



ARTICULO ORIGINAL

SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL.

Dr. José Mario López Saca, Dr. Irsan Guadalupe Alfaro, Dr. Salvador Antonio Sermeño *

RESUMEN

Introducción: el objetivo de nuestro estudio es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con el Síndrome de Guillain Barré, atendidos en el Hospital Nacional Zacamil Dr Juan José Fernández (HNZ).

Métodos: revisamos en forma retrospectiva los pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de Guillain Barré de Enero 1995 a Diciembre del 2005. En cada expediente fueron investigados el sexo, edad, ocupación, domicilio, comorbilidades, días de estancia intra-hospitalaria, factor desencadenante, patrón clínico de presentación, escala de discapacidad de Winer-Hughes, uso de inmunoglobulina, estudio de líquido cefaloraquídeo (LCR), velocidad de conducción nerviosa (VCN), evolución y complicaciones. Análisis estadístico empleado fueron medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: se revisaron los expedientes de 59 pacientes, 31 (52.5%) mujeres y una mediana de la edad de 28 años; el 74.6% (44) residían en el área urbana. La mediana de días entre el inicio de los síntomas y acudir a la consulta en la unidad de emergencia fue de 4 y de los días de ingreso fue de 10.5. En el 59.3% (35), se encontró el antecedente de infecciones, en 9 gastrointestinal, y en 26 de vías aéreas superiores. En el 89.7% (52), la forma de presentación fue la típica. La escala funcional de Winer-Hughes en el momento de mayor compromiso de la enfermedad fue mayor de III en el 43.74% (14). El 42.5% (20) presentaba una disociación albúmina citológica. A 46 se les efectuó VCN, siendo los patrones más frecuentes el mixto y axonal. Se observó un mayor número de casos entre los meses de Marzo a Noviembre.

Conclusión: el comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré atendidos en el HNZ es similar a lo reportado en otros países.

Palabras claves: Síndrome de Guillain Barré, Epidemiología, Polirradiculopatía

ABSTRACT

Objective: report the epidemiology and clinical characteristics of patients with Guillain Barre Syndrome who were attended at Hospital Nacional Zacamil Dr Juan José Fernández (HNZ)

Methodology: We retrospectively reviewed all cases of Guillain Barre Syndrome (GBS), who were hospitalized during the period of January 1995 through December 2005

In the medical records we reviewed: gender, age, profession, address, co morbid illnesses, days of hospitalization, triggering factors, clinical presentation, Winer-Hughes disability scale, treatment, CSF studies, Nerve conduction velocity, evolution and complications.

For the statistical analysis we used central tendency measures.

Results: Fifty nine cases were included in this study, from which 31 (52.5%) were women; with a median age of 28 years; 44 (74.6%) lived in the urban area. The median of days between the beginning of symptoms and presenting to the emergency room was 4 days and they spent 10.50 days hospitalized. In 35 patients (59.3%), there were previous infections, 9 of which were gastrointestinal and 26 upper airways infection. 52 (89.7%) were typical presentations. When the illness reached its peak the Winer-Hughes showed a level III or higher in 14 cases (43.74%).

In 20 of the cases (42.55%) we observed an albuminocytological dissociation. 46 had VCN, finding more frequently the mixed and axonal patterns. Most of the cases were reported between March and November.

Conclusions: the clinical and epidemiological behavior of the patients having GBS admitted to the hospital is similar to that being reported in other countries.

Key words: Guillain Barré syndrome, epidemiology, poliradiculopathy

* **Autor responsable:** Dr. Salvador Antonio Sermeño. Internista y Reumatólogo, Hospital Nacional Zacamil Dirección: Centro Urbano Zacamil José Simeón Cañas, Calle La Ermita, Mejicanos, El Salvador, Centro América savadorsermeno@gmail.com

Afiliación autores: Médico Internista. San Salvador, El Salvador, Centro América (JMLS)

Médico Internista. San Salvador, El Salvador, Centro América (IGA)

Introducción

El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen idiopático, caracterizada por debilidad muscular y arreflexia. Constituye una de las formas más frecuentes de neuropatía [1, 2]. En el 66 % de los pacientes con SGB se recoge el antecedente de una infección respiratoria o gastrointestinal, bacteriana o viral, varias semanas antes del comienzo de los síntomas neurológicos, siendo las más frecuentes por *Campylobacter jejuni*, *Cytomegalovirus* y virus de Epstein Barr; aunque también se han detectado infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, virus de la hepatitis, herpes simple y mononucleosis infecciosa. El SGB también se ha asociado con vacunación (influenza, antirrábica, etc.), enfermedades sistémicas (enfermedad de Hodgkin, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis) y cirugía [3 – 7]. En algunos trabajos se ha encontrado una variación estacional observando una mayor frecuencia en verano en Brasil.

El 80 % de los pacientes se recuperan completamente o con déficit pequeños y entre el 10 y el 15 % quedarán con secuelas permanentes; el resto morirá a pesar de los cuidados intensivos. Las causas de muerte incluyen: distrés respiratorio agudo, neumonía nosocomial, broncoaspiración, paro cardíaco inexplicable y tromboembolismo pulmonar.

Para el tratamiento son importantes las medidas generales para prevenir infecciones y el uso de plasmaféresis e inmunoglobulinas [16, 17].

El objetivo del trabajo es investigar las características clínicas y demográficas de los pacientes con SGB que fueron atendidos en el Hospital Nacional Zacamil.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio: retrospectivo y descriptivo.

Criterios de Inclusión: pacientes mayores de 12 años que se les dió de alta del servicio de hospitalización del servicio de medicina interna, con el diagnóstico de SGB (Criterios de Alsbury) [8] (Tabla 1), en el período de Enero de 1995 a Diciembre de 2005.

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL SINDROME GUILLAIN -BARRE NECESARIOS

1. Debilidad progresiva en 2 o mas miembros por neuropatía
2. Arreflexia
3. Evolución de la enfermedad < 4 semanas
4. Exclusión de otras causas (ej. Vasculitis, Toxinas, Botulismo, Porfiria, Difteria, síndrome localizado en medula espinal o cola de caballo)

DE APOYO

1. Debilidad relativamente simétrica
2. Afección sensitiva de grado leve
3. Afección del nervio facial o de otros pares craneales
4. Perfil típico en el LCR (acelular, ↑ en el valor de proteínas)
5. Ausencia de fiebre
6. Signos electrofisiológicos de desmielinización

En cada expediente se investigó el sexo, edad, ocupación, domicilio, enfermedades comórbidas, días de estancia intra-hospitalaria, factor desencadenante, patrón clínico de presentación, escala de discapacidad de Winer-Hughes [9] (Tabla 2), uso de inmunoglobulina, estudio de LCR, velocidad de conducción nerviosa (VCN), estado final y complicaciones.

Para el análisis estadístico se emplearon medidas de tendencia central.

TABLA 2. ESCALA DE DISCAPACIDAD DE WINER-HUGHES.

- 0:** Saludable o recuperación completa.
- I:** Signos o síntomas menores que no limitan la actividad física.
- II:** Capaz de caminar 5 metros sin asistencia, andadera o bastón, pero incapaz para trabajo manual, compras o trabajo de casa.
- III:** Capaz de caminar 5 metros con asistencia, andadera o bastón.
- IV:** Confinado a silla o cama.
- V:** Requerimiento de ventilación asistida por lo menos parte del día o de la noche.
- VI:** Muerte

Resultados

De los 59 pacientes, 31 (52.5%) fueron del sexo femenino; con una mediana de edad de 28 años, el 50% con edades entre los 17 y 51 años. Estudiantes 21 (35.6%) y 14 (23.72%) amas de casa; la mayoría 44 (74.6%) residían en el área urbana.

La mediana de días entre el inicio de los síntomas y acudir a la consulta fue de 4, el 50% consultaron entre 1 y 21 días. La mediana de los días de ingreso fue de 10.5, el 50% de los pacientes permaneció ingresado entre los 6 y 16.2 días (Tabla 3).

Tabla 3.
Síndrome de Guillain Barré en el HNZ.
Distribución por edad, evolución de síntomas y días de internamiento

| Estadístico | Edad | Días de ingreso | Evolución síntomas |
|-------------|-------|-----------------|--------------------|
| N | 59 | 58 | 59 |
| Mediana | 28.00 | 10.50 | 4.00 |
| Mínimo | 12 | 1 | 1 |
| Máximo | 81 | 136 | 21 |
| Percentiles | 25 | 17.00 | 3.00 |
| | 75 | 51.00 | 8.00 |

En 35 (59.3%), se encontró el antecedente de infecciones en las 4 semanas previas al inicio de los síntomas; en 9 de origen gastrointestinal y en 26 de vías aéreas superiores.

En 52 (89.7%), la forma de presentación fue de inicio en miembros inferiores, distal y ascendente. En un paciente la forma de presentación fue un síndrome de Miller Fisher.

Se investigó en cada uno de los pacientes la escala funcional de Winer-Hughes en el momento de mayor compromiso de la enfermedad, y se encontró que 14 (43.74%) tenían una clase funcional mayor de III (Tabla 4).

Tabla 4.
Síndrome de Guillain Barré en el HNZ
Pacientes agrupados por escala funcional de Winer-Hughes

| Clase funcional | Frec relativa | % | Frec acumulada |
|-----------------|---------------|-------|----------------|
| II | 6 | 10.16 | 10.16 |
| III | 13 | 22.03 | 32.19 |
| IV | 24 | 40.67 | 72.86 |
| V | 12 | 20.33 | 93.19 |
| VI | 4 | 6.78 | 99.97 |
| Total | 59 | 99.97 | |

En los exámenes de laboratorio y gabinete realizados se observó que 20 (42.55%) presentaban una disociación albúmina citológica. A 46 pacientes se les realizó VCN, encontrando mas frecuentemente los patrones mixtos y axonal (Tabla 5).

Tabla 5.
Síndrome de Guillain Barré en el HNZ
Agrupados por resultado de velocidad de conducción nerviosa

| EMG | Frec relativa | % |
|-----------------|---------------|------|
| Mixta | 18 | 30.5 |
| Axonal | 17 | 28.8 |
| Desmielinizante | 11 | 18.6 |
| Total | 46 | 78.0 |

En 18 (30.5%) se administró inmunoglobulina, a una dosis de 4 gr/kg/día, en los primeros 7 días de evolución de la enfermedad, pero el esquema fue incompleto: 1 día en 3 pacientes; 2 días en 3; 3 días en 9 y 5 días a 3. En total fallecieron 4 pacientes.

Al investigar la frecuencia por año, se encontró 12 en el 2002, 8 en el 2003, 10 en el 2004 y 10 en el 2005. El mayor número de casos fue entre los meses de Marzo a Noviembre.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo en 59 pacientes con SGB atendidos en el HNZ, nos permiten identificar las características epidemiológicas más importantes y compararlas con lo reportado.

Así encontramos que hay un predominio del sexo femenino y el 75% con una edad inferior a los 51 años, estudiantes el 36%, con una consulta en los primeros 7 días.

El 59% presentaba el antecedente de infecciones, siendo la infección de vías aéreas superiores la más frecuente.

A lo largo de la evolución, el 89% presentó una clase funcional mayor de III, fallecieron el 6.8% de los pacientes.

En el 42%, el LCR presentó datos de disociación albúmina citológica y en el 58 % de los pacientes se encontró en la VCN hallazgos de degeneración axonal y mixta [10 – 12].

Las manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio y estudios de VCN, son similares a lo descrito en la literatura, sin embargo, la mortalidad encontrada por nosotros fue inferior, lo cual puede ser debido a sesgo de información [13, 14].

En el antecedente de infecciones como factor precipitante se encontró diferencias con lo reportado en Cuba (71%), pero similar a lo reportado en otras series [13, 14].

Con los resultados de este trabajo no se puede valorar el beneficio terapéutico de la utilización de inmunoglobulina, ya que la mayoría recibió una dosis inferior a la recomendada [16, 17].

En nuestro hospital el SGB, el 78% de los casos se presentan en los meses de invierno, en cambio en Brasil el 62% de Septiembre a Marzo [15].

En conclusión, los pacientes con SGB presentan un comportamiento clínico y de pronóstico similar a lo reportado en otros países.

Se recomienda aumentar la serie y estudiar el estado funcional de los pacientes a largo plazo y comparar el grado de recuperación con los factores precipitantes, y los hallazgos en la VCN.

Referencias

1. Hahn, AF. The Guillain-Barré syndrome. *Lancet* **1998**; 352: 635.
2. Ropper, AH. The Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med* **1992**; 326:1130.
3. Mori M, Kuwabara S, Miyake, M et al. Haemophilus influenzae infection and guillain-Barre syndrome. *Brain* **2000**; 123: 2171.
4. Jacobs BC, Rothbart PH, van der Meche FG et al. The spectrum of antecedent infections in Guillain-Barré syndrome: A Case-control study. *Neurology* **1998**; 51: 1110.
5. Rees JH, Soudain SE, Gregson NA, Hughes RAC. Campylobacter jejuni infection and Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med* **1995**; 333: 1374.
6. McCarthy N, Giesecke J. Incidence of Guillain-Barre syndrome following infection with Campylobacter jejuni. *Am J Epidemiol* **2001**; 153: 610.
7. Olive JM, Castillo C, Castro RG, de Quadros CA. Epidemiologic study of Guillain-Barre syndrome in children 15 years of age in Latin America. *J Infect Dis* **1997**; 175 (Suppl 1): S160.
8. Alsbury AK, Cornblath DR. Assessment of current diagnostic criteria for Guillain-Barre syndrome. *Ann Neurol* **1990**; 27 (Suppl): S21.
9. Hund EF, Borel CO, Cornblath DR, et al. Intensive management and treatment of severe Guillain-Barré syndrome. *Crit Care Med* **1993**; 21: 433.
10. Albers JW, Donofrio PD, McGonagle TK. Sequential electrodiagnostic abnormalities in acute inflammatory demyelinating polyradiculopathy. *Muscle Nerve* **1985**; 8: 528.
11. Ropper AH, Wijdicks EFM, Shahani BT. Electrodiagnostic abnormalities in 113 patients with Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol* **1990**; 47: 881.
12. Gordon PH, Wilbourn AJ. Early electrodiagnostic findings in Guillain-Barre syndrome. *Arch Neurol* **2001**; 58: 913.
13. Chio A, Cocito D, Leone M, et al. Guillain-Barre syndrome: a prospective, population-based incidence and outcome survey. *Neurology* **2003**; 60: 1146.
14. Hernández E, Bali D, Cruz M, Moreno O. Presentación clínica y evolución del síndrome de Guillain Barré en una unidad clínica de cuidados intensivos. *Rev Cub Med* **2002**; 41, (6).
15. Guimarães M, Dozzi S, Alves A, Poti U. Epidemiologic features of guillain-barré syndrome in São Paulo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* **2004**; 62(1): 33 – 37.
16. van der Meche FGA, Schmitz PIM, Dutch Guillain-Barré Study Group. A randomized trial comparing intravenous immune globulin and plasma exchange in Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med* **1992**; 326: 1123.
17. Plasma Exchange/Sandoglobulin Guillain-Barre Syndrome Trial Group. Randomised trial of plasma exchange, intravenous immunoglobulin, and combined treatments in Guillain-Barre syndrome. *Lancet* **1997**; 349: 225.