poplíteos y gemelo derecho. Extensión incompleta de MMII y contractura de isquiotibiales
- NRL: ROT rotulianos y aquíleos presentes y simétricos.  
Fuerza y tono normales  
No signos parálisis flácida, ataxia ni miopatía

## ACTITUD INICIAL

Analgesia oral + Miorrelajante oral: sin respuesta

## SOSPECHA INICIAL

Parasomnia – Dolores crecientes

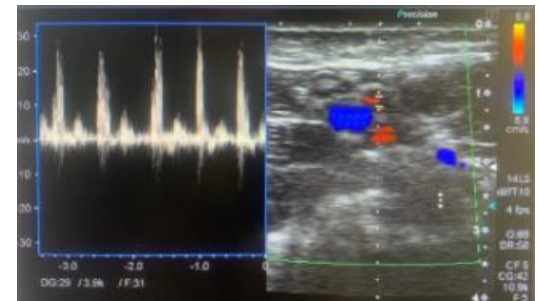
# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

|                                                        | A favor                                                                            | En contra                                                             | Prueba de comprobación                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Miositis<br/>(infección por enterovirus)</b>        | Antecedentes de infección.<br>Dolor intenso y agudo de pantorrillas + claudicación | Edad más temprana<br>Infección respiratoria (Influenza, Mycoplasma..) | [CK] pl                                             |
| <b>Sd. piernas inquietas</b>                           | Dolor nocturno y que despierta                                                     | No articular + intermitente<br>(remisión al día siguiente)            | Fe, Ferritina, transferrina...                      |
| <b>Dolores crecientes<br/>(del crecimiento)</b>        | Dolor nocturno y en reposo                                                         | Más incomodidad e inquietud que dolor                                 |                                                     |
| <b>Espondilodiscitis</b>                               | Dolor y rigidez lumbar, cojera                                                     | Más precoz. Debilidad, fiebre, síntomas neurológicos y respiratorios  | Rx + RMN<br>(estrechamiento espacio intervertebral) |
| <b>Compresión medular</b>                              | Dolor irradiado a piernas                                                          | Dolor lumbar<br>Hiporreflexia<br>Pérdida control esfínteres           | RMN                                                 |
| <b>Trastorno funcional</b>                             | Clínica inespecífica<br>Oscilaciones síntomas                                      | No exclusión de otros diagnóstic                                      | Observación y seguimiento                           |
| <b>Enfermedad desmielinizante – Sd. Guillain Barré</b> | Dolor “generalizado” en MMII<br>Debilidad muscular                                 | Ausencia ROT                                                          | EMG                                                 |

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Eco Doppler MMII
- Rx MMII PA y lateral
- RMN Columna
- Analítica - Bioquímica:
  - Fe, transferrina y ferritina
  - PCR , leucocitos, CK pl

Normales



Coprocultivo: NO por ser proceso postinfeccioso

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS II

- EMG: baja conducción nerviosa motora+ sensorial +signos denervación muscular aguda –  
**polinueropatía sensitivo - motora desmielinizante**  
( ↑ afectación MMII, ↓ MMSS)
- PL LCR: **glucosa normal,**  
**No pleocitosis (<10 céls/ml),**  
**PROTEÍNAS elevadas**  
**(> x2 v.n - disociación albumino-citológica)**

# DIAGNÓSTICO

## SD. GUILLAIN – BARRÉ

## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

- Infusión **Ig i.v** (1gr/kg x 2 días) → mejoría importante y rápida dolor y marcha
- Analgesia : buena respuesta
- 9º día: alta - Pregabalina  
Reposo 1 semana  
RHB

# CONCLUSIONES

## - SD. Guillain-Barré:

- Polineuropatía aguda desmielinizante - autoinmune
- $\frac{2}{3}$ : infección respiratoria o GI 2-6 semanas antes
- LCR: disociación albúmino-citológica
- Debilidad simétrica, rápidamente progresiva, ascendente (distal → proximal).  
Posible afectación musculatura bulbar respiratoria.
- Dolor neuropático
- Incapacidad para la marcha
- Abolición ROT



- ## - Sesgo de representatividad:
- selección de un diagnóstico en base a que presenta síntomas muy representativos de una enfermedad



# GLOSARIO ABREVIACIONES

- MC: motivo de consulta
- MMII/SS: miembros inferiores/superiores
- AP: antecedentes personales
- EA: enfermedad actual
- GEA: gastroenteritis aguda
- HTA: hipertensión
- LM: aparato locomotor
- NRL: sistema neurológico
- ROT: reflejos osteotendinosos
- RMN: resonancia magnética nuclear
- CKpl: Creatina quinasa plasmática
- Rx: radiografía
- EMG: electromiografía
- PCR: proteína C reactiva
- PL LCR: punción lumbar de líquido cefalorraquídeo

# BIBLIOGRAFIA

- Yuki N, Kokubun N, Kuwabara S, et al. Guillain-Barré. Syndrome associated with normal or exaggerated tendon reflexes. J. Neurol. 2012; 259: 1181-90.
- Stephen LH, Anthony AA, et al. Guillain-Barré. Syndrome & other immune-mediated neuropathies. HPIM. 2012; 18: 3473-7.
- Gupta D, Nair M, Baheti NN, Sarma PS, Kuruvilla A, Diplomate-American Board. Electrodiagnostic and clinical aspects of Guillain-Barré syndrome: an analysis of 142 cases. J Clin Neuromuscul Dis. 2008; 10: 42-51.