



# UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

Medicina F Y R.

## Resumen

**Dr. Antonio Pérez Aguilar**

**Presenta:**

- **Adrián Espino Pérez**

## FISIOPATOLOGÍA Y CUADRO CLINICO

El síndrome de Guillain Barré es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen desconocido. Su fisiopatología no está completamente aclarada y se señala que un organismo infeccioso induce una respuesta inmunológica, de origen tanto humoral como celular, la que produce una reacción cruzada contra la vaina de mielina de los nervios periféricos que causa su destrucción. Se realizó una exposición de los principales eventos fisiopatológicos que desencadenan la insuficiencia respiratoria. Se comentaron ampliamente los criterios diagnósticos actuales, que incluyen los resultados de los estudios electrofisiológicos, se señalaron los criterios establecidos para iniciar la asistencia respiratoria. Por último, se presentaron las principales medidas terapéuticas, sus indicaciones, dosis, y los diferentes estudios que avalan el uso de cada una de ellas

Los síntomas iniciales consisten en sensación de “adormecimiento” y “alfilerazos” en los dedos de los pies y en las manos, y en ocasiones por dolor en la región lumbar baja o en las piernas, seguido de debilidad muscular que suele iniciarse en los miembros inferiores para después afectar otros territorios. Esta debilidad es a veces progresiva y puede afectar sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales, todo lo cual configura el cuadro clínico de parálisis ascendente de Landry.

La afectación de pares craneales ocurre en el 25 % de los casos, siendo la paresia facial bilateral la más característica, aunque también pueden ocurrir debilidad en los músculos de la deglución, fonación y masticación. Los signos de disfunción autonómica están presentes en el 30 al 50 %, entre ellos se encuentran:

- Arritmias (bradicardia, taquicardia paroxística, así como asistolia).
- Hipotensión ortostática.
- Hipertensión arterial transitoria o permanente.
- Íleo paralítico y disfunción vesical.
- Anormalidades de la sudación.

Las manifestaciones clínicas de debilidad de la musculatura respiratoria incluyen:<sup>11</sup> - Taquipnea mayor de 35 por minutos.

- Reducción del volumen tidal en menos de 4mL/kg.
- Movimiento paradójico abdominal (movimiento hacia dentro durante la inspiración).
- Alternancia respiratoria (alternativa entre movimientos predominantemente abdominales y los de la caja torácica durante la inspiración).

## **METODOS DIAGNOSTICOS**

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”. También se reporta<sup>9,10</sup> que algunos pacientes presentan anticuerpos antigangliósidos especialmente GM1 y GM1b. Ropper<sup>12</sup> señala que los estudios electrofisiológicos son los exámenes más sensibles y específicos para el diagnóstico y demostró una gran variedad de anomalías que indican desmielinización multifocal, la cual incluye:

- Velocidad de conducción nerviosa enlentecida.
- Bloqueo parcial de la conducción motora.
- Dispersión temporal anormal.
- Latencias distales prolongadas

## **TRATAMIENTO**

Por la posibilidad de deterioro rápido, todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de SGB en fase de progresión, deben ser hospitalizados en una sala de vigilancia intensiva para el monitoreo de la función respiratoria.

**MANEJO RESPIRATORIO** El manejo de la función respiratoria debe incluir la permeabilidad de las vías aéreas, la capacidad del paciente para toser y expectorar, la evaluación de la mecánica Las manifestaciones clínicas de debilidad de la musculatura respiratoria incluyen:<sup>11</sup> - Taquipnea mayor de 35 por minutos. - Reducción del volumen tidal en menos de 4mL/kg. - Movimiento paradójico abdominal (movimiento hacia dentro durante la inspiración). - Alternancia respiratoria (alternativa entre movimientos predominantemente abdominales y los de la caja torácica durante la inspiración).

## **TERAPIA INMUNOMODULADORA**

Las principales medidas terapéuticas incluyen plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas.<sup>16-18</sup> La plasmaféresis consiste en el intercambio de plasma por albúmina o por plasma fresco congelado, se extraen 50 mL/kg en días alternos hasta completar 5 sesiones. Su efectividad quedó demostrada en varios estudios.<sup>17,18</sup> Se recomienda su uso precoz, principalmente en las 2

primeras semanas, en la fase de progresión de SGB severo y en las recaídas; se plantea que mejora la evolución de la enfermedad, así como acorta el tiempo de ventilación mecánica.<sup>18,19</sup> El uso de inmunoglobulinas también ha demostrado su efectividad tanto como en la plasmaféresis.<sup>19</sup> Se aconseja al menos 5 dosis de 400 mg/kg/d en las 2 primeras semanas. Las recaídas son más frecuentes que con la plasmaféresis, pero es tan efectiva como ella y tiene un menor costo, riesgo y disconfort para el paciente,<sup>19</sup> por lo que se recomienda que la elección de uno u otro debe ser individualizada en dependencia de la disponibilidad del recurso y la experiencia de cada servicio. El uso de esteroides no ha demostrado beneficio, se ha usado tanto por vía parenteral como untratecal. Hughes<sup>20</sup> señala que los esteroides en el SGB producen más daño que beneficio. Creange<sup>21</sup> reportó recientemente el efecto-beneficio del interferon b en casos individuales, pero se necesitan ensayos de control y aleatorios a gran escala para determinar su efectividad y seguridad.

## **FISIOTERAPIA**

### **DESARROLLO: ABORDAJE FISIOTERÁPICO EN SGB FISIOTERAPIA EN LA FASE DE LATENCIA**

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

### **FISIOTERAPIA EN LA FASE DE EXTENSIÓN**

Primeros síntomas en forma de parestesias distales que avanzan en sentido disto proximal y algias hasta acabar en parálisis. Desde 2 días a varias semanas. Hay que tener mucho cuidado con estos pacientes por la posible aparición del compromiso de los músculos respiratorios o algún trastorno en la deglución (en estos casos son pacientes pasibles de internación y de cuidados intensivos): el paciente puede necesitar oxigenoterapia y apertura de la tráquea. Empieza el tratamiento fisioterápico encaminado a la prevención de retracciones y complicaciones ortopédicas. El principal impedimento terapéutico será la fatiga típica de estos pacientes: sesiones cortas y repetidas a lo largo de la jornada.

### **MANTENER UNA POSTURA CORRECTA DEL ENCAMADO**

Es necesario mantener una alineación de los segmentos corporales para evitar acortamientos o estiramiento excesivo de los músculos, evitando así retracciones músculo-tendinosas. Deformidades más frecuentes:

MMSS:

- Desplazamiento posterior de hombro.

- Flexión de codo.
- Pronación y dedos en garra.

**MMII:**

- Flexión de cadera.
- Flexo o recurvatum en la rodilla.
- Equino y varo de pie y tobillo.

La postura correcta del encamado es la siguiente:

**MMII:** Evitar el flexo y RE de la cadera: colocar bolsas de arena u órtesis de antirrotacion. Antiequinos para el pie.

**MMSS:** Evitar retracción en flexo de los dedos: órtesis extensoras y mantenimiento de la apertura de la 1º cmisura (dedo gordo). Postura ideal: abd y rotación neutra de hombro, semiflexión codo, ligera supinación y pulgar en extensión.

Intentar prevenir la aparición del hombro congelado: coaptar la cabeza humeral con cintas axilares atadas a la pared o cabezal de la camilla. Realizar cambios posturales cada 2 horas para prevenir complicaciones manteniendo siempre la alineación de los puntos clave. Sedestación cuando sea posible.

Prevención de escaras por presión: Vigilar las zonas típicas de presión y roces según la postura del paciente para evitar ulceraciones: Régimen de girado cada dos horas. Si se desarrollara una UPP, puede ser necesario recurrir a la radiación UV o al masaje con cubitos de hielo para estimular el proceso de curación.

Protegerlas con materiales acolchados y mantener la piel limpia e hidratada. Material necesario: Almohadas, rodillos, cojines, sacos de arena, cuñas, dispositivos antiequino, colchones consistentes

## **MANTENER LA MOVILIDAD Y AMPLITUD ARTICULAR**

Anticiparse a la postura que va a adoptar el paciente si queda paralítico y evitar la rigidez articular y retracción muscular.