



SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Importancia del diagnóstico y tratamiento temprano

Dra. María Dolores Gastelu

Médica Clínica - Médica Psiquiatra
Coordinadora del Serv. Medicina Interna

Dr. Julián Esteban Coronado

Médico de Planta - Serv. Medicina Interna

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 22 años de edad previamente sano que consulta por debilidad progresiva de miembros inferiores asociado a caídas de una semana de evolución aproximadamente.

Al interrogatorio refiere que días previos curso con cuadro de vías aéreas superiores.

Al examen físico como positivo evidenció debilidad progresiva y parestesias de miembros inferiores. Fuerza muscular 3/5. Reflejos osteotendinosos hiporeactivos.

Por alta sospecha de G. Barré se decide realizar punción lumbar.

LCR: FISICO - QUIMICO - CITOLOGICO

Color	Cristal de roca		
Color post centrifugado	Cristal de roca		
Aspecto	Límpido		
Aspecto post centrifugado	Límpido		
Coagulacion del LCR	NO		
Glucosa	58,6	mg/dl	40,0-70,0
Proteinas	0,36	g/l	0,20-0,80
Hematíes en LCR	0	/mm3	
Leucocitos en LCR	0	/mm3	
% de neutrofilos en LCR	0	%	
% de linfocitos en LCR	0	%	

No evidenció disociación albumino citológica

Tambien se solicitó RMN de columna total...

R.M.I. DE COLUMNA TOTAL SIN CONTRASTE:

Se exploró el raquis cervical, dorsal y lumbar en planos sagital y axial ponderando tiempos T1, T2 y pulso fat-sat.

Rectificación de lordosis fisiologica cervical y lumbar.

Los cuerpos explorados presentan altura conservada.

La señal de los discos intervertebrales se encuentra conservada.

Discopatía posterior derecha con impronta en superficie ventral del saco dural.

Agujeros de conjunción sin alteraciones.

Charnela occipito-atloidea sin alteraciones.

La médula espinal no evidencia alteraciones.

El cono medular no evidencia anomalías.

Adecuada disposición radicular en el interior del saco dural.

El paciente evoluciona con reflejos hiporeactivos en cuatro miembros con mayor compromiso del hemicuerpo derecho.

Debilidad de la cintura pelvica.

Fuerza de miembros superiores Kendall 5/5 e inferiores 3/5.

Termoalgesia conservada, propiocepción conservada.

Babinski negativo. Marcha steppage con ampliación de la base de sustentación.

Inestabilidad severa de la marcha.



Por rápida la rápida evolución sintomática se solicita inmunoglobulina intravenosa por región sanitaria V y al mismo tiempo se comienza a la gestión para realizar plasmaferesis.

Se realizan en total cuatro sesiones de plasmaferesis.

En cada una de ellas el volumen reemplazado es de aproximadamente 2000 ml y se transfunden 3 unidades de plasma fresco congelado.

Se realiza reposición de albumina.

El paciente tolera bien el tratamiento, presentando en una sola ocasión hipotensión arterial, respondiendo de forma favorable a tratamiento sintomático.

Determinación	ResultadoUnidad		Valores de Referencia
COAGULOGRAMA COMPLETO			
Concentracion de Protrombina	89	%	70-120
RIN	1,03		hasta 1,20
APTT	41	seg	25-35
Recuento de Plaquetas	309	10e9/L	150-400

Determinación	ResultadoUnidad		Valores de Referencia
COAGULOGRAMA COMPLETO			
Concentracion de Protrombina	47	%	70-120
RIN	1,69		hasta 1,20
APTT	> 80	seg	25-35
Recuento de Plaquetas	151	10e9/L	150-400

Determinación	ResultadoUnidad		Valores de Referencia
COAGULOGRAMA COMPLETO			
Concentracion de Protrombina	80	%	70-120
RIN	1,10		hasta 1,20
APTT	48	seg	25-35
Recuento de Plaquetas	134	10e9/L	150-400



Paciente se externa con seguimiento ambulatorio con servicio de neurología en hospital Sanguinetti y rehabilitación ambulatoria en Pilares de Esperanza.

Se realizó gestión administrativa para realizar EMG en HUA.

Conducción nerviosa motora: CMAP amplitudes disminuidas en miembros inferiores

Conducción nerviosa sensitiva: SNAP amplitudes disminuidas en miembros inferiores

EMG: silencio bioeléctrico en reposo, PUM duración, amplitud, y morfología polifásica; reclutamiento deficitario en músculos distales en miembros inferiores

Conclusión:

El presente estudio revela:

- Compromiso moderado severo de fibras mielínicas distales de nervios periféricos de miembros inferiores; constituyendo una neuropatía primariamente axonal sensitivo motora.

TRATAMIENTO DEL SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ: TERAPIA INMUNOMODULADORA

- 1.Indicaciones
- 2.Momento en el cual indicar el tratamiento
- 3.tipos de terapia inmunomoduladora

Indicaciones:

- Paciente que no puede deambular de forma independiente una distancia de 10 metros
- Debilidad rapidamente progresiva
- Compromiso autonomico o ventilatorio

Respecto al inicio de la instauración de los sintomas

- En la mayoria de los casos, la inmunoterapia debe iniciarse dentro de las primeras 4 semanas de instauracion sintomatica
- La evidencia demuestra que la mejoría evolutiva del Sindrome de Guillain Barre es significativa cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 2 semanas de inicio de los sintomas

Tipos de terapias inmunomoduladoras:

Inmunoglobulina y plasmaferesis

Ambas terapias mostraron tener similar eficacia

En caso de contar con ambos tratamientos, se prefiere la inmunoglobulina por presentar menos efectos adversos y por ser mas sencilla de administrar

Inmunoglobulinas:

- Más costosa
- Menos efectos adversos
- Infusión de 0.4 gr/kg/día por 5 días
- Efectos adversos: Hipotensión arterial, náuseas, insuficiencia renal aguda, anafilaxia

Plasmaferesis:

- Menos costosa
- Mayores efectos adversos
- Requerimiento de colocación de catéter central
- Circuito extracorpóreo
- Indicación de 4 a 6 sesiones de intercambio plasmático
- Efectos adversos: Alteraciones del medio interno, sangrado, hipoalbuminemia, hipotensión, sepsis

Otras terapias no recomendadas:

Glucocorticoides: No han demostrado beneficios

Ecolizumab: Su rol se mantiene incierto y en la actualidad no cuenta con recomendaciones.



MUCHAS GRACIAS