

Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque.

Clinical and paraclines features of Guillain-Barré syndrome at the Regional Lambayeque Hospital.

Benigno Ballón-Manrique ^{1,a}, Neptalí Campos-Ramos ^{1,b}

RESUMEN

Objetivos: Describir las características clínicas y paraclínicas de pacientes con síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque entre los años 2011 y 2015. **Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes con síndrome de Guillain-Barré atendidos en el Hospital Regional Lambayeque en la ciudad de Chiclayo-Perú, **Resultados:** Encontramos 16 pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, 56% varones y 44% mujeres; la enfermedad se presentó mayormente en adultos de 20 a 60 años (44%). La mayor proporción de casos se dio durante las estaciones de invierno y primavera. El subtipo axonal fue el más común (62,5%). En cinco de seis pacientes en los que se practicó punción lumbar para efectuar tests de líquido cefalo-raquídeo se encontró disociación albuminocitológica. Cinco de los pacientes requirieron ventilación mecánica y tres de ellos fallecieron. **Conclusiones:** Este primer reporte del Síndrome de Guillain-Barré realizado en un hospital del norte del Perú, demuestra diferencias en las características clínicas y paraclínicas de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, polineuropatía inflamatoria aguda, Síndrome de Guillain-Barré.

SUMMARY

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of patients with Guillain-Barré Syndrome (GBS) admitted to the Regional Hospital of Lambayeque from 2011 to 2015. **Material and methods:** The charts of patients with GBS treated in the Regional Hospital of Lambayeque (Chiclayo, Peru) were reviewed. **Results:** We found 16 patients with GBS, 56% male and 44% female; the disease was mainly observed in adults between 20-60 years (44%). The major proportion of cases was seen in the winter and spring seasons. The axonal form was the most common subtype (62.5%). In five of six patients in whom lumbar puncture was performed to test cerebro-spinal fluid, albumin-cytological dissociation was found. Five patients required artificial ventilation and three died. **Conclusions:** This is the first study of patients with GBS in a hospital in Northern Peru, demonstrating specific characteristics in the patient population hereby studied.

KEYWORDS: Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy; Acute inflammatory polyneuropathy. Guillain-Barré Syndrome.

¹ Servicio de Neurología, Hospital Regional de Lambayeque. Chiclayo, Perú.

^a Médico Neurólogo ;^b Médico residente de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una patología neurológica, inmunomediada, caracterizada por una parálisis flácida aguda, arreflexia, compromiso sensitivo variable y una disociación albúmino-citológica en el líquido cefalorraquídeo. Se considera actualmente como la causa más común de parálisis flácida aguda a nivel mundial con una incidencia estimada de 0,6 a 1,91 casos por 100 000 habitantes por año (1-3). Los pacientes que presentan este síndrome tienen un 20% de probabilidad de presentar secuelas neurológicas y la mortalidad puede alcanzar un 5 % (4). Se han descrito distintas variantes del SGB de acuerdo a sus características clínicas y neurofisiológicas, dentro de ellas: la polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante (AIDP, por sus siglas en inglés), la neuropatía axonal motora aguda (AMAN, por sus siglas en inglés), la neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN por sus siglas en inglés), y el síndrome de Miller-Fischer (MFS, por sus siglas en inglés) (1).

El diagnóstico del SGB se basa en el cuadro clínico, los hallazgos del líquido cefalorraquídeo (LCR) y de la neuroconducción nerviosa; además se debe tener en cuenta el tiempo de evolución de los pacientes, ya que en los que experimentan progresión mayor a un mes se deben plantear otros diagnósticos (5). Una vez realizado el diagnóstico se debe ofrecer tratamiento con plasmaféresis o inmunoglobulina endovenosa ya que ambas tienen eficacia similar (6).

El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas y paraclínicas de los pacientes con SGB atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque en el periodo comprendido entre los años 2011 al 2015. Estos hallazgos nos permitirán identificar las características del SGB en nuestra población; puesto que la mayoría de estudios epidemiológicos han sido realizados en Norteamérica y Europa, existiendo muy pocos reportes en Latinoamérica, pero que permiten observar que los subtipos del SGB varían considerablemente en los continentes (7).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de SGB (niños y adultos). Se incluyeron a todos los pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de SGB de Asbury y Cornblath que fueron realizados por un neurólogo o neuropediatra (8,9), durante el periodo comprendido

entre noviembre del 2011 hasta diciembre del año 2015, atendidos en el Hospital Regional Lambayeque; este es un hospital de alta complejidad ubicado en la ciudad de Chiclayo, en el norte del Perú, que inició sus actividades en noviembre del 2011.

Fueron incluidas 16 historias clínicas de pacientes con SGB, de donde se extrajeron datos sociodemográficos, clínicos, paraclínicos como las características del líquido cefalorraquídeo y resultados de los estudios de neuroconducción y electromiografía. Los datos fueron transcritos a una ficha de recolección de datos. Se realizó un análisis estadístico representándose las variables cuantitativas mediante la media aritmética, mientras que las variables cuantitativas se han caracterizado mediante su distribución de frecuencias.

RESULTADOS

De los 16 casos revisados, 9 (56%) fueron de sexo masculino y 7 (44%), del sexo femenino. La edad promedio de los pacientes fue de 32.6 años. En cuanto al grupo etario 6 pacientes (37%) tuvieron menos de 20 años, 3 pacientes (19%) tuvieron entre 20 y 39 años, 4 (25%) pacientes tuvieron entre 40 y 60 años y por último 3 pacientes (19%) tuvieron más de 60 años (gráfico 1). El paciente más joven tuvo 3 años y el de mayor edad 86 años.

La presentación estacional mostró que 6 casos se presentaron durante el invierno, 5 casos durante la primavera, 3 casos en otoño y 2 casos en el verano. En cuanto a los factores predisponentes previos, solo 6 pacientes refirieron antecedentes, de los cuales 3 pacientes presentaron infecciones digestivas, 2 infecciones respiratorias y 1 paciente presentó linfoma no Hodgkin.

En cuanto al cuadro clínico 15 pacientes presentaron déficit motor, de ellos 14 pacientes presentaron cuadriparesia flácida arrefléxica y 1 paciente presentó paraparesia flácida arrefléxica. Un paciente presentó ataxia arrefléxica y no déficit motor, 5 pacientes presentaron síntomas autonómicos (taquicardia, bradicardia, fluctuaciones en la presión arterial), 7 pacientes alteraciones en los nervios craneanos (parálisis facial, disfagia, oftalmoplejia) y, 5 pacientes requirieron de apoyo ventilatorio (por lo que fueron internados en UCI).

El estudio de LCR se realizó entre los 10 y 20 días del inicio de los síntomas, contando con estudio

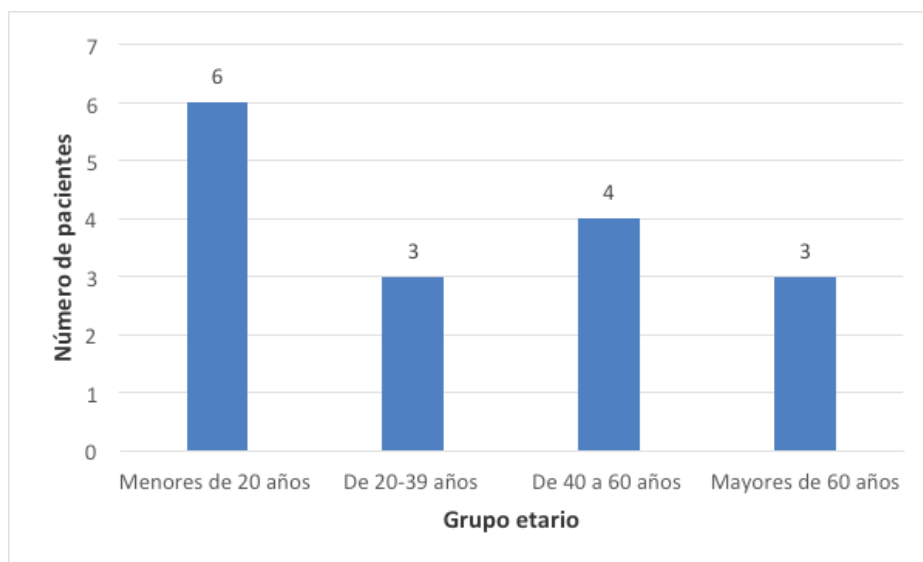


Grafico 1. Distribución por edad de los pacientes con SGB en el hospital Regional Lambayeque 2011-2015.

Tabla 1. Variantes clínicas de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. 2011-2015.

Variante clínica del SGB	Número	Porcentaje (%)
AMSAN	6	37.5
AMAN	4	25
AIDP	2	12.5
Miller-Fischer	1	6.25
No determinado	3	18.75
Total	16	100

AIDP: Polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante, AMAN: Neuropatía axonal motora aguda, AMSAN: Neuropatía axonal sensitivo-motora aguda

de LCR 6 pacientes, 5 de los cuales presentaron disociación albúmino-citológica y un paciente presentó características normales en su LCR .

Los hallazgos de la neuroconducción y electromiografía fueron encontrados en 12/16 pacientes, de acuerdo a los subtipos clínicos del SGB, 6 pacientes presentaron una polineuropatía axonal sensitivo-motora, 4 presentaron una polineuropatía axonal motora, 2 pacientes presentaron polineuropatía desmielinizante y 1 paciente presentó el síndrome de Miller-Fischer. En 3 pacientes no se pudo determinar el subtipo clínico (tabla 1). Los estudios neurofisiológicos se realizaron entre los 14 y 25 días del inicio de los síntomas.

En los pacientes que no se les realizaron los estudios de LCR o de neuroconducción con electromiografía,

fue por su negativa a realizar el procedimiento según figura en sus historias clínicas o porque el paciente falleció antes de practicar el examen.

En cuanto a su tratamiento 8 pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulina humana. Debemos precisar que el Hospital Regional Lambayeque recién cuenta con la inmunoglobulina humana desde el año 2013, como tratamiento de pacientes con SGB. Finalmente se reportó que 2 pacientes fallecieron debido a complicaciones infecciosas respiratorias y un paciente falleció debido a disautonomía.

DISCUSIÓN

Este es el primer reporte de las características clínicas y paraclínicas de pacientes con SGB en un hospital del norte de nuestro país. Nosotros

encontramos una mayor incidencia en varones (56%), dato similar al registrado en la literatura (1-4) confirmando que el SGB es uno de los pocos cuadros inmunológicos más frecuentes en varones. De igual manera encontramos que la enfermedad se presenta en mayor proporción en adultos, lo cual concuerda con la mayoría de reportes (2,7).

En nuestra serie la variante neuropatía axonal motora fue la más frecuente (AMSAN y AMAN) (62,5%) dato similar a los reportes realizados en China o México (10,11), tal vez porque compartimos alguna característica inmunológica similar con la población de estos países, aunque con la diferencia de que en nuestro estudio encontramos que la variante AMSAN es más común que la variante AMAN. Este predominio del patrón axonal es distinto a lo reportado en otros países (7,12-15), así como lo reportado en 2 estudios realizados en un Hospital de la ciudad de Lima (16-17), en todos ellos el subtipo AIDP del SGB fue el más frecuente, esto podría deberse a diferencias étnicas entre la poblaciones atendidas. Otra razón que podría influir es que el Hospital Regional de Lambayeque es un hospital referencial donde se atienden pacientes con síntomas más severos, los cuales podrían presentar formas axonales del SGB: lo cual constituye un motivo de mayor investigación para realizar estudios comparativos entre las distintas ciudades de nuestro país.

Algunos reportes del SGB registran antecedentes infecciosos o de inmunizaciones desencadenantes en 40 a 70% de casos (1,4,12), nosotros reportamos antecedentes infecciosos en un 37,5% de nuestros pacientes, siendo las infecciones digestivas las más comunes.

En nuestra serie encontramos también una mayor frecuencia de casos durante las estaciones de invierno y primavera, con un 68,75% de casos, como lo reporta un estudio realizado en España donde la mayor frecuencia de eventos se produjo en invierno sin alcanzar significación estadística (15). Sin embargo, estos hallazgos difieren de otras series donde se ha encontrado una mayor prevalencia del SGB en la estación de verano (2).

La literatura describe que los síntomas clínicos predominantes son la parálisis flácida hiporrefléxica que puede comprometer músculos respiratorios (1,3,4), al igual que lo reportado en nuestro trabajo, además encontramos que el 31% de los pacientes necesitaron apoyo ventilatorio, cifra superior a lo

reportado en otras series (1,15), posiblemente esto se deba a que no todos nuestros pacientes pudieron acceder al tratamiento con inmunoglobulina humana. De igual manera la mortalidad fue de un 19%, superior a lo descrito en otras series (1, 4,14).

En conclusión, presentamos el primer estudio retrospectivo de pacientes con SGB en un hospital del norte del Perú, que muestra mayor frecuencia de la neuropatía axonal, que se presenta más en invierno y primavera; muestra mayor porcentaje de pacientes que requieren apoyo ventilatorio y que tuvieron mayor mortalidad. Debido a las limitaciones metodológicas del presente estudio que incluyó registros de pacientes con SGB recomendamos realizar estudios prospectivos más amplios para obtener conclusiones de mayor relevancia.

Correspondencia

Benigno Ballón-Manrique
Hospital Regional Lambayeque
Av. Evitamiento con Av. Progreso
Chiclayo, Perú
Correo electrónico: benibbm@yahoo.com
Teléfono: 51998541918

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med.* 2012; 366:2294-304.
2. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide: A systematic literature review. *Neuroepidemiology.* 2009; 32(2): 150-63.
3. Hughes RAC, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet.* 2005;366(9497): 1653-66.
4. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol.* 2008;7: 939-50.
5. Cuadro R, Silvariño R, Vacarezza M, Buzó R, Méndez E. Síndrome de Guillain-Barré en el adulto: manifestaciones clínicas, analíticas y epidemiológicas de diez pacientes asistidos consecutivamente en un único centro. *Rev Med Urug.* 2011; 27(3): 155-60.
6. Patwa HS, Chaudhry V, Katzberg H, Rae-Grant AD, So YT. Evidence-based guideline: intravenous immunoglobulin in the treatment of neuromuscular disorders: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2012; 78(13):1009-15.
7. Cea G, Jara P, Quevedo F. Síndrome de Guillain-Barré en Chile: estudio hospitalario. *Rev Med Chile.* 2015; 143:183-189.

8. Asbury AK, Cornblath DR. Assessment of current diagnostic criteria for Guillain-Barré syndrome. *Ann Neurol*. 1990;27(SI):S21-S24.
9. Van der Meché FG, Van Doorn PA, Meulstee J, Jennekens FG. Diagnostic and classification criteria for the Guillain-Barre syndrome. *Eur Neurol*. 2001; 45 (3):133-9.
10. Nachamkin I, Arzarte-Barbosa P, Barbosa PA, Ung H, Lobato C, Rodriguez P, et al. Patterns of Guillain-Barre syndrome in children: results from a Mexican population. *Neurology*. 2007; 69 (17): 1665-71.
11. Ho TW, Mishu B, Li CY, Gao CY, Cornblath DR, Griffin JW, et al. Guillain-Barré syndrome in northern China. Relationship to *Campylobacter jejuni* infection and anti-glycolipid antibodies. *Brain*. 1995; 118:597-605.
12. Jiang GX, Cheng Q, Link H, de Pedro-Cuesta J. Epidemiological features of Guillain-Barre syndrome in Sweden, 1978-93. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997; 62 (5):447-53.
13. A prospective study on the incidence and prognosis of Guillain-Barré syndrome in Emilia-Romagna region, Italy (1992-1993). Emilia-Romagna Study Group on Clinical and Epidemiological Problems in Neurology. *Neurology*. 1997;48(1):214-21.
14. Mateen FJ, Cornblath DR, Jafari H, Shinohara RT, Khandit D, Ahuja B, et al. Guillain-Barré Syndrome in India: population-based validation of the Brighton criteria. *Vaccine*. 2011;29(52):9697-701.
15. Piñol-Ripoll G, Larrodé Pellicer P, Garcés-Redondo M, de la Puerta González-Miró I, Iñiguez Martínez C. Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. *An Med Interna*. 2008;(3):108-112.
16. Croveto L. Variantes clínicas neurofisiológicas del Síndrome de Guillain-Barré. *Rev Per Neurol*. 1996; 2:64-72.
17. Apaza E. Características clínicas y electrofisiológicas del síndrome de Guillain-Barré en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas 2008-2012. Tesis para obtener el título de especialista en Neurología. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2014.

Recibido: 28/06/2016

Aceptado: 22/02/2017