

Secretaría de Salud de Tlaxcala  
Dirección de Servicios de Salud  
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 39

2016



Boletín Epidemiológico  
**Síndrome de Guillain Barré (SGB),**  
Tlaxcala

## Definición

Es una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda de origen autoinmune, caracterizada por un déficit motor simétrico progresivo, ascendente, e hiporreflexia o arreflexia generalizada; en su forma clásica se acompaña de síntomas sensitivos, de afectación de los nervios craneales y de trastornos disautonómicos (taquicardia, bradicardia, hipertensión o hipotensión arterial, hipersalivación, anhidrosis o hiperhidrosis).

En casos severos, la debilidad compromete la función respiratoria, requiriéndose asistencia ventilatoria mecánica. En dos tercios de los casos la enfermedad se encuentra precedida de una infección viral o bacteriana. Habitualmente los síntomas neuropáticos sobrevienen después de un período de latencia de una a cuatro semanas; rara vez ocurren después de seis semanas desde el evento desencadenante.

## Factores de riesgo

La incidencia anual del síndrome de Guillain Barré a nivel mundial se estima que actualmente va de 0.6 a cuatro casos por cada 100,000 habitantes. En México, entre el año 2000 y 2008, la incidencia de parálisis flácida aguda reportada ha sido de alrededor de cuatro casos por millón.

La mayoría de pacientes refieren un proceso infeccioso de vías aéreas o digestivas cuatro semanas previas al inicio de los síntomas, puede ocurrir de 7 a 14 días después de una infección bacteriana o viral. La infección por *Campilobacter jejuni* (26 a 41%) es la más común de las infecciones asociadas con el síndrome de Guillain Barré, seguida por los citomegalovirus (10 a 22%), el virus de Epstein Barr (10%), *Hemophilus influenzae* (2 a 13%), el virus de la varicela zoster y *Mycoplasma pneumoniae*.

## Cuadro clínico

Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse al interrogatorio son:

### Típicos

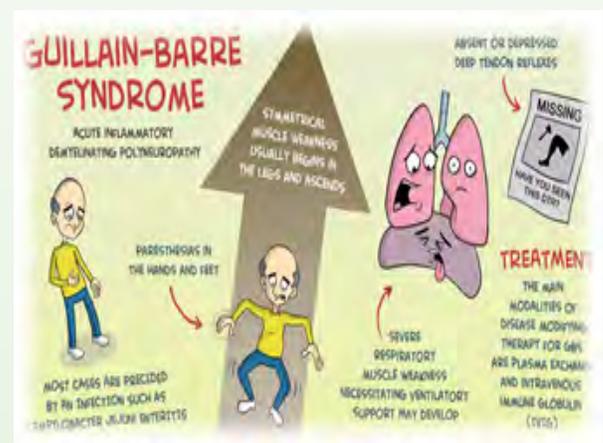
- Debilidad muscular progresiva y fatiga de músculos del cuello y las extremidades o parálisis
- Cambios en la sensibilidad; adormecimientos, parestesias
- Dolor muscular (puede simular calambres)

### Menos frecuentes

- Visión borrosa o doble (diplopía)
- Incontinencia vesical o retención urinaria
- Cambios locales de color o temperatura de la piel
- Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad

### Síntomas de alarma o gravedad

- Dificultad para la deglución
- Babeo (sialorrea)
- Dificultad respiratoria o apnea



### Exploración física

Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse a la exploración física son:

### Disfunción motora

- Debilidad simétrica de extremidades: proximal, distal o global.
- Debilidad de músculos del cuello
- Debilidad de músculos de la respiración
- Arreflexia
- Fatiga de músculos de extremidades
- Disfunción sensitiva
- Pérdida distal del sentido de posición, de vibración, de tacto y de dolor
- Anhidrosis o diaforesis
- Tono vasomotor anormal; ingurgitación venosa y rubor facial



Un signo común para establecer la sospecha diagnóstica, como parte de la información a proporcionar en la referencia a segundo o tercer nivel de atención, es la presencia de “manos en garra”.

## Pruebas Diagnosticas

Se recomienda realizar estudio de Liquido Cefalorraquideo (LCR) en aquellos pacientes con sospecha clínica de síndrome de Guillain-Barré posterior a la primera semana se iniciados los síntomas; el LCR se caracteriza por presentar proteínas elevadas sin pleocitosis (leucocitos < 10 /mm<sup>3</sup>).

Un resultado negativo o sin alteraciones no excluye el diagnóstico de la enfermedad y se recomienda repetirlo después de las 72 horas.

Aunque el diagnóstico es esencialmente clínico, se recomienda realizar estudios electrofisiológicos (electroneuromiografía) con técnicas estandarizadas e internacionalmente aceptadas. Es recomendable realizarlas a partir de la segunda semana de la enfermedad para establecer el subtipo neurofisiológico del síndrome y descartar otras patologías.

## Tratamiento

**A) Control del dolor:** el acetaminofén o los antiinflamatorios no esteroideos pueden utilizarse como medicamentos de primera línea para el manejo del dolor leve y moderado, con frecuencia no son muy efectivos y podría requerirse de medidas de analgesia adicionales. Cuando el AINE no proporciona alivio adecuado del dolor se recomienda la utilización de analgésicos opioides.

Se recomienda la utilización de gabapentina o carbamazepina en combinación con fentanilo para mitigar el dolor moderado o grave.

**B) Profilaxis para trombosis venosa profunda:** en pacientes hospitalizados que no deambulan se recomienda el uso de enoxaparina subcutánea profiláctica, uso de medias elásticas hasta la normal deambulacion.

**C) El tratamiento con inmunoglobulina administrada en las 2 primeras semanas del inicio de los síntomas ha demostrada eficacia para acortar el tiempo de recuperación tanto como el intercambio plasmático (IP). Se ha llegado a la conclusión de que la Inmonoglobulina intravenosa y el IP tienen una eficacia similar para acelerar la recuperación del SGB.**

Se recomienda el uso de inmunoglobulina intravenosa como tratamiento de elección en niños y adultos la dosis total 2gr/kg/ dividido en 2 o 5 días.

La mortalidad estimada del SGB es variable y aun con el advenimiento de una terapia efectiva sigue siendo del 4 al 8%, se considera que más del 20% de los pacientes llega a requerir ventilación asistida y que al rededor del 40% de aquellos que ameritaron hospitalización requerirán rehabilitación. Aproximadamente 80% de las personas que presentaron SGB se recuperan adecuadamente después del tratamiento sin embargo la calidad de vida puede estar dañada en diferentes áreas muchos años después del inicio de la enfermedad.

## Rehabilitación

Se recomienda que todos los pacientes sean valorados por un médico de medicina física y rehabilitación para establecer un programa de rehabilitación en forma temprana. Establecer medidas de fisioterapia pulmonar durante la hospitalización del paciente, después de la terapia de rehabilitación hospitalaria continuar con un programa de rehabilitación ambulatorio y posteriormente a nivel domiciliario acorde a las necesidades de cada caso.

## Bibliografía

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-089-09/ER.pdf>

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089\\_GPC\\_SxGBarre2y3NA/GuillainBarrE\\_R\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089_GPC_SxGBarre2y3NA/GuillainBarrE_R_CENETEC.pdf)

Síndrome de Guillain-Barré Nobuhiro Yuki, M.D., Ph.D., and Hans-Peter Hartung, M.D N Engl J Med 2012. (accessed 5 February 2016).

---

# SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25  
COL. CENTRO  
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA  
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:  
246 46 2 10 60  
Ext: 8072 y 80 76  
Directo: 246 46 2 53 23