



Síndrome de Guillain-Barré (SGB): Tratamiento

Guillain-Barré syndrome (GBS): Treatment

Maritza Alfaro-Oliden¹

El manejo del SGB depende del estadio y de la gravedad de la enfermedad (Figura 1). En la fase aguda, dentro de las dos primeras semanas de iniciado, hay mayor riesgo de desarrollar complicaciones y de empeoramiento de la enfermedad⁽¹⁾. El SGB puede presentar debilidad rápidamente progresiva que conlleva a insuficiencia respiratoria en horas o días, ocasionado la muerte o discapacidad por hipoxia⁽²⁾. Se requiere evaluar al paciente en forma regular para monitorear la evolución de la enfermedad y la aparición de complicaciones no solo en la fase aguda sino también en la de recuperación. Se debe evaluar la función respiratoria a través del uso de musculatura accesoria, conteo respiratorio, capacidad vital y presión inspiratoria y espiratoria máxima. La fuerza muscular debe evaluarse mediante el uso de escalas o herramientas según las guías de práctica clínica de cada institución, del mismo modo que se debe detectar dificultades para tragar y toser, y disfunción autonómica mediante electrocardiografía, monitoreo de frecuencia cardíaca, presión arterial, función vesical e intestinal⁽³⁾.

Terapia inmunomoduladora

Los casos leves pueden experimentar mejoría en corto tiempo o requerir algún apoyo de terapia física u ocupacional. Se recomienda iniciar terapia inmunomoduladora, lo más pronto posible, si el paciente no puede caminar sin ayuda dentro de las primeras 4 semanas de inicio de la debilidad. También en pacientes en quienes tienes factores de pobre pronóstico como debilidad rápidamente progresiva, riesgo de soporte ventilatorio, disfunción autonómica o dificultad para deglutir. No se recomienda en pacientes levemente afectados con enfermedad estable, ya que se considera que es poco probable que se deterioren⁽²⁾.

Tanto la plasmaféresis como la inmunoglobulina intravenosa (IgIV) se consideran terapias inmunomoduladoras igualmente efectivas desde hace 30 años⁽⁴⁾. Los ensayos clínicos han demostrado efectividad del tratamiento con IgIV cuando se inicia dentro de las dos semanas posteriores al inicio de la debilidad, y con plasmaféresis cuando se inicia

dentro de las cuatro semanas, aunque se considera más efectiva cuando se inicia dentro de la primera semana^(2,3).

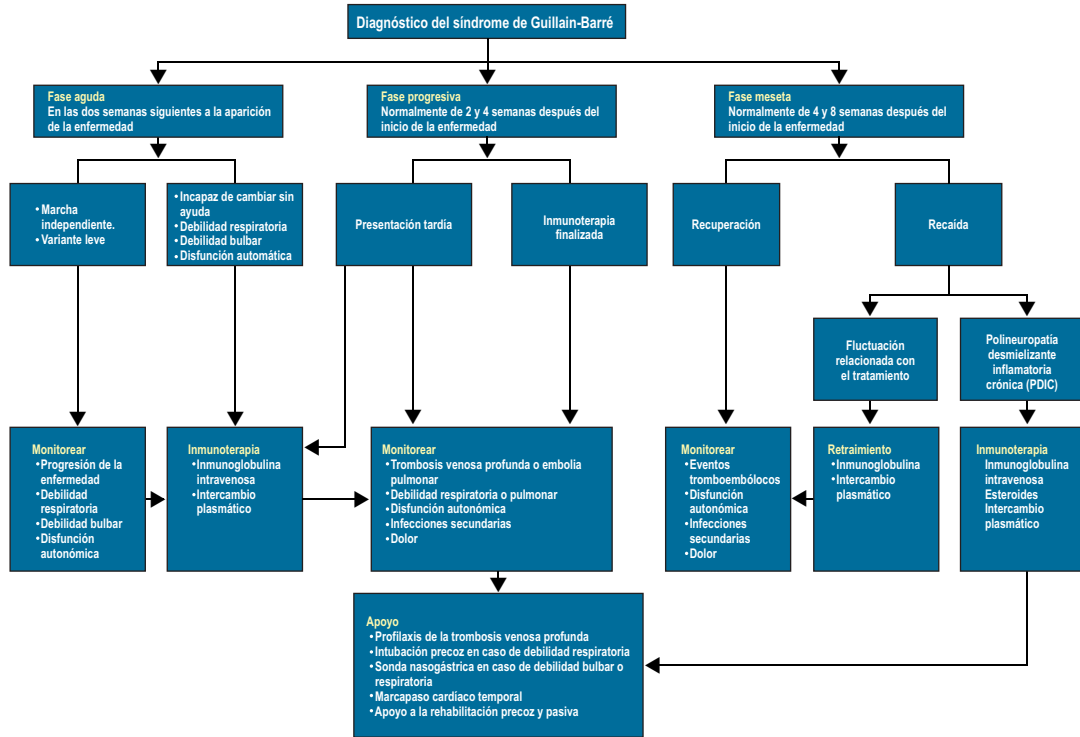
Se recomienda utilizar una dosis de IgIV de 0,4 gramos por kilogramo de peso corporal por día durante 5 días (lo que equivale a la dosis total de 2 gramos por kilo de peso corporal), en lugar de una dosis de 1 gramo por kilogramo de peso corporal por día durante dos días, debido a la pequeña evidencia científica que sustenta este último esquema. La dosis de plasmaféresis es 200-250 mililitros de plasma por kilogramo de peso corporal (12-15 litros) en cinco sesiones durante 7 a 14 días^(2,3).

La plasmaféresis seguida de IgIV no es más eficaz que cualquiera de los tratamientos independientes, como tampoco la IgIV seguida de plasmaféresis^(2,5). No se ha demostrado beneficio de tratamiento con corticosteroides⁽¹⁻⁷⁾. Tampoco hay evidencia de beneficio al administrar un segundo curso de IgIV^(2,4). En pacientes con fluctuaciones relacionadas con el tratamiento (sea IgIV o plasmaféresis), que se definen como la progresión de la enfermedad que ocurre dentro de los 2 meses posteriores a una mejoría o estabilización clínica inicial, podría considerarse una nueva administración de IgIV^(1,3,5). Ante recaídas clínicas repetidas se debe considerar la posibilidad de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) de inicio agudo⁽³⁾.

La IgIV es más fácil de administrar y generalmente se encuentra más disponible, y la plasmaféresis suele ser un procedimiento más invasivo y que requiere equipos más sofisticados para su aplicación, por lo que la IgIV suele ser el tratamiento de elección, aunque ambos son igualmente efectivos^(3,5). Ambos pueden conllevar efectos adversos. Con IgIV puede ocurrir eventos tromboembólicos y disfunción hepática, y la plasmaféresis puede ocasionar hipotensión, por lo que debe evitarse en pacientes con disfunción autonómica⁽¹⁾.

Tanto en niños como en adultos mayores se prefiere la IgIV por ser más fácil de administrar y mejor tolerada que la plasmaféresis^(3,5). En embarazadas no están contraindicadas ni la IgIV, ni la plasmaféresis⁽³⁾.

¹Médica cirujana. Especialista en Neurología. Hospital Nacional. Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima-Perú; Clínica San Felipe, Lima-Perú. ID ORCID: 0009-0002-4275-4292.



Shahrizaila N, Lehmann H, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2021 Mar ;397:1214-28.

Figura 1. Manejo del síndrome de Guillain-Barré⁽¹⁾.

Criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Los criterios para que un paciente ingrese a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) incluyen: progresión rápida de la debilidad, dificultad respiratoria progresiva con insuficiencia respiratoria inminente y disfunción autonómica grave, como la presencia de arritmias o marcada variación en la presión arterial^(3,6).

Otros tratamientos farmacológicos

Se están desarrollando estudios en busca de nuevos tratamientos. El eculizumab ha demostrado ser beneficioso en modelos animales⁽²⁾, y hallazgos en un estudio con un número pequeño de pacientes que recibieron eculizumab además de IgIV, sugirieron una recuperación más temprana que en pacientes que solo recibieron Ig IV⁽¹⁾. Sin embargo, en otros estudios pequeños no se ha podido demostrar beneficio. No existe recomendaciones para el uso de otro tipo de tratamiento farmacológico hasta el momento^(2,4,7).

Tratamiento de complicaciones tempranas

Las complicaciones tempranas que pueden ocurrir en cualquier paciente hospitalizado que está postrado en cama incluyen: las infecciones intrahospitalarias (las más frecuentes son la neumonía e infecciones urinarias) y la

trombosis venosa profunda. Se recomienda adoptar medidas preventivas y el manejo habitual para este tipo de patologías. Otras complicaciones que debemos tener presentes y requieren un manejo multidisciplinario e integral son: parálisis de nervios por compresión, dificultad para deglutir en parálisis bulbar, úlceras corneales en parálisis facial, anquilosis de articulaciones, dolor o disestesias, ansiedad y depresión. Para el dolor es recomendable la movilización y medicamentos para el dolor neuropático como antidepressivos tricíclicos, pregabalina, gabapentina, duloxetine o venlafaxina^(2,3).

Tratamiento de Rehabilitación

Las principales secuelas en pacientes con SGB son las motoras, pero también hay que tener en cuenta las secuelas psicológicas y el dolor. Para ello se hace imprescindible un equipo multidisciplinario compuesto por rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del lenguaje, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos. De acuerdo a la condición de cada paciente puede ser necesaria la terapia física, respiratoria, del lenguaje, para la deglución, ocupacional y psicológica⁽²⁾. El objetivo será mejorar la condición física del paciente y su independencia en las actividades de la vida diaria, así como su estado mental, que puede influir en la recuperación física y viceversa^(3,5). La duración del tratamiento dependerá de la condición de cada paciente.

Un paciente con SGB requiere una rehabilitación integral e individual. La prevención de complicaciones y la intervención temprana son fundamentales para evitar mayores secuelas.

Referencias bibliográficas

1. **Shahrizaila N, Lehmann H, Kuwabara S.** Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2021 Mar 27;397:1214-28.
2. **Doorn van, Van P, Hadden RDM, Avau B, Patrik Vankrunkelsven, Attarian S, et al.** European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society Guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome. *J Peripher Nerv Syst*. 2023;1-29.
3. **Leonhard S, Mandarakas M, Aquino FDA, et al.** Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del Síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. *Medicina (Buenos Aires)*. 2021 Jul 6;81:817-36.
4. **Querol L, Lleixà C.** Novel Immunological and Therapeutic Insights in Guillain-Barré Syndrome and CIDP. *Neurotherapeutics*. 2021 Oct; 18(4):2222-2235.
5. **Alva-Díaz C, Mori N, Pacheco-Barrios K, Velásquez-Rimachi V, Rivera-Torrejon O, Huerta-Rosario CA, et al.** Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. *Neurología Argentina [Internet]*. 2020 Jan 1 [cited 2021 Aug 5];12(1):36-48. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-guia-practica-clinica-el-diagnostico-S1853002819300692>
6. **Shang P, Feng J, Wu W, Zhang HL.** Intensive Care and Treatment of Severe Guillain-Barré Syndrome. *Frontiers in Pharmacology [Internet]*. 2021 Apr 27;12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8113987/pdf/fphar-12-608130.pdf>
7. **Lin J, Gao Q, Xiao K, Tian D, Hu W, Han Z.** Efficacy of therapies in the treatment of Guillain-Barre syndrome: A network meta-analysis. *Medicine [Internet]*. 2021 Oct 15;100(41):e27351. Available from: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/10150/Efficacy_of_therapies_in_the_treatment_of.7.aspx

Contribución de autoría: Maritza Alfaro-Oliden 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: La autora no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Alfaro-Oliden M. Síndrome de Guillain-Barré (SGB): Tratamiento. *Diagnóstico (Lima)*. 2024;63(1):17-19.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i1.508>

Correspondencia: Maritza Alfaro Oliden.

Correo electrónico: maritzalfaro@gmail.com

DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Invitamos a los interesados en publicar artículos a remitirlos, de acuerdo a nuestras Normas de Publicación que pueden ser revisadas en nuestra página web: www.fihu.org.pe realizando los siguientes pasos:

Revista - Revista virtual - Autores - Normas para autores

CORREO ELECTRÓNICO:

fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe