

Síndrome de Guillain-Barré: Identificación

Isabel Gómez de Lucas
M. Nuria Álvarez Díez





Introducción

Epidemiología

F. riesgo

Tipos

Clínica

Diagnóstico

Tratamiento

Ideas clave

Introducción

Polineuropatía inflamatoria adquirida más frecuente.

Autoinmune.

Desencadenada por infección viral o bacteriana en más del 50%, cirugía o vacunación.

Debilidad simétrica, rápidamente progresiva de comienzo distal y ascendente. Puede afectar a musculatura bulbar respiratoria.

Cursa con pérdida de reflejos osteotendinosos y con signos sensitivos leves o ausentes.



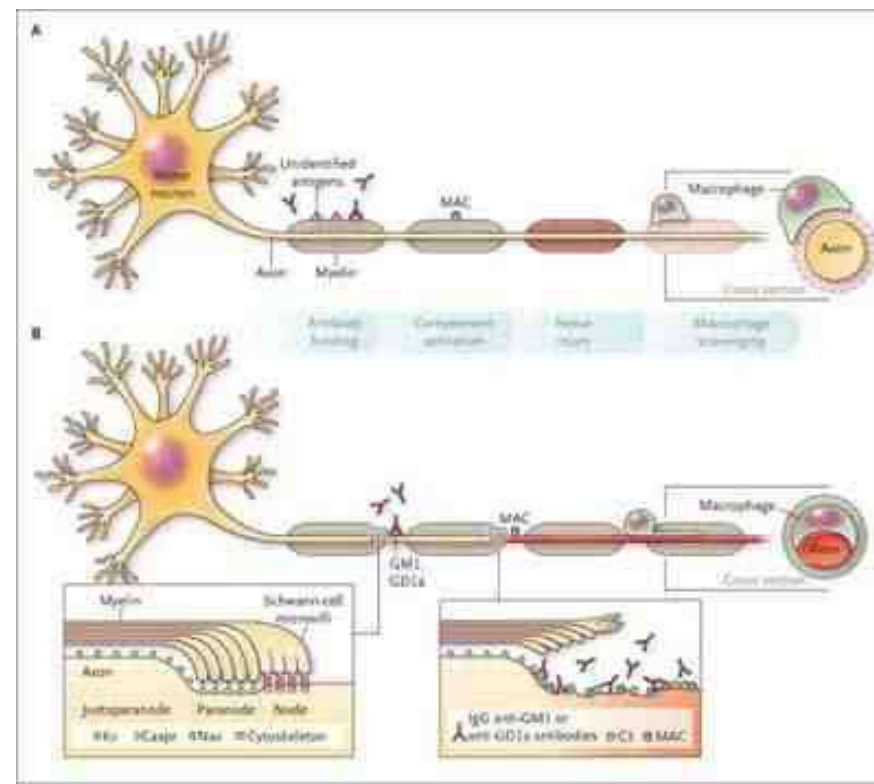
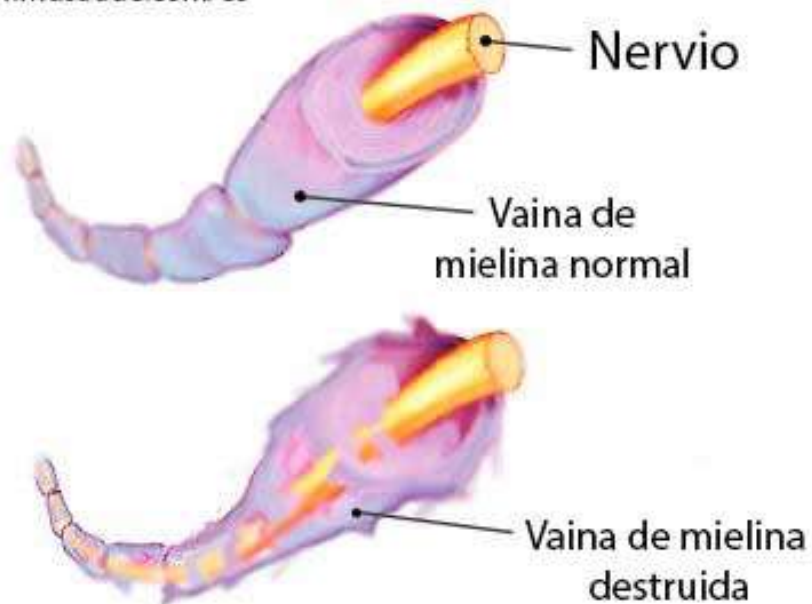


Introducción

El sistema inmunológico comienza a destruir la cobertura de mielina que rodea a los axones de muchos nervios periféricos, o incluso a los propios axones.

En enfermedades en las que los recubrimientos de mielina de los nervios quedan afectados, los nervios no pueden transmitir señales con eficiencia.

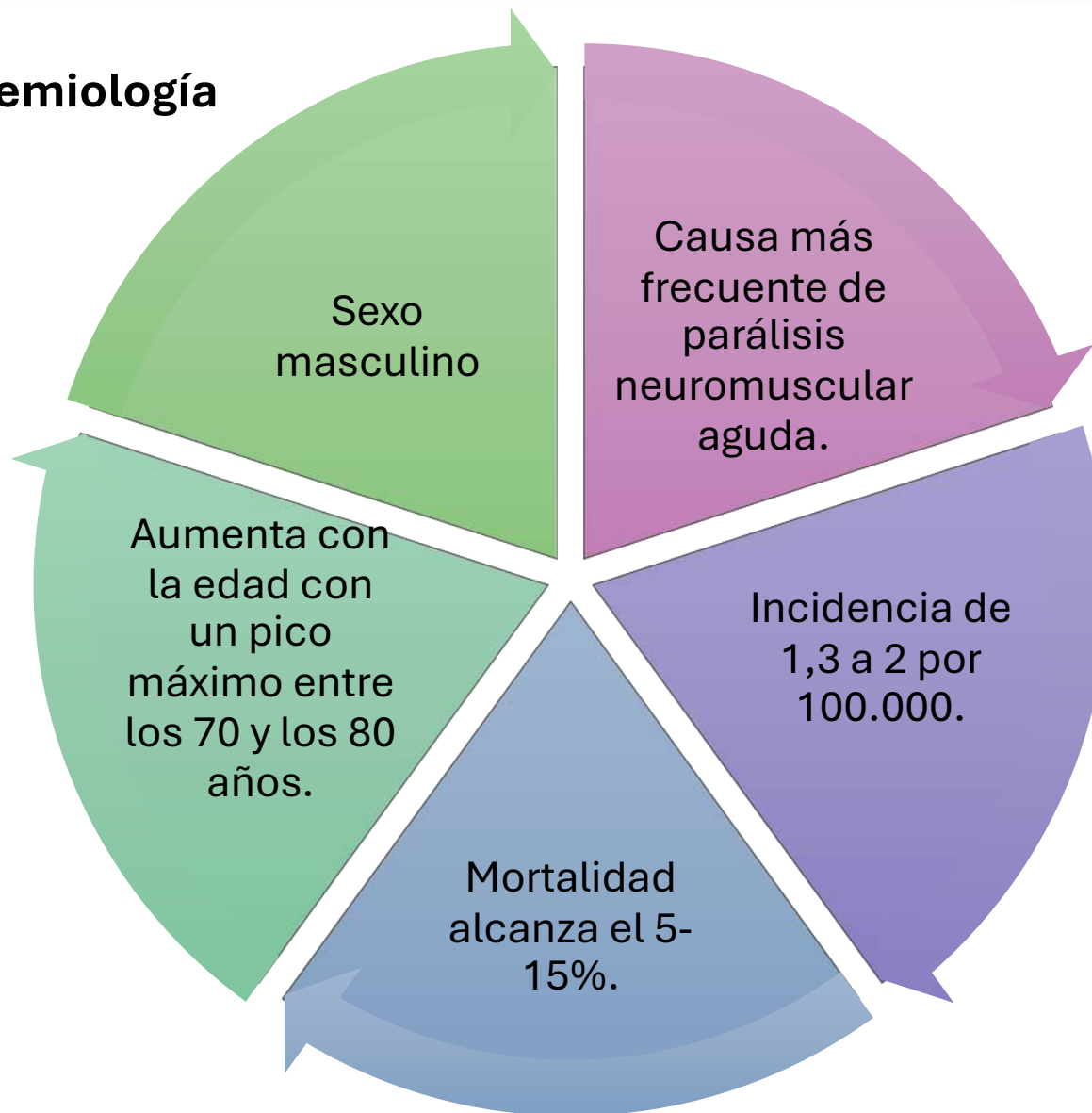
www.mdsaude.com/es





- Introducción
- Epidemiología
- F. riesgo
- Tipos
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Ideas clave

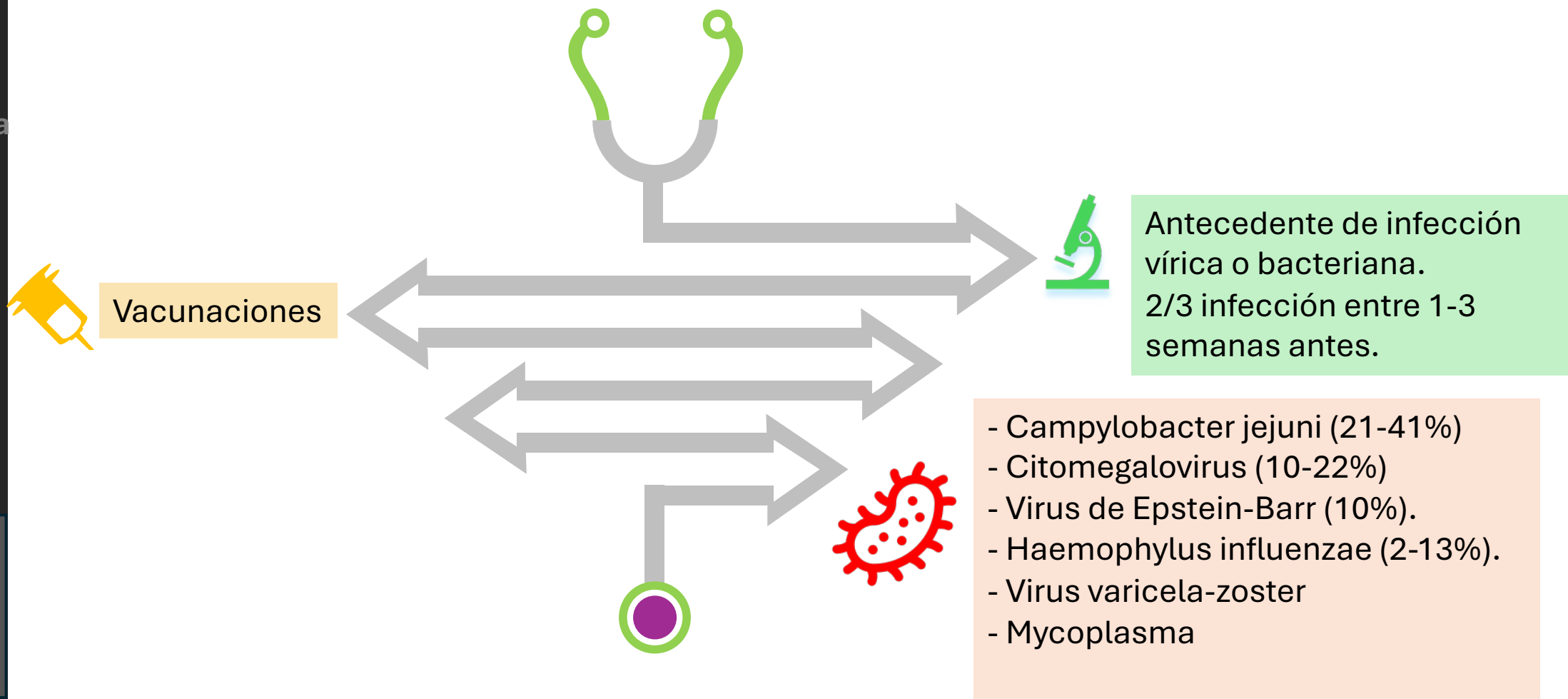
Epidemiología





- Introducción
- Epidemiología
- F. riesgo
- Tipos
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Ideas clave

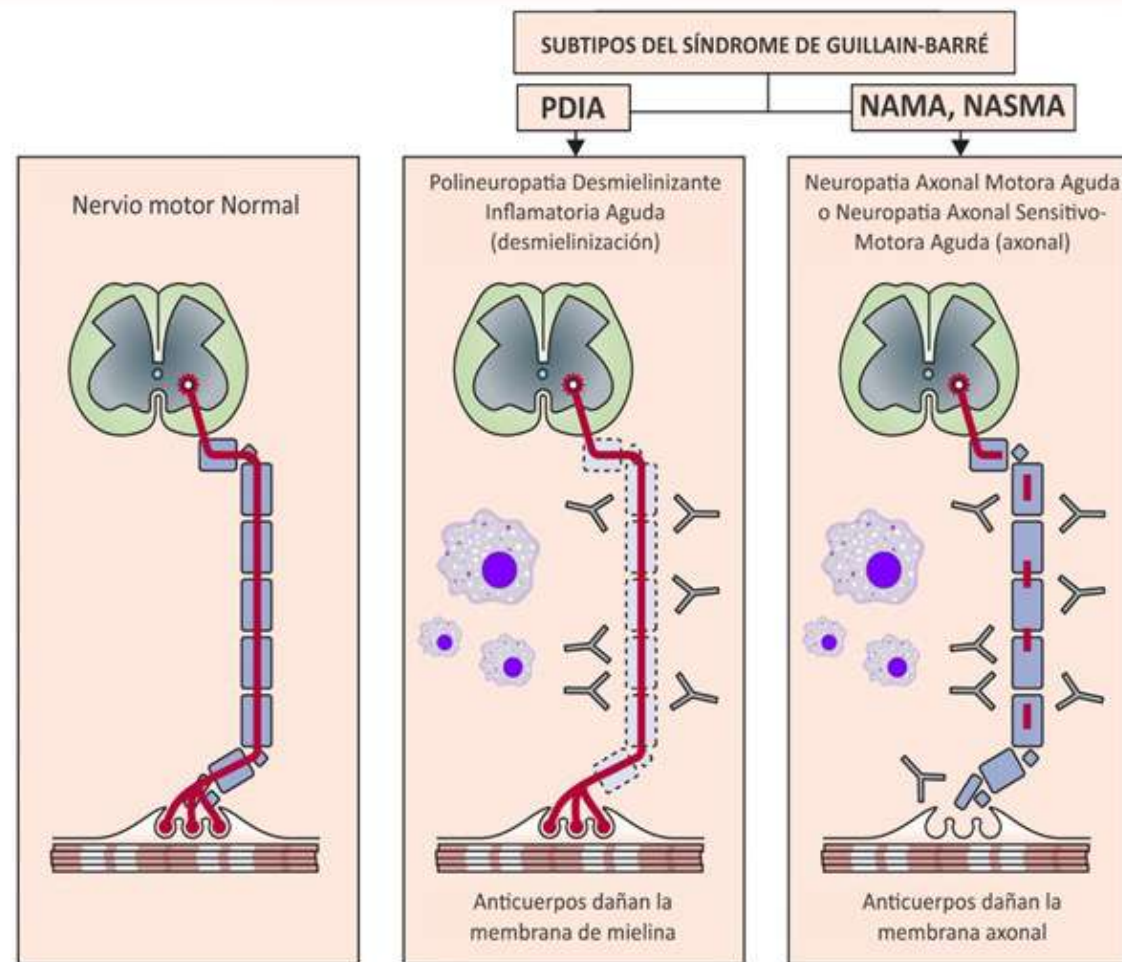
Factores desencadenantes





Tipos

- **Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA)**, más común en América del Norte y Europa. Se caracteriza por debilidad muscular que comienza en la parte inferior del cuerpo y se extiende ascendente. El proceso de desmielinización es generalizado y afecta a la mayoría de las extremidades mielinizadas, pero no afecta axones mielinizantes que inervan músculos extraoculares
- **Síndrome de Miller Fisher (SMF)**, en el cual la parálisis comienza en los ojos. Se asocia con una marcha inestable. Más común en Asia.
- La **neuropatía axonal motora aguda y la neuropatía axonal sensorial motora aguda (NAMA Y NASMA)** más frecuentes en China, Japón y México.





Introducción

Epidemiología

F. riesgo

Tipos

Clínica

Diagnóstico

Tratamiento

Ideas clave

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

6 / 16

Clínica

Dificultad movimientos
faciales, habla, deglución

Disnea

Hipo/hipertensión

Dificultad control vejiga

Dolor intenso tipo calambre o
sensibilidad muscular,
empeoramiento nocturno

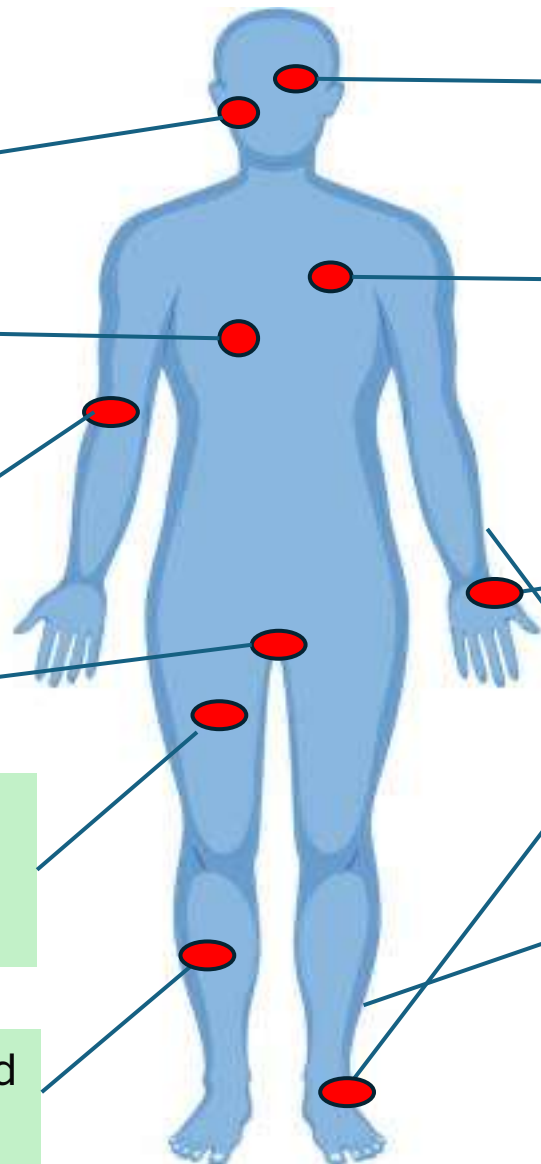
Marcha inestable o incapacidad
para caminar o subir escaleras

Visión borrosa o doble

Frecuencia cardíaca anormal,
palpitaciones.

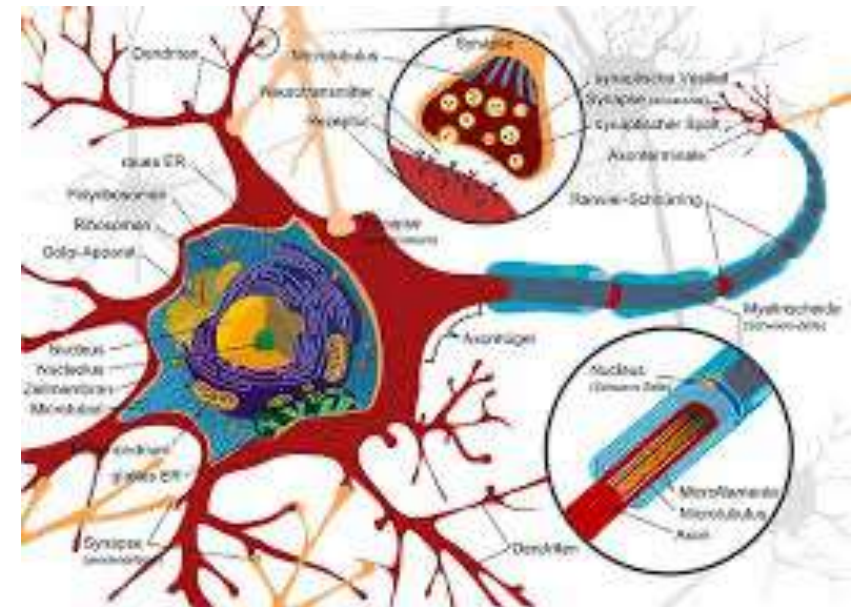
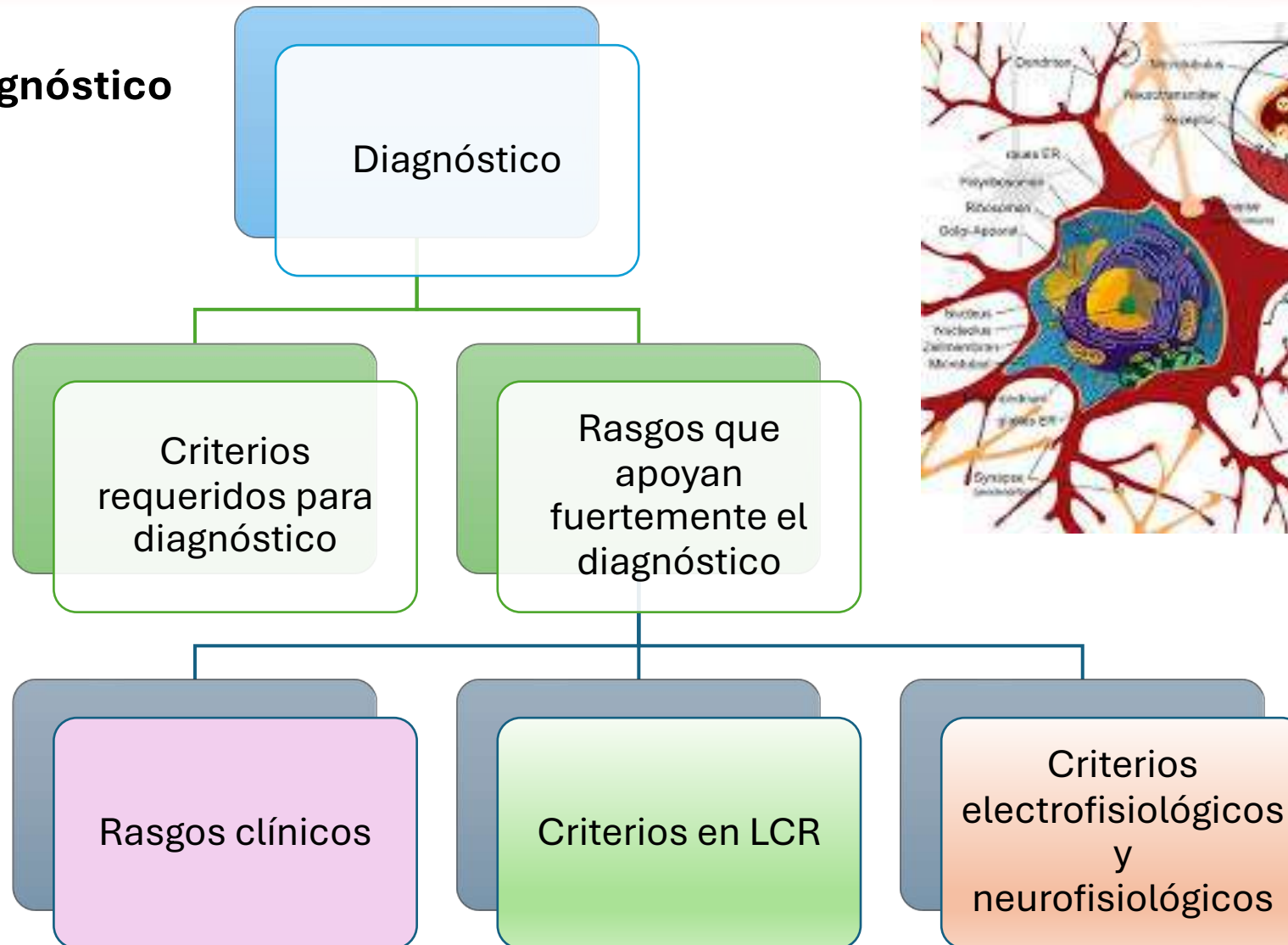
Hormigueo y entumecimiento en
dedos de manos, pies, tobillos o
muñecas

Pérdida de reflejos tendinosos en
brazos y piernas





Diagnóstico





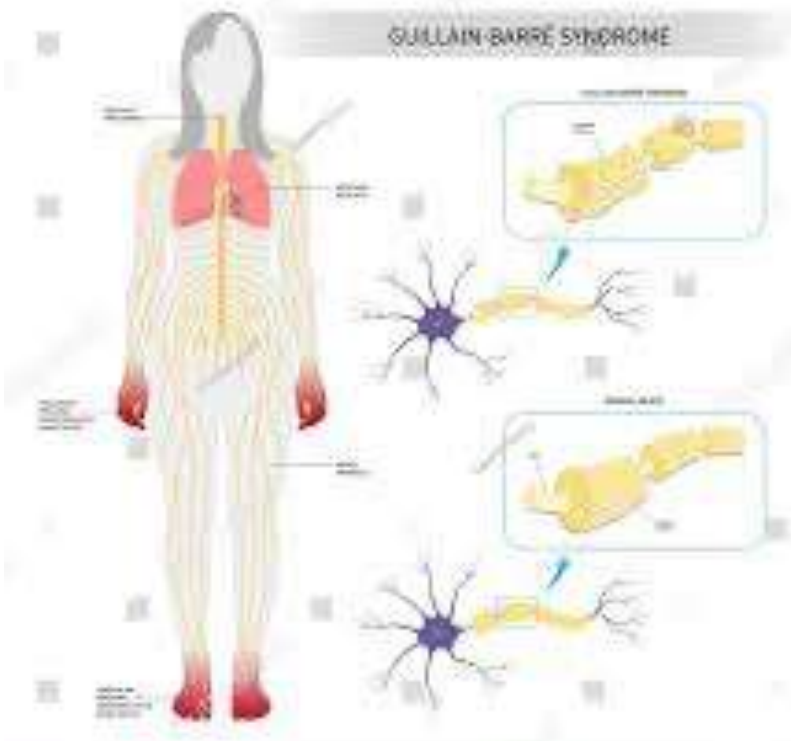
Diagnóstico

1. Criterios requeridos para el diagnóstico

Debilidad progresiva y simétrica en más de un miembro

- Grado de afectación es muy variable, desde mínima debilidad a parálisis total de las 4 extremidades.
- Afectación bulbar.
- Parálisis facial y oftalmoplejia.

Arreflexia o hiporreflexia en extremidades afectadas



Introducción

Epidemiología

F. riesgo

Tipos

Clínica

Diagnóstico

Tratamiento

Ideas clave

CURSOActualización
de Urgencias**2ª ed**

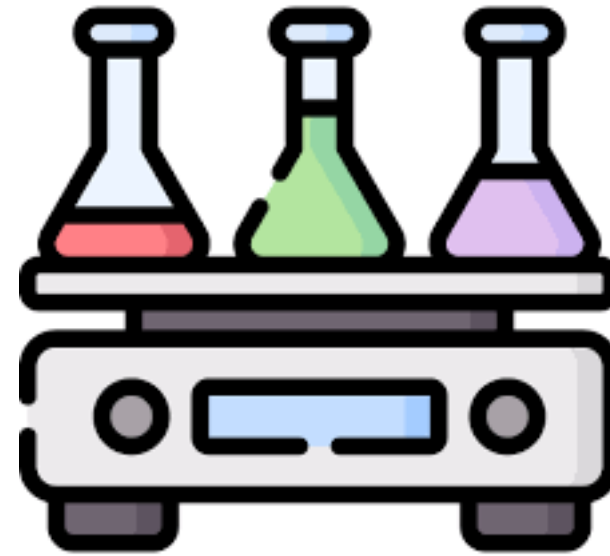


Diagnóstico

2. Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico



Características
clínicas



Criterios en LCR



Criterios
Electrofisiológicos y
neurofisiológicos



- Introducción
- Epidemiología
- F. riesgo
- Tipos
- Clínica
- Diagnóstico**
- Tratamiento
- Ideas clave

Diagnóstico



Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico

Características clínicas

Progresión de la debilidad

Afectación simétrica

Síntomas y signos sensitivos leves

Recuperación

TQ, HipoT, HTA.

No fiebre



Diagnóstico

Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico

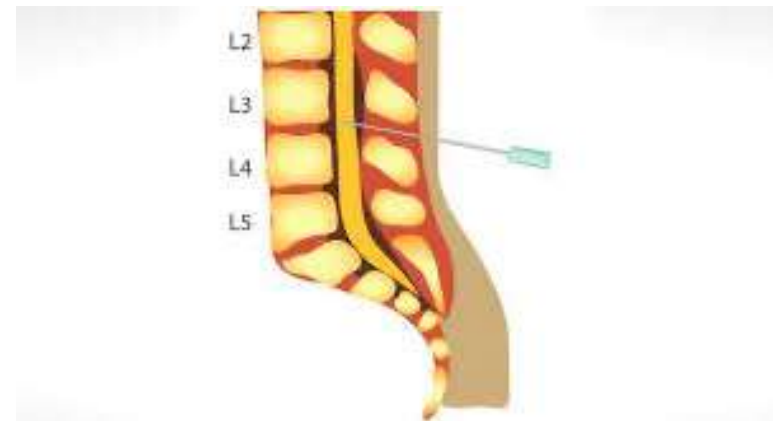


Criterios en LCR

En LCR disociación albúmino-citológica, con aumento de proteínas y normalidad celular.

Proteínas aumentadas después de 1º semana.

Conteo de 5 células/mm o menos.





Diagnóstico

Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico



Criterios electrofisiológicos y neurofisiológicos

80% disminución de la velocidad de conducción.

20% pueden tener normal la velocidad de conducción y es frecuente que tarde en disminuir.

El diagnóstico es esencialmente clínico, los criterios neurofisiológicos diferencian formas axonal o desmielinizante.

Introducción

Epidemiología

F. riesgo

Tipos

Clínica

Diagnóstico

Tratamiento

Ideas clave

CURSO

Actualización de Urgencias

2ª ed



Diagnóstico

Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico

Síndrome de Guillain-Barré

Criterios diagnósticos

Criterios de Brighton



Criterios	Nivel de certeza			
	+	2	3	-
Debilidad flácida simétrica de las extremidades	+	+	+	+/-
Reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad	+	+	+	+/-
Curso monofásico y tiempo entre aparición del nadir de 12 h a 28 días	+	+	+	+/-
Celularidad de líquido cefalorraquídeo <50/μl	+	+a	-	+/-
Concentración de proteínas en líquido cefalorraquídeo > valores normales	+	+/-a	-	+/-
Estudios de conducción nerviosa consistentes con un subtipo de SGB	+	+/-	+	+/-
Ausencia de un diagnóstico alternativo para la debilidad	+	+	+	+

+ presente; - ausente; +/- presente o ausente; a: Si no se recolecta LCR o los resultados no están disponibles, los resultados de la electrofisiología nerviosa deben ser consistentes con el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré.

Fokke C., et al. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. Brain 2014; 137:33-43.



Diagnóstico

Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico

Tabla 1. Criterios de Brighton para la definición de caso de síndrome de Guillain-Barré

Nivel 1 de certeza diagnóstica	Nivel 2 de certeza diagnóstica	Nivel 3 de certeza diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR* por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/μl; Y • Datos electrofisiológicos compatibles con SGB. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/μl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIEN estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.

Introducción

Epidemiología

F. riesgo

Tipos

Clínica

Diagnóstico

Tratamiento

Ideas clave

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed



- Introducción
- Epidemiología
- F. riesgo
- Tipos
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Ideas clave

Ideas clave

Polineuropatía inflamatoria adquirida más frecuente.

Infección **viral** o **bacteriana**

Campylobacter jejuni



Emergencia médica

Debilidad **simétrica**, progresiva, comienzo distal y ascendente

Pérdida de reflejos osteotendinosos y signos sensitivos leves.

En LCR proteínas aumentadas menos de 5 células/mm.



Bibliografía

- 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). Neurologia [Internet]. 2021;36(7):525–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.021>
- Vega-Fernández JA, Suclupe-Campos DO, Coico-Vega MM, Aguilar-Gamboa FR. Viral etiology associated with Guillain-Barré Syndrome: seeking an answer to the idiopathic. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2022 [citado el 22 de agosto de 2024];22(3):584–96. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300584
- Síndrome de Guillain-Barré [Internet]. MayoClinic.org. 2022 [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/guillain-barre-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20363006>
- Alva-Diaz C, Mori N, Pacheco-Barríos K, Velásquez-Rimachi V, Rivera-Torrejon O, Huerta-Rosario CA, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. Neurol Argent [Internet]. 2020;12(1):36–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.006>

CURSOActualización
de Urgencias**2ª ed**