



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Síndrome de Guillain Barré

Docente: Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Materia: Medicina física y de rehabilitación

Alumno: Lara Vega Ismael

Semestre 5to Grupo A

18/10/2020

ELABORA UN RESUMEN SOBRE EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, DEBE DE CONTENER FISIOPATOLOGÍA, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTO (ASÍ COMO DE SUS COMPLICACIONES) Y PLAN DE REHABILITACIÓN FÍSICA.

DEFINICIÓN

Es una polineuropatía inflamatoria aguda de carácter autoinmune, por lo general rápidamente progresiva pero autolimitada caracterizada por debilidad muscular e hipoestesia distal leve.

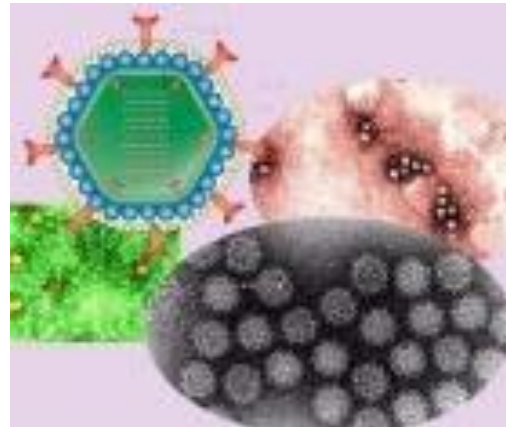
ETIOLOGÍA

Aunque la causa no se entiende del todo, se considera que es autoinmune. En alrededor de dos tercios de los pacientes, el síndrome de Guillain-Barré comienza 5 días a 3 semanas después de un trastorno infeccioso banal, una cirugía o una vacunación. La infección es el desencadenante en > 50% de los pacientes; los patógenos más comunes son:

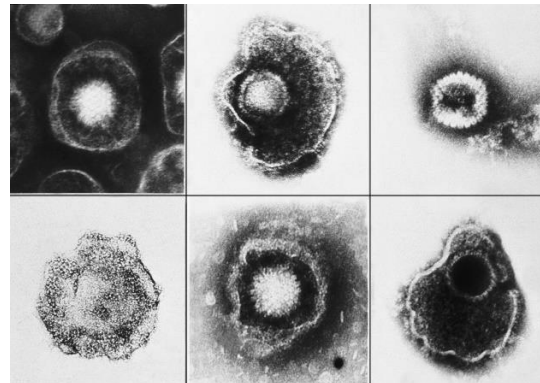
-Campylobacter jejuni



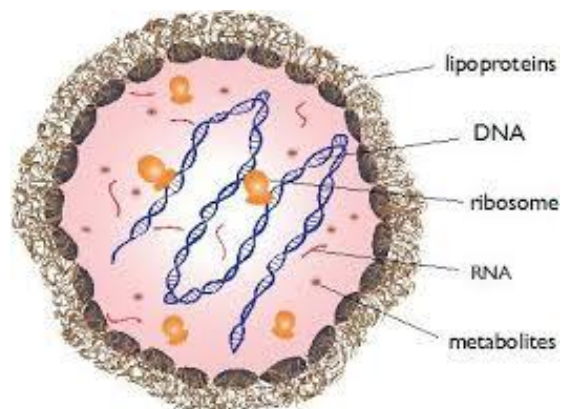
-Virus entéricos



-Herpesvirus (incluyendo citomegalovirus y virus Epstein-Barr)



-Especies de Micoplasma



FISIOPATOLOGÍA

No se conoce con exactitud la patogenia del síndrome, se piensa que

el organismo infeccioso induce una respuesta inmunológica, tanto de origen humoral como celular, que debido a la forma homóloga de sus antígenos con los del tejido neuronal a nivel molecular, produce una reacción cruzada con componente gangliósido de la superficie de los nervios periféricos. La reacción inmune contra el antígeno “blanco” en la superficie de la membrana de la célula de Schwann o mielina, resulta en neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (85 % de los casos) o si reacciona contra antígenos contenidos en la membrana del axón, en la forma axonal aguda (el 15 % restante).

DIAGNÓSTICO

-Evaluación clínica

-Estudios electrodiagnósticos

Las pruebas de laboratorio son de poca ayuda al inicio del proceso. Después de la primera semana de aparición de los síntomas, el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) detecta típicamente elevación de las proteínas (mayor de 50 mL/dL), máxima entre la segunda y la cuarta semanas, con escasas células (menor de 10 células mononucleares/dL), lo que constituye la llamada “disociación albuminocitológica”.

Si se sospecha un síndrome de Guillain-Barré, los pacientes deben ser hospitalizados para realizar pruebas electrodiagnósticas (estudios de la conducción nerviosa y electromiografía), análisis de líquido

cefalorraquídeo y una monitorización por medición de la capacidad vital forzada cada 6 a 8 horas. Los estudios electrodiagnósticos iniciales detectan velocidades lentas de conducción nerviosa y evidencia de desmielinización secundaria en dos tercios de los pacientes; sin embargo, los resultados normales no excluyen el diagnóstico y no deben retardar el tratamiento.

TRATAMIENTO

Si la ingesta oral de líquidos es difícil, se administran líquidos IV según sea necesario para mantener un volumen de orina.

La terapia con calor ayuda a aliviar el dolor, lo que hace posible la fisioterapia temprana. Debe evitarse la inmovilización, ya que puede causar anquilosis y contracturas. Es preciso iniciar de inmediato el movimiento articular pasivo con extensión completa, y se inician los ejercicios activos cuando ceden los síntomas agudos.

La heparina de bajo peso molecular (HBPM) por vía subcutánea ayuda a prevenir la trombosis venosa profunda en los pacientes confinados a la cama.

La plasmaféresis es útil cuando se realiza precozmente. Es relativamente segura, acorta la evolución de la enfermedad y la estadía hospitalaria y reduce el riesgo de mortalidad y la incidencia de una parálisis permanente.

Las medidas de soporte son esenciales para evitar complicaciones que pueden dar al traste con la vida del enfermo antes de que se restablezca la función ventilatoria, entre ellas se encuentran: a) el uso de heparina para evitar el tromboembolismo pulmonar, b) el aporte nutricional para garantizar la competencia inmunológica y el destete de la ventilación mecánica, c) la fisioterapia respiratoria para evitar las atelectasias y las neumonías, d) la fisioterapia general para evitar las contracturas corporales, y e) el apoyo psicológico al paciente para lograr su cooperación.

BIBLIOGRAFÍA

Puga Torres, M. S., Padrón Sánchez, A., & Bravo Pérez, R. (2003). SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. *Revista Cubana Med Milit*, 137-142.

Rubin, M. (Septiembre de 2019). *Síndrome de Guillain-Barré (SGB)*. Obtenido de Manual MSD:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/sistema-nervioso-periferico-y-trastornos-de-la-unidad-motora/sindrome-de-guillain-barr>