

Invest. Medicoquir 2022 ;14: (1)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

PRESENTACIÓN DE CASO

Manejo rehabilitador de paciente portador de síndrome de Guillain Barré

Rehabilitation treatment performed after the patient's Guillain-Barré syndrome

Jacqueline del Carmen Martinez Torres,¹ Janet Seoane Piedra,¹ Yakirel Li Pérez.¹
Thais Hernández Velazco,¹ Indira Aguirre Acosta,¹ Leyanis Caridad Morales Juara,¹ Yakirel Li Pérez.¹

I. Centro Internacional de Salud "La Pradera". 2020. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía aguda autoinmune que afecta a nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal. La incidencia en el mundo se señala entre el 0,89-1,89 casos por 100 000 habitantes/ año con predominio del género masculino de 1,78:1 Tiene diferentes formas de presentación, típicas y atípicas. Se caracteriza clínicamente por la presencia de una parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico es clínico. Transita por 3 fases de evolución: progresión, estabilización y regresión. La mortalidad estimada es del 4-8 %. Más del 20 % de los pacientes llegan a requerir ventilación asistida y el 40 % de los que necesitan hospitalización requieren rehabilitación; el 80 % se recupera adecuadamente después del tratamiento. Se presenta el caso por lo atípico de su cuadro clínico inicial con toma de miembros superiores y posteriormente miembros inferiores, la no afectación respiratoria y

su evolución favorable con el tratamiento de rehabilitación realizado luego de la estabilización clínica del paciente.

Palabras clave: síndrome de Guillain Barré, rehabilitación.

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome is an acute autoimmune polyradiculoneuropathy that affects peripheral nerves and nerve roots of the spinal cord. The incidence in the world is marked between 0,89-1,89 cases per 100 000 inhabitants / year with a male predominance of 1,78: 1. It has different forms of presentation, typical and atypical. It is clinically characterized by the presence of flaccid paralysis with dysflexia, variable sensory disorder and elevation of proteins in the cerebrospinal fluid. The diagnosis is clinical. It goes through 3 phases of evolution: progression, stabilization and regression. The estimated mortality is 4-8 %. More than 20 % of patients require assisted ventilation and 40 % of those who need hospitalization require rehabilitation; 80 % recover properly after treatment. The case is presented due to the atypical nature of its initial clinical picture with the taking of upper limbs and subsequently lower limbs, respiratory non-involvement and its favorable evolution with the rehabilitation treatment performed after the patient's clinical stabilization.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda autoinmune que afecta a nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal por mimetismo molecular entre antígenos microbianos y antígenos de los nervios; los factores genéticos y ambientales que afectan a la susceptibilidad a desarrollar la enfermedad aún están en estudio. El trastorno suele aparecer unos días o semanas después de que la persona presente síntomas de infección vírica respiratoria o intestinal; en algunas ocasiones, el embarazo, las cirugías o las vacunas pueden desencadenar el síndrome.¹

Los reportes de incidencia en el mundo lo señalan entre el 0.89-1.89 casos por 100,000 habitantes/ año con predominio del género masculino de 1.78:1; 60% de los casos tuvieron previamente un episodio infeccioso, según los resultados publicados en dos metanálisis realizados en 2011 por los *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos. En Cuba su incidencia anual es de 0.8 a 1 x 100,000 habitantes, ésta puede variar al existir epidemias únicas tales como influenza, dengue y conjuntivitis hemorrágica.²⁻⁴

Tiene diferentes formas de presentación, típicas y atípicas, con rasgos electrofisiológicos y anatomopatológicos distintos cuyos máximos picos clínicos de afectación se sitúan entre las dos y las cuatro primeras semanas desde el inicio de los síntomas; se caracteriza clínicamente por la presencia de una parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Se considera la causa más frecuente de parálisis flácida. Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo, con dos picos de presentación: uno en la etapa adulta joven (15-34 años) y otra en los ancianos (60-74 años). Es raro en los niños menores de 1 año de edad.

El diagnóstico es clínico. Siempre debe existir debilidad progresiva en más de una extremidad y arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa. Se puede confirmar con análisis del LCR, en donde se aprecia, después del quinto día, disociación albumino citológica. Adicionalmente se pueden determinar anticuerpos antigangliósidos y realizar estudios de conducción nerviosa para clasificar las diversas variantes, con una sensibilidad del 56 % - 70 % y una especificidad del 85 % - 98 %.⁵⁻⁷

Se reportan tres fases en la evolución del síndrome: de progresión (entre el inicio de las manifestaciones clínicas y su acmé con una duración regular, desde algunas horas hasta aproximadamente cuatro semanas; con ocho días como promedio, estabilización (etapa comprendida entre el final de la progresión y el inicio de la recuperación clínica, con duración promedio de 10 días. Esta etapa puede estar ausente o ser muy breve, y regresión (etapa comprendida entre el inicio de la recuperación y su final). A partir de entonces, los defectos neurológicos que persistan pueden considerarse secuelas. Tiene una duración aproximada de un mes, pero este tiempo varía de un individuo a otro dependiendo de la gravedad y extensión del daño neurológico.), que suelen completarse en tres a seis meses.⁸

En relación al tratamiento se describe que las inmunoglobulinas administradas en las dos primeras semanas del inicio de los síntomas han demostrado eficacia para acortar el tiempo de recuperación de los pacientes. Por su parte, la plasmaféresis ha probado beneficio en pacientes con enfermedad leve, moderada y grave, así como mayor utilidad cuando se realiza dentro de los siete días posteriores al inicio de la enfermedad.⁹⁻¹⁰

La mortalidad estimada del SGB es del 4-8 %. Se considera que más del 20 % de los pacientes llega a requerir ventilación asistida y que alrededor del 40 % de los que necesitan hospitalización requieren rehabilitación. Aproximadamente el 80 % se recupera adecuadamente después del tratamiento; el 25 %- 85 % de los pacientes continúa con signos residuales de neuropatía, lo que indica daño funcional. La recuperación puede durar meses o años.¹¹

Se presenta el caso por lo atípico de su cuadro clínico inicial, y su evolución favorable con el tratamiento de rehabilitación realizado luego de la estabilización clínica del paciente.

DESARROLLO

CASO CLÍNICO

Paciente VGC, de 55 años de edad, con antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial controlada con micardi. Antecedentes de haber presentado cuadro de deposiciones diarreicas, en número de 3, 15 días antes del inicio de la sintomatología, interpretado como ingesta. El 8 de diciembre del año 2019 comenzó con limitaciones en el uso de las manos, dados por parestesias y caída de los objetos que tomaba con ellas. No dolor. Se evaluó y diagnosticó como cervicalgia, realizando tratamiento con medicación oral y vitaminoterapia. No mejoría con el tratamiento y comenzó con manifestaciones similares en miembros inferiores que le dificultaban la estancia de pie y la marcha. Se evaluó el 22 de diciembre en el CIREN donde se realizó diagnóstico presuntivo de Síndrome de Guillain Barré, ingresando en hospital Ameijeiras donde se estudió y confirmó el diagnóstico presuntivo, realizándose tratamiento específico con Intaglobín. No presentó complicaciones respiratorias. Se realizó evaluación

inicial en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro Internacional de Salud "La Pradera" el 6 de enero del año 2020. Antecedentes personales: no fuma, no ingiere bebidas alcohólicas habitualmente. Realizó actividad física en la juventud.

En el examen físico inicial se constató: Peso: 103,8 Kg. Talla: 178,90 cm.

Mucosas húmedas y normo coloreadas. TCS: no infiltrado.

Cráneo y cara sin dificultades.

Cuello: completa arcos articulares sin dificultad, activamente. No sensación de mareos a los cambios de posición.

Miembros superiores: completa todos los arcos articulares pasivamente. Miembro superior derecho: hombro y codo nota muscular 4/5. Realiza pinza digital con nota 3/5. No completa cierre activo de la mano en puño. Ligero linfedema. Miembro superior izquierdo: hombro nota muscular 4/5. Codo: nota 3/5. Inicia pinza digital activamente, sin fuerza muscular para mantenerla, nota 2/5. Fuerza muscular de la mano: nota 2/5. No completa cierre activo de la mano en puño.

Tronco: flexión y extensión sin dificultades.

Miembros inferiores: completa todos los arcos articulares activamente. Nota muscular proximal: 4/5. Distal. Realiza dorsiflexión y flexión plantar de ambos pies activamente sin limitación. Nota muscular: 4/5.

Sistema nervioso central: paciente vigil, orientado, con memoria conservada, no dificultades en la comunicación oral. Arreflexia osteotendinosa en los 4 miembros. Palestesia conservada. Romberg simple negativo, sensibilizado positivo.

El paciente se sienta, se para y camina sin apoyo externo, con marcha sin aumento de la base de sustentación, paso normal.

Actividades de la vida diaria: dificultad para llevarse los alimentos a la boca por debilidad muscular de las manos. Necesita ayuda para bañarse, vestirse sobre todo el tren inferior, y ponerse los zapatos. Agarra el vaso con las 2 manos para evitar su caída.

En este paciente se plantearon los siguientes objetivos de tratamiento rehabilitador: mejorar tono y fuerza muscular de los 4 miembros. Mejorar función cardiorrespiratoria. Mejorar equilibrio en bipedestación y marcha. Reeducar marcha fuera de paralelas, planos inclinados y escaleras. Independizar para las actividades de la vida diaria.

Como parte de la evaluación se realizaron estudios funcionales que incluyeron: evaluación con bioimpedancia, evaluación en laboratorio de marcha y evaluación en equipo Armeo Power, para miembros superiores.

Se indicó tratamiento de rehabilitación, que incluyó: magnetoterapia en cama magnética, electro estimulación para lograr flexo extensión muñeca-manos, gimnasia terapéutica con ejercicios en la jaula de Roche, libres y de fortalecimiento progresivos, ejercicios de estabilidad y equilibrio sentado y de pie, reeducación de marcha fuera de paralelas, con obstáculos, planos inclinados y subir-bajar escaleras. En terapia ocupacional realizó ejercicios para miembros superiores de coordinación gruesa, media y fina, y se utilizó el equipo Armeo Power en la evaluación y tratamiento.

Se indicó además ozonoterapia rectal y técnicas de medicina natural y tradicional.

Se reevaluó el paciente luego de concluir 20 sesiones de tratamiento. Por la percepción del paciente las mejorías fueron: mejoría física, anímica y mental. Desde el punto de vista físico: mejoría evidente de la fuerza, resistencia, masa muscular, en miembros inferiores, que propiciaron una mejor marcha independiente, planos inclinados y bicicleta.

En miembros superiores mejoró la funcionabilidad de los hombros y codos, con aumento de la fuerza muscular y la libertad de movimientos. En las manos se logró realizar la pinza digital en dedos índice y medio de ambas manos, mejor agarre de cierre en puño. No se caen los objetos menos pesados de las manos, se pasa las manos por la cara, entrelaza los dedos. Completó flexo extensión de muñecas.

En el examen físico evolutivo se evidenció:

Miembros superiores: completa todos los arcos articulares pasivamente.

Miembro superior derecho: hombro y codo: nota 4/5. Realiza pinza digital con nota 3/5. Completo cierre activo de la mano en puño. Coordinación gruesa conservada, dificultad para la coordinación fina.

Miembros superiores izquierdo: Hombro: nota 4/5. Codo: nota 3/5. Realiza pinza digital activamente, sin fuerza muscular para mantenerla, nota 3/5. Fuerza muscular de la mano: nota 3/5. Completo cierre activo de la mano en puño. Coordinación gruesa conservada, dificultad para la coordinación fina.

Tronco: flexión y extensión sin dificultades.

Miembros inferiores: completa todos los arcos articulares activamente. Nota muscular proximal 5/5. Distal. Realiza dorsiflexión y flexión plantar de ambos pies activamente sin limitación. Nota muscular 5/5.

Sistema nervioso central: paciente vigil, orientado, con memoria conservada, no dificultades en la comunicación oral. Se mantiene arreflexia osteotendinosa en los 4 miembros. Palestesia conservada. Romberg simple negativo, sensibilizado negativo.

El paciente se sienta, se para y camina sin apoyo externo, con marcha sin aumento de la base de sustentación, paso normal. Ha aumentado la distancia de marcha sin dificultades, camina en planos inclinados, sube y baja escaleras y monta bicicleta.

Actividades de la vida diaria: se alimenta solo. Se baña solo, dificultades aún para vestirse sobre todo el tren inferior, y ponerse los zapatos. Puede cepillarse los dientes, afeitarse sin ayuda.

Se realizan estudios comparativos inicial y final con mejoría de los parámetros registrados.

Bioimpedancia con aumento de 1,4 kg de peso, ligero aumento del índice de masa corporal (32,42 inicial y 32,85 final), pero con disminución de la masa grasa y aumento de la masa magra. La masa músculo esquelética aumentó proporcionalmente en todas las estructuras evaluadas. El ángulo de fase disminuyó. Llama la atención el ligero aumento de la grasa visceral. (Tabla 1)

Tabla 1. Estudio de bioimpedancia inicial y final

Mediciones	Unidad	Inicial (7-1-2020)	Final (4-2-2020)
Peso	kg	103,75	105,15
Estatura	cm	178,90	178,90
Índice de masa corporal	kg/m ²	32,42	32,85
Masa grasa	kg (%)	43,01 (41,45)	41,95 (39,89)
Masa magra	kg (%)	60,74 (58,55)	63,20 (60,11)
Consumo de energía en reposo	kcal/día	1993,83	2010,56
Physical Activity level		1,60	1,60
Consumo de energía	kcal/día	3190,13	3216,90
Índice de masa grasa	kg/m ²	13,44	13,11
Índice de masa magra	kg/m ²	18,98	19,75
Masa musculo esquelética	kg	29,17	30,86
Brazo derecho	kg	1,80	1,94
Brazo izquierdo	kg	1,58	1,77
Pierna derecha	kg	5,92	6,03
Pierna izquierda	kg	6,06	6,21
Torso	kg	13,81	14,91
Agua corporal total	i (%)	44,88 (42,99)	47,25 (44,65)
Agua extracelular	i (%)	20,06 (19,21)	21,23 (20,07)
Resistencia	Ω	573,97	530,97
Reactancia	Ω	46,19	40,36
Ángulo de fase	percentiles	4,6 [1,]	4,3 [1,]
Grasa visceral	i	6,24	6,31
ECW/TBW	%	44,70	44,94

En los estudios de marcha se demuestra una mejoría evidente en la distancia de marcha, la simetría, la cadencia y la longitud de la zancada en el test de 6 minutos, así como en otros indicadores medidos en test realizados. (tabla 2)

Tabla 2. Valores comparativos del test de marcha de 6 minutos.

Descripción del parámetro	Valor inicial	Valor final	Valor normal.
Duración del análisis	6:5	6:6	Min: sec
Distancia de marcha.	271,3	364,0	m
Caminos	39	52	
Descansos	0	0	
Simetría general promedio.	93,1	95,8	
Velocidad promedio	1,19	1,61	1,13-1,45 m/s
Cadencia promedio	97,6	109,7	101,8-109,4 pasos/min
Longitud de la zancada	1,47	1,79	1,33-1,59 m

En relación a miembros superiores, estudios iniciales y evolutivos realizados en equipo Armeo Power evidencian mejoría en la fuerza muscular de toda la cadena muscular de ambos miembros superiores. (Figura 1)

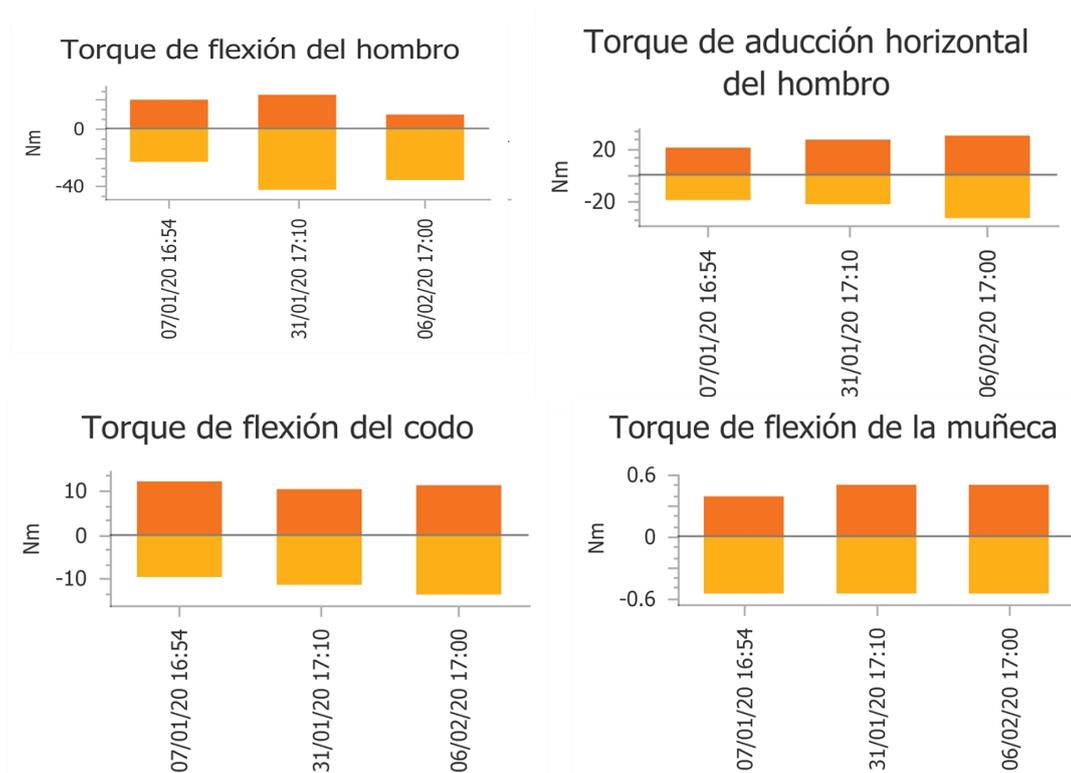


Figura 1. Evaluación inicial y evolutiva en Equipo Armeo Power para miembro superior derecho.

Estudio de neuroconducción motora y sensitiva de nervios medianos, peroneo profundo, y sural de ambos hemicuerpos donde se concluye: mejoría evolutiva respecto a estudio inicial. (tabla 3)

Tabla 3. Resultados de estudios de neuroconducción comparativos.

Estudio de neuroconduccion motora	Conclusiones
Inicial 23-12-2019	Estudio compatible con una polineuropatía desmielinizante y axonal (Guillain Barre)
Final 5-2-2020	Signos de daño axonomielínico de moderada intensidad en fibras motoras de ambos miembros inferiores, más notable en el izquierdo y de daño mielínico de moderada intensidad en fibras sensitivas en las 4 extremidades. Se evidencia mejoría evolutiva respecto a estudio anterior.

CONCLUSIONES

El manejo de los pacientes con síndrome de Guillain Barré requiere de un diagnóstico adecuado, un tratamiento inicial compensador en la fase aguda y realizar un tratamiento rehabilitador integral que permita una evolución satisfactoria con curación y erradicación de posibles secuelas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no firmaron ningún acuerdo por el que recibieran beneficios u honorarios y que ninguna entidad comercial pagó a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que están afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el segundo y tercer nivel de atención. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016.
2. Rebolledo-García D, González-Vargas PO, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos Med Int Méx. 2018 enero; 34(1):72-81.
3. Clifford R. History of British Neurology. 1a ed. Imperial College Press; 2012. Guillain Barré & Associated Inflammatory Neuropathies, 2010. (Accessed 7 February 2020, at http://www.gaincharity.org.uk/history-of-gbs/info_71.html).
4. REDALYC. OPS. Oficina regional para las Américas Boletín informativo sobre Guillain Barre. Síndrome de Guillain Barre. Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento. Febrero 2016. <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211118126014.pdf>
5. World Health Organization. Identification and management of Guillain-Barré syndrome in the context of Zika virus. URL: <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/Guillain-barre-syndrome/en/>. [08.02.2020].
6. Benavides-Melo JA, Rodríguez-Angulo GJ, Rosero Galindo CY, Montenegro-Coral FA, Lucero Coral NJ, Martínez-Villota VA, et al. Características Clínicas del Síndrome de Guillain-Barré en Relación a Chikungunya Y Zika: Revisión Sistemática. Revista Ecuatoriana de Neurología Vol. 27, No 2, 2018 pág.39-44.
7. Bonilla Pedroso NC, Terry Zamora A, Martínez Torres JC, García Delgado JA. Tratamiento fisiátrico en síndrome de Guillain-Barré postinfeccioso por virus Zika. PRESENTACIÓN DE CASO. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2018;10(3)
8. Revista Cubana de Medicina Militar, versión On-line ISSN 1561-3046, Rev Cub Med Mil v.8 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2003, trabajos re revisión Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto” http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572003000200009&script=sci_arttext

9. Hughes RA, Wijdicks EF, Barohn R, Benson E, Cornblath DR, Hahn AF, et al. Practice parameter: immunotherapy for Guillain Barré syndrome. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2003; 61: 736-40.
10. Orange JS, Ochs HD, Cunningham-Rundles C. Prioritization of evidence-based indications for intravenous immunoglobulin. *J Clin Immunol* 2013; 33: 1033-6.
11. Del Carpio-Orantes L, Pola- Ramírez MR, García-Méndez S, Mata-Miranda MP, Perfecto-Arroyo MA, Solís-Sánchez I, et al. Agentes causales más frecuentes del síndrome de Guillain-Barré en un hospital general mexicano. *Rev Neurol* 2018; XX: XXX-XXX.

Recibido: 24 de septiembre de 2020 **Aceptado:** 12 de octubre de 2020

Jacqueline del Carmen Martínez Torres. Centro Internacional de Salud “La Pradera”. 2020. La Habana. Cuba

Correo electrónico revinmedquir@infomed.sld.cu