



## Simposio

### Síndrome de Guillain-Barré

#### Guillain-Barré syndrome

# Introducción y Generalidades

## Introduction and Generalities

Alfredo Alfonso Duran-Adrós<sup>1</sup>

Cuando llega una interconsulta al Neurólogo sobre un paciente con diagnóstico preliminar de “Parálisis Aguda” casi nos lleva a pensar en el síndrome de Guillain-Barré. Más de una vez hemos tenido la experiencia del paciente preguntando “¿No tendré Guillain-Barré?”.

En el año 2019, en el Perú, hubo un brote sin precedentes de Guillain-Barré que afectó varias regiones del país reportándose 900 casos asociados a la presencia del genotipo *Campilobacter jejuni* St2993<sup>(1)</sup>.

En el primer semestre del año 2023, se confirmaron 100 casos compatibles con el síndrome de Guillain-Barré<sup>(2)</sup>, como consecuencia de ello se declaró el Estado de emergencia sanitaria en el Perú desde el 8 de julio de 2023 por una extensión de 90 días.

Este síndrome puede afectar a personas de todas las edades, pero es más frecuente en adultos y personas de género masculino<sup>(3)</sup> alcanzando una incidencia de 1.11 por 100,000 personas<sup>(4)</sup>.

Dos tercios de los pacientes tienen antecedentes de infecciones respiratorias o digestivas recientes por citomegalovirus, virus de Epstein Bar, Varicela zoster, campilobacter jejuni, el virus Zika, y el coronavirus<sup>(5)</sup>. Están también descritos los cuadros de Guillain-Barré en la sero conversión de pacientes con HIV, donde los casos deben ser abordados como si no tuvieran HIV.

La similitud de los componentes de estructuras moleculares “mimetismo molecular” entre el nervio y las estructuras de los micropatógenos hace que se produzca daño en el nervio periférico por una respuesta auto inmune a infecciones y a vacunas cuatro semanas antes<sup>(4)</sup>.

El síndrome se presenta como una debilidad en más de una extremidad, cara, cuello y músculos bulbares, pudiéndose comprometer los músculos respiratorios, con reflejos bajos e

“irritación radicular”. La búsqueda del Lasegue es de mucha importancia.

Se han reportado casos de síndrome de Guillain-Barré en pacientes vacunados contra el COVID-19 con las vacunas Jansen, AstraZeneca, Sinovac, Moderna y Pfizer<sup>(6)</sup>. Sin embargo, los casos muy aislados y la vacunación ha sido muy beneficiosa superando a los riesgos de reacción.

Solemos abordar los pacientes con parálisis aguda en los períodos de progresión de hasta dos semanas y por lo tanto se hacen todos los esfuerzos para precisar el diagnóstico. El descarte debe hacerse considerando un desbalance hidroelectrolítico, enfermedad de la unión neuromuscular como es la miastenia gravis y, parálisis periódica.

Otras veces asistimos a la transformación de una polineuropatía aguda en una sub aguda cuando esta lleva más de 8 semanas de progresión.

Se recomienda realizar los estudios de velocidad de conducción nerviosa luego del tercer día de establecerse el caso vale decir “al tercer día de no progresar”. Esta fecha coincide generalmente con la segunda semana de la enfermedad<sup>(7)</sup>. En este estudio se analizará la función de la fibra gruesa y la fibra delgada.

La fibra gruesa se encuentra altamente mielinizada. En ella se buscará la “Dispersión Temporal” representada por la reducción en la amplitud e incremento de la duración del potencial de acción muscular proximal del nervio peroneo. La dispersión temporal confirma el diagnóstico de parálisis desmielinizante.

En la fibra delgada se analizará la amplitud y velocidad del nervio sural así como la latencia y amplitud del potencial de acción sensitivo del nervio mediano. La alteración de la fibra delgada valorará el daño sensitivo y su extensión en la poli neuropatía.

<sup>1</sup>Médico Neurólogo de la Clínica Ricardo Palma. Unidad de Neurofisiología. Grado de Médico Cirujano Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Post Grado de Neurología (UNMSM).

Una semana luego del inicio de la enfermedad se pueden ver cambios en el líquido cefalorraquídeo que se obtiene mediante una punción lumbar.

Existen variantes en el Guillain-Barré. Los casos de Guillain-Barré típico se producen por anticuerpos antigangliósidos GM1. En la variante Miller Fisher el 80 a 100 % de pacientes tiene los anticuerpos Gq1b<sup>(8)</sup> y es caracterizada por arreflexia, oftalmoplejia y ataxia.

La acción de anticuerpos en los casos de Guillain-Barré se ubican en, o cerca, de los nódulos de Ranvier. Los antígenos blanco posiblemente se localizan en la vaina de mielina<sup>(9)</sup>. Los macrófagos son los que producen el daño.

Si bien en los casos del Guillain-Barré típico no es necesario identificar los anticuerpos GM1, aunque algunos los utiliza para pronosticar la evolución<sup>(8)</sup> y relacionado con el antecedente infección digestiva por Campilobacter jejuni.

Otro aspecto importante es diagnosticar recaídas de Guillain-Barré. Esto puede suceder varios meses de estar establecido el caso e iniciada la recuperación<sup>(3)</sup>.

Se han creado varias escalas pronósticas de esta enfermedad, siendo una de ellas la “Erasmus GBS Outcome Score” (EGOS) que predice la probabilidad de la incapacidad de caminar luego de seis meses del inicio del cuadro. En esta se evalúa la edad en la que se iniciaron los síntomas, si presentó diarrea antes del comienzo y el score de discapacidad luego de 2 semanas<sup>(10,11)</sup>.

Otra escala es la “EGRIS”, con la finalidad de valor el riesgo de insuficiencia respiratoria durante la primera semana

de hospitalización<sup>(12)</sup>. Esta permite tomar decisiones frente a la posibilidad de ingresar al paciente al servicio de UCI.

En la escala de EGRISE, se consideran los siguientes predictores:

1.- Días entre el inicio de debilidad y la llegada al hospital. Se consideran las cifras de 3 días, de 4 a 7 días y con más de 7. Cuando menor el tiempo el pronóstico es peor.

2.- Compromiso facial o bulbar como SI o como NO. La respuesta SI es peor.

3.- El puntaje de score muscular. Se valora la performance motora. Se recomienda analizar 6 grupos musculares de las extremidades superiores e inferiores, tanto derecho como izquierdo, en una escala del 1 al 5.

Los músculos a evaluar serán:

- 1.- Para la abducción del hombro
- 2.- Para la flexión del codo
- 3.- Para la extensión de la muñeca
- 4.- Para la flexión de la cadera
- 5.- La extensión de la rodilla y
- 6.- Para la dorsi flexión del pie.

Cada músculo se evaluará de 0 a 5. El puntaje será de 0 en los músculos con parálisis y como 5 cuando la fuerza muscular es normal. Como ejemplo de normalidad se puede mencionar el puntaje de 51 a 60, al considerarse el lado derecho e izquierdo a la vez.

Tabla 1  
Resumen del sistema EGRIS

Predictor	Categoría	Puntaje
Tiempo del inicio de la debilidad y el día de la hospitalización	>7	0
	4 – 7	1
	= 3	2
Debilidad de músculos faciales y bulbares en la hospitalización	Ausente	0
	Presente	1
Puntaje de la escala MRC validada al hospitalizarse	51 – 60	0
	41 – 50	1
	31 – 40	2
	21 – 30	3
	= 20	4
El puntaje EGRIS total será		0 – 7

### Referencias bibliográficas

- 1. Phillips Morales O.** Actualización del Síndrome de Guillain-Barré. Revista Médica Sinergia. Noviembre, 2019;4(11).
- 2. Síndrome de Guillain-Barré-Perú.** Organización Mundial de la Salud. [Internet] 25 julio 2023. [Citado 08 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON477#:~:text=EI%20s%C3%ADndrome%2C%20pese%20a%20ser,2%2F100%20000%20habitantes>
- 3. Clínica Mayo 15 agosto 2013.** Síndrome de Guillain-Barré Disponible en [who.int/es/new.room/fact-sheet/detail/Guillain-barré-syndrome](http://www.who.int/es/new.room/fact-sheet/detail/Guillain-barré-syndrome)
- 4. Munayco CV.** Epidemiología del síndrome de Guillain-Barré en el Perú. Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública [online]. 2019; 36(1):10-16. ISSN 1726-4634.
- 5. Solano FE.** Características clínico-epidemiológicas del Síndrome de Guillain-Barré en tres hospitales de Piura. 2018-2019. Rev Neuropsiquiatría [Internet]. 2021 Jul [citado 2023 Nov 08]; 84(3): 165-174. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972021000300165&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000300165&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rmp.v84i3.4033>.
- 6. CDC, Neird.** Guillain-Barré Syndrome after Janssen COVID-19, Vaccine Adverse Event. Meeting of Advisory Committee of Immunization Practice (CIP) 2021.
- 7. Alva Díaz C.** Neurología Argentina Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del Guillain-Barré. Enero-Marzo, 2020;12(1):36-48.
- 8. Pusha Narsyanaswami.** Clinical evaluation and Diagnostic Test for Neuromuscular Disorders. Libro del Dr. Tulio Bertorini. 2005.
- 9. Rozés Salvador MV.** Estudio del efecto inhibitorio de anticuerpos antigangliósidos asociados al Síndrome de Guillain-Barré sobre la regeneración axonal en el sistema nervioso periférico. 2016.
- 10. Centro de Control y prevención de enfermedades.** 16 octubre 2015.
- 11. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síndrome de Guillain-Barré.** Enero-Marzo. 2022;12(1):36-48.
- 12. <https://gbstools.erasmusmc.nl/prognosis-tool/0/0>** Valoración del pronóstico del SGB. Neurology 2022;91:521-531.

**Contribución de autoría:** Alfredo Alfonso Duran-Padrós ha participado en la concepción del artículo, la recolección de datos y su redacción, revisión científica y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** El autor no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Durán-Padrós AA. Síndrome de Guillain-Barré. Introducción y Generalidades. Diagnóstico (Lima). 2024;63(1):14-16.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i1.507>

**Correspondencia:** Alfredo Alfonso Duran-Padrós.

**Correo electrónico:** [doctorduran17@gmail.com](mailto:doctorduran17@gmail.com)



# ALAFARPE

ASOCIACIÓN NACIONAL DE  
LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

CORREO ELECTRÓNICO:

[alafarpe@alafarpe.org.pe](mailto:alafarpe@alafarpe.org.pe)

WEB:

[www.alafarpe.org.pe](http://www.alafarpe.org.pe)