



**UNIVERSIDAD  
DEL SURESTE**



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

MEDICINA FYR

**CUADRO COMPARATIVO**

**Dr. Antonio de Jesús Pérez**

**Presenta:**

- **Adrián Espino Pérez**

Síndromes	Síndrome de Gillian Barré	Síndrome de Miller Fisher
DEFINICION	El síndrome de Miller Fisher es una enfermedad aguda paralítica autoinmune desmielinizante causada por la afección de los nervios craneales y periféricos, considerado como una variedad de presentación clínica del síndrome de Guillain-Barre.	El síndrome de Guillain-Barré (SGB) consiste en una polineuropatía autoinmune, con variantes clínicas heterogéneas, en la mayoría de los casos se presenta como una parálisis monofásica antecedida por una infección; la forma desmielinizante es la más común
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.	Su incidencia es baja de 0.09 por 100 000 habitantes.
Etiología	Infección de las vías respiratorias superiores (IVRS) o gastroenteritis (GEPI) que en varias semanas aparecen síntomas neurológicos. Se asociaron los siguientes microorganismos: o Campylobacter jejuni: 26-41% o Citomegalovirus: 5-22 % o Haemophilus influenzae: 2-13% o Epstein barr: 10% o mycoplasma pneumoniae: 5% o Borreliosis de lyme. o Hepatitis tipo a, b, c y e o Fiebre tifoidea · dengue o Influenza A o Virus zika o VIH	
FISIOPATOGENÍA	Se origina por u a respuesta inflamatoria autoinmune a antígenos extraños que son mal dirigidos al tejido nerviosos. Esta respuesta en parte esta dirigida hacia ganglios específicos y están involucrados moléculas de adhesión intracelular	El complejo gangliosido GQ1b ha sido identificado como el glucolípid más involucrado en MFS. • El GQ1b esta más presente en los pares craneales III, IV y VI ocasionando la alta incidencia de oftalmoplejía.
CUADRO CLINICO	Fase de progresión: Duración < 4 semanas. parestesias o distesias en extremidades. Déficit motor, bilateral y simétrico, flácido y con arreflexia. Fase de estabilización: Las parestesias o dolores están presentes en 80% de los casos. la arreflexia es generalizada en un 80% de pacientes, el 75% pierde la	Los síntomas empiezan con rápida pérdida de la visión y dificultad para caminar. Estos síntomas son precedidos por enfermedad viral o diarrea 1 o 4 semanas antes. • Signos:

	<p>marcha y el 30% evoluciona hacia una insuficiencia respiratoria.</p> <p>Fase de regreso: La recuperación motriz puede ser larga, y hasta un 20% de los pacientes no recupera la marcha a los 6 meses. Casi el 10% de los pacientes presentan todavía síntomas residuales a los 3 años del episodio.</p>	<p>Oftalmoplejia, ataxia y arreflexia, sin signos de debilidad debilidad o en ocasiones debilidad progresiva en extremidades..</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede existir midriasis y/o anisocoria.</li><li>• MFS puede incluir retracción del párpado, espasmos en el párpado superior y nistagmos.</li></ul>
--	--	---