



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



DOCENTE:  
DRA. MONICA GORDILLO RENDON

ALUMNO:  
LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:  
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

UNIDAD:  
TERCERA

TEMA:  
CUADRO COMPARATIVO SGB - PDIC

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 07 de mayo del 2021.

Características	Síndrome Guillain Barre	Polineuropatía desmielinizante crónica
<b>Anatopatología</b>	Presencia de inflamación, desmielinización y degeneración axonal, restringida al sistema nervioso periférico.	Desmielinización, formación de "bulbos de cebolla", edema endoneural e infiltrados mononucleares multifocales con predilección por los nervios proximales y las raíces espinales.
<b>Clínica</b>	Tetraparesia flácida y arrefléxica con escasos síntomas sensitivos. La debilidad se inicia en los miembros inferiores y asciende progresivamente, para afectar a la totalidad corporal.	Similar al SGB, pero con una instauración de los síntomas más gradual, superando a veces los 2 meses de progresión.
<b>Curso</b>	Es de rápida progresión de la debilidad, que alcanza su máximo en 4 semanas en el 90% de los casos. La recuperación suele comenzar en 2-4 semanas después de cesar la progresión, y puede durar meses.	El trastorno inicia de manera gradual durante meses o más tiempo, pero en unos cuantos casos la crisis inicial es indistinguible del GBS.
<b>Pronóstico</b>	La mayoría de los pacientes tiene una excelente recuperación, hay un 5% de mortalidad y en el 50% queda alguna secuela.	Los pacientes con curso recurrente tienen mejor pronóstico que las formas progresivas iniciales. Es inusual el fallecimiento.
<b>Estudios</b>	<b>LCR.</b> Típica disociación albuminocitológica. Proteínas normales los primeros días de la enfermedad, elevándose tras la primera semana y manteniéndose así durante varios meses, incluso después de la recuperación clínica. Células <10 células/mm <sup>3</sup> . <b>Neurofisiológicos.</b> En las fases iniciales, las velocidades de conducción motoras distales suelen ser normales y es de mayor valor la abolición de la onda F, que valora la conducción motora proximal, siendo el primer signo diagnóstico.	<b>LCR.</b> Presenta hallazgos análogos al síndrome de Guillain-Barré. <b>Neurofisiológicos.</b> Básicos para establecer el diagnóstico de esta enfermedad. Hay disminución de la velocidad de conducción, dispersión de los potenciales de acción y bloqueos de conducción
<b>Tratamiento</b>	Plasmaféresis o inmunoglobulinas I.V. tratamiento de elección en pacientes con pérdida de capacidad de deambular de forma autónoma, la combinación de ambos fármacos no parece ser mejor que la administración aislada de cualquiera de ellos. Los esteroides no han demostrado su efectividad en esta enfermedad.	Plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas, que se añaden en las formas más graves. En casos refractarios, pueden utilizarse inmunosupresores como la azatioprina, ciclofosfamida y ciclosporina. Corticoides, si son efectivos, y son el tratamiento de elección.

## **Bibliografía**

- CTO Neurología 3ª edición.
- Medicina interna 18 a edición – Farreras.