Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):560

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-013 - SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. EXPERIENCIA ACUMULADA EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS

F. Maroto Piñeiro[1], P. Sánchez Conde[1], F. Fernández Fernández[1], J. Paz Ferrín[1], N. García Poutón[1], I. Fernández Castro[1], J. Lorenzo González[2] y J. de la Fuente Aguado[1]

[1]Medicina Interna; [2]Neurología. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: Analizar la forma de presentación, pruebas diagnósticas, evolución clínica y pronóstico de una cohorte de pacientes diagnosticados de síndrome de Guillain Barré (GBS) en nuestro centro (Hospital POVISA).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico al alta de síndrome de Guillain Barré durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2016.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 pacientes (57% varones, 43% mujeres) con una mediana de edad de 59 años (rango 14 y 86 años).La mayoría de los casos se correspondía con el subtipo tetraparesia progresiva ascendente (57,5%). Otras formas menos frecuentes de presentación fueron la afectación exclusiva de miembros inferiores (22,5%) o miembros superiores (7,5%). Dos pacientes fueron diagnosticados de síndrome de Miller-Fisher y una paciente de la variante faringo-cérvico-braquial. Las pruebas electrofisiológicas al ingreso mostraron un patrón desmielinizante en el 32,5% de los pacientes, patrón axonal motor en el 25%, patrón axonal sensitivo-motor en el 30% y fueron normales en el 12,5% de los casos. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (65%). Solamente se llevó a cabo plasmaféresis en un paciente. El grueso de los enfermos (86%) inició tratamiento rehabilitador durante su estancia hospitalaria continuando dicho tratamiento de forma ambulatoria. En el 80% de los pacientes se reflejaba el estado neurológico al alta refiriéndose déficit motor incapacitante que impedía la deambulación de forma autónoma en el 52% de los casos (21% acompañado de parestesias) y déficit motor leve en el 40% de los casos (19% acompañado de parestesias). Un 6,3% de los pacientes sólo presentaban déficit sensitivo No se encontró relación estadísticamente significativa entre el patrón electrofisiológico, tratamiento administrado, progresión sintomática durante el ingreso o estancia en UCI con el estado funcional al alta ni al año de seguimiento. Se observó que los pacientes con menos días de evolución de los síntomas previos al ingreso tuvieron peor pronóstico, con mayor déficit neurológico tanto al alta como al año de seguimiento de forma estadísticamente significativa.

Discusión: La distribución de los subtipos clínicos en nuestra cohorte coincide con la descrita en la literatura, siendo la tetraparesia progresiva ascendente la forma más frecuente de presentación. Destaca en nuestra serie una elevada proporción de patrones electromiográficos axonales (patrón axonal motor y patrón axonal sensitivo-motor) en comparación con otras series publicadas. También

constatamos en nuestra serie que la rápida progresión de los síntomas previa al ingreso se relaciona con peor pronóstico funcional al alta y al año de seguimiento. Las principales limitaciones de nuestro estudio son su carácter retrospectivo y la pérdida de datos clínicos debida a la digitalización de la historia clínica que ocurrió durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio, así como el pequeño tamaño de la muestra.

Conclusiones: El SGB se suele presentar como una tetraparesia ascendente, asociada usualmente a un patrón típico de disociación albúmino citológica en LCR. No se detectó una asociación entre el patrón electromiográfico, tratamiento administrado o ingreso en UCI con el pronóstico funcional al alta ni al año de seguimiento. Se detectó una relación inversamente proporcional entre la rapidez de progresión de los síntomas previos al ingreso y el pronóstico funcional del paciente al alta y al año de seguimiento.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.