



UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA



**NOMBRE DE ALUMNO:
EMILI VALERIA ROBLERO VELÁZQUEZ**

**NOMBRE DEL PROFESOR:
KAREN MICHELLE BOLAÑOS PÉREZ**

**NOMBRE DEL TRABAJO:
MAPA CONCEPTUAL GUILLAIN BARRÉ**

**MATERIA:
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

GRADO: 5° SEMESTRE

TAPACHULA, CHIAPAS A 12 DE OCTUBRE DE 2024

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

DEFINICIÓN

• polirradiculoneuropatía aguda autoinmune que afecta nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal

INMUNOPATOGENIA

• La activación de los linfocitos T es sugerida por la observación de valores altos de citocinas y receptores de citocinas en el LCR.

FISIOPATOLOGÍA

MIMETISMO (significa que una parte de una molécula se parece a otra molécula diferente).

CLÍNICA

- Parálisis motora arreflexiva
- Parálisis ascendente
- debilidad con evolución de horas a días
- mayor afectación en piernas y brazos

EPIDEMIOLOGÍA

- la causa más frecuente de parálisis flácida
- Incidencia mundial de 0.6 a 4 por 100 000 habitantes por año.
- Cualquier edad y sexo

ETIOLOGÍA

Autoinmunitarias:
Mimetismo molecular

Infecciones bacterianas:
• Campylobacter Jejuni
• Micoplasma pneumoniae

Infección viral:
• Herpes; citomegalovirus, VEB
• VIH
• Virus de la hepatitis E
• Zika

• GMI más abundante en los nervios
• Los anticuerpos contra GMI pueden desencadenar una lesión mediada por complemento.

• Autoanticuerpos dirigidos contra determinantes no proteínicos

• Respuestas inmunitarias contra antígenos extraños.
• se desvían al tejido nervioso

• Posibilidad que los nervios sean glucoconjugados.
• gacgliocidos

• Anticuerpos antigangliosidos-GM1
• C. jejuni, estructuras glucolípídicas en la superficie que muestran reactividad cruzada

Bloqueo de la conducción.
• Conexiones axónicas permanecen intactas

Degeneración axónica secundaria (en casos graves).
• Discapacidad residual

Modelo axónico primario.
• Los axones han sufrido degeneración

REACTIVIDAD CRUZADA

cuando un anticuerpo que está diseñado para reconocer un antígeno específico se une a otro antígeno similar, pero diferente

CLÍNICA MÁS HABITUAL

Dolor de cuello, hombro, espalda o difuso en columna

• Otras afectaciones:
• Debilidad bulbar.
• dificultad de mantenimiento de vías respiratorias

• Inicio: sin fiebre, disminución de reflejos tendinosos, déficit sensitivos.
• Casos graves: Disfunción vesical

SECUELAS

- Pérdida de control vasomotor
- Hipotensión postural
- Arritmias cardíacas
- Dolor de múltiples formas

SUBTIPOS

- Polineuropatía desmielizante (más frecuente)
- Neuropatía axónica motora
- Neuropatía axónica sensitiva aguda
- Síndrome de Miller-Fish

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis: infecciones virales, inmunizaciones
- Exploración física
- Muestra de LCR
- Electrocardiografía
- Electromiografía
- Pruebas de función pulmonar

TRATAMIENTO

- Inmunoglobulina intravenosa
- Plasmaféresis
- AINES
- Traqueostomía

CON PREDOMINIO:

- 2 picos de presentación:
- uno en la etapa adulta joven (15-34 años)
 - en ancianos (60-74 años),