

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Resumen

“Síndrome de Guillian Barre”

Docente: Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Materia: Medicina Física y de Rehabilitación

Grado: 5° **Grupo:** “B”

Alumna: María Fernanda Hernández Jardón

Síndrome De Guillian Barre

Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de carácter progresivo producto de la inflamación de los nervios periféricos, secundaria a factores autoinmunes, causa más frecuente de parálisis flácida en los niños, caracterizado por debilidad muscular, compromiso sensitivo o disautonomía.

Fisiopatología:

Desmielinización extensa y focal en presencia o ausencia de infiltración celular, hasta la aparición de degeneración axonal con o sin infiltrados inflamatorios o desmielinización. (Inmunológico, complemento)

Clasificación:

- ✚ Polineuropatía sensitivo motora desmielinizante aguda: Desmielinización
- ✚ Neuropatía motora axonal aguda (NMAA): Infección por C. jejuni.
- ✚ Neuropatía sensitiva motora axonal aguda (NSMAA): Lesión severa de los axones sensitivos y motores
- ✚ Síndrome de Miller Fisher: Desencadenado por cepas de C. jejuni.
- ✚ Presencia de IgG.

Etiología:

Se ha relacionado más frecuentemente con infección, con frecuencia ocurre días a semanas después de una infección respiratoria o gastrointestinal.

- Campylobacter jejuni.
- Citomegalovirus
- Epstein-Barr
- Influenza A y B , parainfluenza, varicela zoster, rabia, adenovirus, rubeola, VIH.
- Inmunizaciones
- Zika y Dengue

Manifestaciones Clínicas:

- ✚ Enfermedad monofásica
- ✚ Duración menor a doce semanas
- ✚ Parestesias y debilidad distal de miembros inferiores
- ✚ Progresión de la debilidad es ascendente y variable (Miembros superiores tronco, musculatura facial, orofaringe)
- ✚ Casos severos - compromiso respiratorio -- manejo ventilatorio.

50 – 80 % presenta dolor que se manifiesta con:

- ✚ Parestesias
- ✚ Disestesias
- ✚ Dolor lumbar
- ✚ Mialgias
- ✚ Artralgias
- ✚ Puede existir compromiso de pares craneales (VII), o nervios periféricos
- ✚ Ocasionalmente hay signos meníngeos

Compromiso disautonómico 65 %

- ✚ Arritmias cardíacas
- ✚ Labilidad de la presión arterial,
- ✚ Respuestas hemodinámicas anormales a drogas
- ✚ Disfunción pupilar
- ✚ Diaforesis
- ✚ Retención urinaria por compromiso de esfínter externo uretral
- ✚ Disfunción gastrointestinal

Variantes clínicas:

Síndrome de Miller Fisher

- Aparición aguda de oftalmoplegia
- Hipo-arreflexia
- Ataxia y temblor
- Clínica que dura varios días a semanas

Neuropatía sensitiva aguda

- Pérdida sensitiva
- Arreflexia
- Hiperproteínorraquia
- Disminución de las velocidades de conducción

Poliomielitis craneal

- Parálisis de múltiples nervios craneales (usualmente VII par bilateral) sin compromiso de I y II pares.

Criterios Diagnósticos:

Criterios necesarios para el diagnóstico

- ✚ Debilidad motora progresiva de más de un miembro.
- ✚ Arreflexia o hiporreflexia marcada.
- ✚ Progresión a lo largo de días o semanas.
- ✚ Relativa simetría.
- ✚ Pérdida leve de la sensibilidad.
- ✚ Comienzo con dolor o malestar de una extremidad.
- ✚ Compromiso de nervios craneales.
- ✚ Comienzo de la recuperación a las 2-4 semanas de detenerse la progresión.
- ✚ Trastorno funcional autonómico.
- ✚ Ausencia de fiebre al comienzo de la evolución
- ✚ Aumento de nivel de proteínas en LCR una semana después de la aparición de los síntomas.
- ✚ Retardo de la velocidad de conducción

Estudios electrofisiológicos:

Pueden ser normales o mostrar alteraciones inespecíficas durante la primera semana.

- ✚ Polineuropatía sensitivo motora desmielinizante aguda: PAMC presentan latencias distales prolongadas y VCN sensitivas y motoras están disminuidas
- ✚ Neuropatía motora axonal aguda (NMAA): PAMC disminuidas y VCN son normales
- ✚ Neuropatía sensitivo motora axonal aguda (NSMAA): Ausencia de respuesta a la estimulación distal
- ✚ Síndrome de Miller Fisher: PAMC no son específicas y CVN Normales

Tratamiento:

- ✚ Sospecha clínica del diagnóstico de sgb
- ✚ Hospitalización (estricta vigilancia médica)
- ✚ Cuidados de sostén
- ✚ Reconocimiento e intervención de complicaciones
- ✚ Atención en la unidad de cuidados intensivos
- ✚ Cuidados respiratorios

- ✚ Adecuada nutrición
- ✚ Monitoreo y tx de la disautonomía
- ✚ Cuidados de enfermería y psicología

Escala funcional de gravedad clínica ..(clasificación de Hughes)

Grado I	Paciente deambula en forma ilimitada, tiene capacidad para correr y presenta signos menores de compromiso motor
Grado II	Capacidad de caminar por lo menos 5 metros sin ayudas externas pero con incapacidad de correr
Grado III	Capacidad de realizar marcha de por lo menos de 5 metros con ayudas externas (caminador o asistencia de otra persona)
Grado IV	Paciente en cama o en silla, sin capacidad para realizar marcha
Grado V	Apoyo ventilatorio permanente o por algunas horas al día
Grado VI	Muerte

Tratamiento específico:

Plasmaferesis

- ✚ Remueve anticuerpos y otros factores injuriosos del torrente sanguíneo.
- ✚ Inicia dentro de los siete primeros días de signos y síntomas,
- ✚ Remover un total de 200-250 ml/kg de plasma en 4 - 6 sesiones por 14 días con sesiones interdiarias
- ✚ Complicaciones: Reacciones transfusionales, septicemia, hipocalcemia

Inmunoglobulina G humana IV

- ✚ Dosis de 400 mg/Kg/día durante cinco días, primeros 7 días de inicio del cuadro clínico, con escala funcional de Hughes mayor de 3

Rehabilitación

- ✚ Dirigida a la recuperación motora
- ✚ Evitar complicaciones músculoesqueléticas
- ✚ Manejo del dolor y de la disfunción sensorial
- ✚ Complicaciones de la inmovilización.

Evolución

FASE DE LATENCIA	<ol style="list-style-type: none">1. Duración entre 1-3 semanas en el 60% de los casos2. 4 semanas en casos relacionados con eventos quirúrgicos
FASE DE EXTENSIÓN	<ol style="list-style-type: none">1. Aparición de primeros síntomas en forma de parestesias distales, avanzando hacia la raíz de miembros, algias diversas y finalmente parálisis.2. Progresión irregular3. Duración de 2 días hasta semanas.
FASE DE ESTABILIZACIÓN	<ol style="list-style-type: none">1. No progresan lesiones.2. Parestesias predominantes en miembros3. Afectación automotriz variable (bilateral y simétrica)4. Duración variable
FASE DE RECUPERACIÓN	<ol style="list-style-type: none">1. Inicio de regresión de trastornos de una forma espontánea2. Puede prolongarse de 3 a 6 meses en casos leves, lo más frecuente es de 1 a 2 años.

Pronóstico

- + Pacientes infantiles tienen mejor pronóstico que los adultos
- + Recuperación en semanas (o meses)
- + 5-10% muestran secuelas importantes
- + 65% secuelas menores: pies caídos y parestesias distales
- + Después de un año: 18% presentan incapacidad para correr, 4% para la marcha y un 4% requieren soporte ventilatorio
- + 15% no tendrá déficit residual
- + Mortalidad: 3-8% pudiéndose elevar hasta un 20% en pacientes con ventilación mecánica.
- + Niños con cuadriplejia en el día 10 de evolución: peor pronóstico y lenta recuperación.

Plan de Rehabilitación

Fase de latencia

- + Dura de una a tres semanas en el 60% de los casos.
- + Aún no tiene lugar el tratamiento fisioterápico.

Fase de extensión

- + Prevención de retracciones y complicaciones ortopédicas.
- + Sesiones cortas y repetidas a lo largo de la jornada.
- + Mantener una alineación de segmentos corporales para evitar estiramiento de los músculos.
- + Realizar cambios posturales cada 2 horas .
- + Estiramientos pasivos y progresivos suaves de forma mantenida, colocarlo en posturas de autoestiramiento.

- ✚ Aplicar termoterapia antes de realizar los estiramientos para facilitar la relajación muscular.
- ✚ Prevención de escaras por presión:
- ✚ Vigilar las zonas típicas de presión según la postura del paciente
- ✚ Régimen de girado cada dos horas
- ✚ Protegerlas con materiales acolchados y mantener la piel limpia e hidratada

Fase de Estabilización

Mantener vías respiratorias, disminución de problemas del decúbito, mantener circulación y drenaje

- ✚ Cambios posturales cada 2 horas para movilizar secreciones
- ✚ Medias de contención venosa y elevación de piernas sin favorecer flexo de rodilla y cadera

Sensibilidad

1. Superficial:

- ✚ Táctil con algodón o pincel.
- ✚ Dolorosa: punta de una aguja
- ✚ Térmica: tubos de ensayo

2. Profunda

- ✚ A la presión (barestesia): presión con un dedo
- ✚ Peso (barognosia)
- ✚ Actitudes segmentarias (batiestesia): Explorar sensibilidad articular y muscular.

Mantenimiento musculoarticular

Movilización pasiva de rango completo

Extensión de cadera en decúbito lateral

Movilidad de cintura escapular y hombros

Estiramiento de extremidades

Estiramiento de músculos mediante posturas mantenidas

Prevención de desequilibrios musculares:

- ✚ Flexo rodilla: isquiotibiales
- ✚ Flexo cadera: evitar retracción aductores y psoas, incidir en extensos y glúteo medio para posterior marcha.
- ✚ Codo: buscar actividad extensora

Fase de recuperación

Se inicia cuando el paciente puede mantener su propia vía aérea y empieza la recuperación motriz.

- ✚ Sistema respiratorio: Frecuencia, profundidad y patrón de respiración.
- ✚ Movilidad articular en movimientos activos y pasivos
- ✚ Fuerza muscular
- ✚ Sensibilidad y propiocepción
- ✚ Equilibrio

