

## SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: UN CASO ATÍPICO

### GUILLAIN BARRÉ SYNDROME: AN ATYPICAL CASE

Alberto Rojas-Rojas<sup>1</sup>  
Julio Albines-Perez<sup>2</sup>

Recibido: 05 de abril del 2019  
Aceptado: 10 de abril del 2019

#### RESUMEN

**Objetivo:** Reportar un caso, criterios diagnósticos y auxiliares, del tratamiento realizado en primera instancia y evitar las complicaciones en la población pediátrica y adulta.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 9 años de edad que presentó debilidad de miembros inferiores de manera insidiosa y progresiva, dolor en miembros inferiores (en pantorrillas, simétrico). Se le realizó punción lumbar y se evidenció proteinorraquia y electromiografía.

**Conclusiones:** En la punción lumbar se presentó una disociación citológica, cumpliendo los criterios sugerentes de un síndrome *Guillain Barré*. Se trató el caso con inmunoglobulina G humana que responde adecuadamente.

**Palabras clave:** Síndrome de *Guillain-Barré*, polirradiculoneuritis aguda, insuficiencia respiratoria aguda, Plasmaféresis, inmunoglobulinas polivalentes.

#### SUMMARY

**Objective:** Report a case, diagnostic and auxiliary criteria, what treatment to perform in the first instance and avoid complications in the pediatric and adult population.

**Clinical case:** A nine year old female patient presented weakness of lower limbs, insidiously and progressively pain in the lower limbs (calves, symmetrical). He underwent lumbar puncture evidencing proteinorraquia and electromyography.

**Conclusions:** In the lumbar puncture presents a cytological dissociation, fulfilling the criteria suggestive of a *Guillain Barré* syndrome, being treated with human immunoglobulin G that responds adequately.

**Keywords:** *Guillain Barré* syndrome; Acute polyradiculoneuritis; Severe respiratory insufficiency; Plasmapheresis; Polyvalent immunoglobulins.

1 Escuela de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

2 Hospital Belén de Trujillo, Trujillo, Perú

## **INTRODUCCIÓN**

Síndrome de *Guillain Barré* (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de rápida evolución y potencialmente fatal. Se trata de una enfermedad autoinmune, autolimitada, desmielinizante, desencadenada principalmente por un proceso infeccioso que provoca debilidad en las extremidades y a menudo de los músculos faciales, músculos respiratorios y de la deglución. Su incidencia anual es de 0,5 a 2 por 100,000 habitantes, cerca de 100 000 personas desarrollan *Guillain Barré* (SGB) cada año en todo el mundo(1),(2),(3).

Se presenta habitualmente como una parálisis motora ascendente con arreflexia y disociación albuminocitológica en el líquido cefalorraquídeo(4). La forma clásica del SGB es la polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda (AIDP)(4). En 2/3 de los casos hay antecedente de infección del tracto respiratorio superior o gastrointestinal (GI), y los gérmenes más frecuentes son *Campylobacter jejuni* (30%), *Citomegalovirus*(10%), *virus de Epstein-Barr*, *virus varicela zóster* y *Mycoplasma pneumoniae*(5).

El diagnóstico abarca criterios clínicos, el síndrome de *Guillain Barré* (SGB) evoluciona con el día, a menudo a partir del entumecimiento en las extremidades inferiores y debilidad en la misma distribución. La progresión de los síntomas, en particular la debilidad, puede ser rápida, lo que resulta en cuádruplejía dentro de unos pocos días. Aproximadamente el 50% de los pacientes logra la máxima debilidad en 2 semanas, 80% en 3 semanas y 90% en 4 semanas. El diagnóstico se puede apoyar, además, en pruebas auxiliares como son la disociación albumino-citológica del líquido cefalorraquídeo, electromiografía, presencia de anticuerpos anti-gangliosido, así como en el engrosamiento de raíces nerviosas en la imagenología (6).

En la década de los 80, los trabajos de Osteman demostraron la efectividad de la plasmaféresis junto con el beneficio de las inmunoglobulinas G humana que se constituyen en el pilar del tratamiento de este síndrome. Generalmente tiene buen pronóstico y no hay recurrencias, pero aproximadamente un 20% de los pacientes queda con discapacidad severa y un 2% muere. El dolor es un síntoma frecuente en el SGB y puede presentarse hasta en el 72% de los casos<sup>5</sup>, incluso en las variantes puras motoras<sup>6</sup>. Generalmente es de intensidad moderada a severa, y puede darse en cualquier estadio de la enfermedad (5),(7).

## **REPORTE DE CASO**

Paciente mujer de 9 años de edad que hace 7 días presentó, de manera insidiosa y progresiva, dolor en miembros inferiores (en pantorrillas, simétrico). Su madre refirió darle pastilla antigripal pero el dolor persistió. Un día antes del ingreso fue llevada a médico particular que le indicó relajantes musculares en tabletas por contractura muscular con leve mejoría del dolor acompañada de dificultad para pararse y caminar sola. Fue llevada por su madre al Hospital Belén de Trujillo, donde se le solicitó exámenes de laboratorio, hemograma completo: hemoglobina: 12 g/dl, plaquetas: leucocitos: 53, 79 %, PCR: 0, 3 mg/L, glucosa: 123 mg/dl, urea: 30 mg/ dl y perfil básico de coagulación. Al día siguiente de su ingreso continuó con el cuadro mencionado de evolución estacionaria, se le indicó reposo en cama, control de signos vitales cada 4 horas, dieta completa, O<sub>2</sub> húmedo para mantener SatO<sub>2</sub> mayor o igual a 94%, se vigiló signos de alarma y ante presunción diagnóstica de Síndrome de Guillain Barré se solicitó exámenes paraclínicos de punción lumbar para estudio citoquímico - bacteriológico y electromiografía. 5 días después del ingreso se le programó para punción lumbar, se observó proteino citológico compatible con Síndrome de Guillain Barré (tabla 1). Ocho días después de su ingreso se realizó electromiografía (tabla 2). El estudio fue realizado en las 4 extremidades evidenciando polineuropatía motora desmielinizante, afectación sensitiva desmielinizante solo en nervio perineal y cubital izquierdo, mediano y cubital derechos, no evidencia daño axonal en examen actual. La paciente fue hospitalizada en sala de aislamiento, con reposo en cama, control de signos vitales cada 4 horas, dieta completa, O<sub>2</sub> húmedo para mantener Sato<sub>2</sub> mayor o igual a 94%, recibió tratamiento con inmunoglobulina endovenosa 0,4 g /kg/ día por 5 días. Se observó mejoría de signos y síntomas.

**Tabla 1.** Resultados del examen de líquido cefalorraquídeo realizado en el quinto día de hospitalización. Se aprecia disociación albumino-citológica (proteínas: 145,8 mg/dl y RC: 12xmm<sup>3</sup>)

	Valor encontrado	Valor de referencia
Glucosa 109mg/dl	109mg/dl	40-74mg/dl
Proteínas	145,8mg/dl	15-45mg/dl
Recuento celular	12xmm <sup>3</sup>	
NM	92%	
PMN	8%	

**Tabla 2.** Resultados del examen de electromiografía realizado en el octavo día de hospitalización. Se aprecia

#### Polineuropatía motora desmielinizante

- Afectación sensitiva desmielinizante solo en nervios peroneal y cubital izquierdo, mediano y cubital derecho.
- No se evidencia daño axonal en el examen actual.

## DISCUSIÓN

El SGB constituye un conjunto de síndromes que se manifiestan como diferentes subtipos de trastornos, con rasgos electrofisiológicos y anatomopatológicos distintos cuyo máximo pico clínico de afectación se sitúa entre las 2 y 4 primeras semanas desde el inicio de los síntomas. Se caracteriza clínicamente por la presencia de una parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en el LCR(8). En 1953, Guillain habían reconocido varias formas de GBS y propuesto una clasificación clínica que tuvo en cuenta cuatro presentaciones: la forma afectan las extremidades inferiores; la forma espinal y tallo cerebral; la forma diencefálica y la forma polirradiculoneuropatía con la conciencia perturbada (9). El tipo más común es la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP, de sus siglas en inglés), en aproximadamente un 90% de casos. La mayoría de los estudios muestran que la incidencia del SGB aumenta con la edad, con un pico máximo entre los 70 y los 80 años y un descenso posterior(4). El SGB tiende a afectar a los hombres con más frecuencia que a las mujeres en una proporción de 1,5: 1 y se produce en todos los grupos de edad, la incidencia aumenta con la edad(10). En el Perú los casos de SGB no son raros y se estiman entre 300 y 500 casos anuales a nivel hospitalario(11). Los primeros síntomas del síndrome de Guillain-Barré son entumecimiento, parestesias, debilidad, dolor en las extremidades o alguna combinación de estos síntomas. La característica principal es la debilidad bilateral y relativamente simétrica progresiva de las extremidades, y la debilidad progresa durante un período de 12 horas a 28 días antes de que se alcance una meseta(12). El diagnóstico diferencial es amplio y la evaluación neurológica detallada localiza la enfermedad de los nervios periféricos en lugar de la base del cerebro, la médula espinal, cola de caballo, función neuromuscular o los músculos. La presencia de parestesia distal aumenta la probabilidad de diagnóstico correcto del síndrome de Guillain-Barré(12). Todos los pacientes con SGB requieren un seguimiento minucioso y pueden beneficiarse en la atención de apoyo y el inicio temprano de la especificación del tratamiento(13). En este caso aparentemente no presentó un cuadro sugerente a una patología, tampoco presentó cuadro infeccioso en los últimos 30 días.

El pronóstico de recuperación en pacientes con SGB puede ser favorable, con síntomas residuales de poca importancia; sin embargo, la tasa de mortalidad varía de 2% a 12%, y la insuficiencia respiratoria es la complicación que pone más en peligro la vida. Aproximadamente un tercio de los pacientes con SGB son admitidos en una unidad de cuidados intensivos (UCI), y muchos requieren ventilación

mecánica. Durante esta fase crítica, estos pacientes están en riesgo de complicaciones sistémicas con el potencial de la morbilidad y la mortalidad consecuente (14).

## **CONCLUSIONES**

El síndrome de Guillain-Barré es la causa más común de parálisis flácida aguda en la población adulta. Es importante mencionar que en estudios actuales el síndrome de Guillain-Barré se observa en la población joven.

El síntoma más común del síndrome de Guillain-Barré reportado fue la parálisis ascendente.

El diagnóstico temprano proporciona tratamientos con mejores resultados y menos secuelas como morbimortalidad en esta patología.

En este caso reportado la elaboración de una buena historia clínica, el examen clínico que reveló signos y síntomas cardinales condujo al médico a solicitar exámenes paraclínicos auxiliares para ratificar la impresión diagnóstica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rojas M. Aspectos clínicos y terapéuticos del Síndrome de Guillain Barré. *Rev méd Trujillo* 2018;13(2):95-9
2. Diaz-Soto S, Chavez K, Chaca A, Alanya J, Tirado-Hurtado I. Outbreak of Guillain-Barre syndrome in Peru. *eNeurologicalSci* [Internet]. marzo de 2019 [citado 4 de julio de 2019];14:89-90.
3. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *The Lancet* [Internet]. agosto de 2016 [citado 4 de julio de 2019];388(10045):717-27.
4. Aragonès JM, Altimiras J, Alonso F, Celedón G, Alfonso S, Roura P, et al. Incidencia y características clínicas del síndrome de Guillain-Barré en la comarca de Osona (Barcelona, España) (2003-2016). *Neurología* [Internet]. junio de 2018 [citado 4 de julio de 2019].
5. Peña L, Moreno CB, Gutierrez-Alvarez AM. Manejo del dolor en el síndrome de Guillain-Barré. Revisión sistemática. *Neurología* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 4 de julio de 2019];30(7):433-8.
6. Donofrio PD. Guillain-Barre Syndrome. *American Academy of Neurology*. 2017;23(5):1295-309.
7. Rodríguez-Coy ER-C, Díaz-Melgarejo F, Mojica-Vargas JD. Síndrome de Guillain-Barré, reporte de un caso en un lactante mayor y revisión de la literatura. *Rev Investig En Salud Univ Boyacá* [Internet]. 24 de julio de 2017 [citado 4 de julio de 2019];4(1):104.
8. Rodríguez DGP. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Guillain Barré, segundo y tercer nivel de atención. *Inst Mex Seguro Soc*. 3 de noviembre de 2016;76.
9. Créange A. Guillain-Barré syndrome: 100 years on. *Rev Neurol (Paris)* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 4 de julio de 2019];172(12):770-4.
10. Tavee J. Guillain-Barré Syndrome. En: *Encyclopedia of the Neurological Sciences* [Internet]. Elsevier; 2014 [citado 4 de julio de 2019]. p. 486-90.
11. Quispe AM, Araujo R, Joshi Acosta, Pimentel P, Carrión AMM, Salinas EO, et al. Reporte de Evidencias N° 1 Revisión rápida sobre el síndrome de Guillain-Barré. *EsSalud* [Internet]. 2018 [citado 4 de julio de 2019].
12. Yuki N, Hartung H-P. Guillain-Barré Syndrome. *N Engl J Med* [Internet]. 14 de junio de 2012 [citado 4 de julio de 2019];366(24):2294-304.
13. Esposito S, Longo MR. Guillain-Barré syndrome. *Autoimmun Rev* [Internet]. enero de 2017 [citado 4 de julio de 2019];16(1):96-101.
14. Hu M-H, Chen C-M, Lin K-L, Wang H-S, Hsia S-H, Chou M-L, et al. Risk Factors of Respiratory Failure in Children with Guillain-Barré Syndrome. *Pediatr Neonatol* [Internet]. octubre de 2012 [citado 4 de julio de 2019];53(5):295-9.

# INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Los artículos enviados a la Revista deben ser originales e inéditos; estar redactados en español, impresos en papel bond blanco de medida ISOA4 (212x 297 mm) en una sola cara, a doble espacio, con márgenes de por lo menos 25 mm.

La extensión total del manuscrito, incluyendo bibliografía, no será mayor de 12 páginas, escritas en una sola cara, en caracteres de 12 puntos en estilo Times New Roman.

Debe enviarse carta de presentación acompañada de original y dos copias en papel, más un archivo del artículo en formato Word y tablas en Excel. Cada componente del manuscrito empezará en página aparte, las que se numerarán en forma consecutiva.

La estructura de un Artículo Original será la siguiente:

- Título en español e inglés
- Nombre y apellidos del autor o autores
- Resumen y palabras clave
- Abstract y key words
- Introducción
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Agradecimientos (si es el caso)
- Referencias bibliográficas

El Artículo de Revisión comprende: Título en español e inglés, Autor(es), Resumen, Palabras clave, Abstract, Key words, Introducción, Método utilizado para localizar y seleccionar los artículos relevantes sobre el tema, Análisis y comparación de los resultados encontrados, Coincidencias y discrepancias, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas.

Un reporte de Caso Clínico involucra: Título en español e inglés, Autor (es), Resumen, Palabras clave, Abstract, Key Words, Introducción, Método utilizado para localizar y seleccionar los artículos relevantes sobre el tema, análisis y comparación de los resultados encontrados, Coincidencias y discrepancias, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas.

Todos los trabajos serán sometidos a revisión y evaluación por pares de la misma área, profesión y especialidad (arbitraje).

El título o grado académico del autor o autores y su filiación institucional aparecerá en un pie de la primera página del artículo, separado del texto por una línea horizontal.

Todas las unidades de medida deben ser expresadas según el Sistema Internacional de Unidades. Las cifras deben agruparse entríos a la derecha e izquierda de la coma decimal y separadas entre sí por un espacio simple.

Las figuras y las tablas con sus leyendas y títulos respectivos se incluirán en páginas aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas después de las referencias. Las tablas no deben tener rayado interno.

El formato de las referencias bibliográficas seguirá en general el estilo Vancouver.

En el texto, las referencias se numerarán consecutivamente en orden de mención, con números arábigos pequeños exponenciales. En ese orden se agruparán al final del trabajo. Se asignará un solo número a cada referencia.

Opcionalmente, al final del artículo figurará la dirección del autor o de uno de los autores para fines de correspondencia.

Cuando se describan trabajos realizados en personas se debe declarar que se ha cumplido con las normas éticas internacionales para la investigación en seres humanos.

En el caso de animales, igualmente indicar haber respetado las normas éticas internacionales para la investigación con animales.

Se debe declarar cualquier situación que implique conflicto de intereses del autor en relación con el artículo presentado.

Mientras se esté considerando para su publicación, el trabajo no podrá ser enviado a otras revistas. Una vez aprobado para publicación, todos los derechos de reproducción total o parcial pasarán a la revista Acta Méd. Orreguiana Hampi Runa.

Los originales no se devolverán en ningún caso. El autor recibirá cinco ejemplares del número en el que se publique su artículo.