



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**



**“SINDROME DE GUILLA-BARRÉ”**

**MATERIA:**

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

**DOCENTE:**

DR. ANTONIO DE JESUS PEREZ AGUILAR

**ALUMNO:**

ALAN DE JESUS MORALES DOMINGUEZ

**SEMESTRE:**

5°A

OCTUBRE/2020

# SINDROME DE GUILLAN BARRÉ

- Definición
  - Polineuropatía autoinmune, con variantes clínicas heterogéneas, presenta parálisis monofásica antecedida por una infección; la forma desmielinizante es la más común
  - Parálisis aguda secundaria a inflamación de nervios periféricos y raíces nerviosas, manifestado con parestesia, entumecimiento y debilidad progresiva de extremidades
- Epidemiología
  - Es la causa más frecuente de la parálisis flácida en niños previamente sanos, tiene una incidencia anual de 0.6 a 2.4 casos por 100,000 habitantes
  - Se presenta en cualquier grupo etario, afecta a ambos géneros, relación H/M 1.5:1
  - El pico más alto de incidencia es en la tercera edad y el menor en niños (0.38 a 0.91 casos por 100,000), es muy rara en niños menores de 2 años
- Inmunopatogenesis
  - Se identificaron autoanticuerpos contra gangliósidos involucrados en el daño de mielina y producción por células de Schwann, como reacción cruzada contra proteínas axonales de respuesta inmune contra Ag infecciosos (Ej. Campylobacter jejuni)
  - También se ha sugerido involucro de células T a través de desmielinización asociada a la acción de macrófagos
  - Campylobacter sp es el agente infeccioso más frecuentemente asociado, otros agentes son citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumoniae, enterovirus, hepatitis A y B, virus del herpes simple, Chlamydia pneumoniae.
  - La presencia de anticuerpos contra gangliósidos específicos (N-acetilgalactosaminil) se asocian a fenotipos clínicos como debilidad predominantemente distal, ausencia de afección de nervios craneales y de alteración sensitiva, además otros autores han descrito su asociación a neuropatía axonal motora.
- Clínica
  - Dolor neuropático (79%): localizado en la región posterior de las extremidades inferiores. Incapacidad para la marcha (60%).
  - Disfunción autonómica (51%): asistolia, arritmias (bradicardia, taquicardias), hipotensión ortostática, hipertensión, íleo paralítico, disfunción vesicular y sudoración anormal.
  - Involucro de los nervios craneales (46%): se afecta con mayor frecuencia el nervio facial, resultando en una debilidad facial bilateral.
  - Debilidad de las extremidades superiores (26%).
  - Afección de los músculos de la respiración que requieren uso de ventilador mecánico (13%).
  - El curso es menor en niños, la recuperación ocurre lenta (semanas o meses) aquellos que no requirieron ventilación mecánica, pudieron caminar solos de 43 a 52 días
- Diagnósticos
  - Criterios De Asbury
    - Señalan dos características clínicas necesarias para establecer el diagnóstico: • Debilidad progresiva en más de una extremidad • Arreflexia
    - A éstos se añaden una serie de criterios clínicos, verificables en el primer nivel de atención, y dos criterios paraclínicos
  - Estudios electrofisiológicos
    - Pruebas diagnósticas específicas, indican involucro multifocal desmielinizante
      - Bloqueo parcial de la conducción, anormalidad temprana más frecuente.
      - Velocidad de conducción disminuida, reflejan el segmento desmielinizado.
      - Dispersión temporal anormal y Latencia distal prolongada
  - Diagnósticos diferenciales
    - Debe realizarse con patologías a nivel del sistema nervioso central y periférico de la unión neuromuscular y muscular que puedan cursar con los hallazgos clínicos similares al SGB
- Tratamientos
  - La terapéutica del SGB incluye la plasmaféresis (PF) y la gammaglobulina intravenosa (GGIV). Es crucial determinar el momento en el que el paciente con SGB debe ingresar a la unidad de terapia intensiva y cuándo ser asistido con ventilación mecánica
  - Durante la fase inicial del SGB los pacientes requieren monitorización estrecha, de tensión arterial, frecuencia cardíaca, función de esfínteres y función respiratoria. Además se recomienda la evaluación seriada de pruebas de función pulmonar, en aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar falla ventilatoria