Rev Clin Esp. 2020;220(Espec Congr):722

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-032 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) EN UN HOSPITAL COMARCAL: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

E. Alarcón Manoja, R. Corzo Gilabert, P. Martín Peral, A. Camacho Molina, O. Mera Gallardo y V. Lechuga Flores

Medicina Interna. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Describir el perfil de pacientes con SGB hospitalizados durante un periodo de 5 años.

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una serie de 7 casos de SGB diagnosticados entre 2012-2017 en un H. Comarcal que comprende un área de 121,414 hab. Se definió caso: presentar la clínica cardinal consistente en debilidad muscular progresiva de predominio simétrico junto con arreflexia o reflejos disminuidos, asociado a disociación albúmino-citológica (DAC) en LCR, y un electromiograma (EMG) con las anomalías típicas.

Resultados: Edad media 43,6 años (71,4% varones). El 28,6% refería antecedente de infección respiratoria y el 57,1% infección gastrointestinal. El 85,7% ingresaron entre los 5-7 días del comienzo de la clínica, presentando el 100% tetraparesia al ingreso y asociando el 28,6% insuficiencia respiratoria (IR), el 42,9% trastornos deglutorios y el 71,4% disautonomía. La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP) la presentaron el 42,9%, el síndrome de Fisher el 14,3% y la variante neuropatía axonal motora aguda (AMAN) el 42,9%. Se detectó DAC en LCR en el 85,7% en la 1ªsemana tras inicio de síntomas, y en el 100% en la 3ª. Todos fueron tratados con inmunoglobulinas (Igs), precisando el 28,6% ingreso en UCI por IR, y no se registraron recaídas.

Discusión: El SGB es una polineuropatía inflamatoria autoinmune con una incidencia de 1-2 casos por 100.000 hab. Dos tercios de los pacientes suelen referir antecedente infeccioso. Clínicamente el SGB se suele caracterizar por debilidad ascendente, arreflexia generalizada y acroparestesias, con predominio de semiología motora, que progresa de forma variable. Suele acompañarse de disfunción de nervios craneales, disautonomía y en casos graves de IR. Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, la DAC a en LCR apoya el diagnóstico, y los estudios de electrodiagnóstico permiten subclasificar el SGB en sus diferentes variantes. El pilar del tratamiento son las terapias inmunomoduladoras.

Conclusiones: En nuestra serie de casos, las variantes clínicas más frecuentes fueron la AIDP y la AMAN. La clínica de inicio en todos los casos fue una tetraparesia, y se detectó en el 100% disociación albúmino-citológica en LCR. Los casos fueron tratados con Igs, y no se describieron recaídas.

Bibliografía

1. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med. 2012;366:2294.

0014-2565 / © 2020, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.