

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera:

Medicina

Asignatura y paralelo:

Fisiopatología 4to "A"

Título:

Ensayo General

**"Síndrome de Guillain Barré y su afección en
adultos mayores de 30 a 50 años de edad"**

Autor(es):

Quiroz Zambrano Lisbeth Estefanía

Fecha: Enero 14, 2022

Manta – Manabí - Ecuador



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

**Fisiopatología
& Diagnóstico Médico**

Título de investigación.

Síndrome de Guillain Barré y su afección en adultos mayores de 30 a 50 años de edad

Resumen: Esta patología corresponde a un conjunto de síntomas producidos por cambios inflamatorios y degenerativos de las raíces nerviosas periféricas y craneales, un dato que debe tomar en cuenta es que cuando están afectados los nervios craneales a menudo se producen dificultades en la deglución y puede desarrollarse una insuficiencia respiratoria aguda, en estos casos los paciente recibirán un cuidado extremo y se tendrá en cuenta constantemente que el paciente no tenga una Taquipnea y en caso de que se dé, controlarla.

La etiología exacta se desconoce. Sin embargo, el cuadro a menudo está precedido por una infección vírica, con síntomas similares a la gripe, o aparece tras inmunizaciones y al ser frecuentemente grave, los pacientes con el síndrome deben ser hospitalizados para ser estrechamente vigilados.

Normalmente comienza por una debilidad muscular en las piernas, que en pocos días o incluso en horas se puede extender hasta llegar a debilitar gran parte de los músculos e incluso las extremidades, produciendo así una parálisis ya sea parcial o total.

Su diagnóstico en general es clínico por ser una patología evolutiva, por lo que una exploración neurológica minuciosa y repetida permite confirmar el diagnóstico y valorar su posible evolución y gravedad potencial. Sin embargo, las pruebas complementarias son de gran ayuda para descartar otras patologías, especialmente la meningorradiculitis, por punción lumbar, y la afectación medular, por resonancia magnética (RM).

Existe alta prevalencia de síntomas residuales discapacitantes después del episodio agudo de SGB con predominio de síntomas sensitivos, coincidiendo con estudios realizados en países desarrollados. Estas alteraciones ocasionan un impacto negativo en la actividad laboral y en la de tiempo libre de los pacientes, ya que no les permite a la mayoría, retomar sus actividades cotidianas con normalidad.

Palabras claves: Nervios craneales, deglución, insuficiencia respiratoria, debilidad muscular, parálisis, patología evolutiva, meningorradiculitis.

Abstract: This pathology corresponds to a set of symptoms produced by inflammatory and degenerative changes of the peripheral and cranial nerve roots, a fact that must be taken into account is that when the cranial nerves are affected, swallowing difficulties often occur and insufficiency can develop. acute respiratory, in these cases the patient will receive extreme care and it will be constantly taken into account that the patient does not have Tachypnea and if it occurs, control it.

The exact etiology is unknown. However, the condition is often preceded by a viral infection, with flu-like symptoms, or appears after immunizations and, as it is frequently severe, patients with the syndrome must be hospitalized to be closely monitored.

It usually begins with muscle weakness in the legs, which in a few days or even hours can spread to the point of weakening a large part of the muscles and even the limbs, thus producing partial or total paralysis.

Its diagnosis is generally clinical because it is an evolutionary pathology, so a detailed and repeated neurological examination allows confirming the diagnosis and assessing its possible evolution and potential severity. However, complementary tests are of great help to rule out other pathologies, especially meningoradiculitis, by lumbar puncture, and spinal cord involvement, by magnetic resonance imaging (MRI).

There is a high prevalence of residual disabling symptoms after the acute episode of GBS with a predominance of sensory symptoms, coinciding with studies carried out in developed countries. These alterations cause a negative impact on the work activity and leisure time of patients, since it does not allow the majority to resume their daily activities normally.

Keywords: Cranial nerves, swallowing, respiratory failure, muscle weakness, paralysis, progressive pathology, meningoradiculitis,

1. Introducción

El síndrome de Guillain Barré, es una afección caracterizada por causar una parálisis flácida con arreflexia; cursa con trastornos somáticos motores y sensitivos, provocando debilidad muscular o la pérdida de la función en sí (parálisis) afecta ambos lados del cuerpo. En la mayoría de los casos, comienza en las piernas y luego se disemina a los brazos, lo cual se denomina parálisis ascendente. La debilidad podría durar días, semanas o meses hasta que se recupere la sensibilidad. Recuperar la fuerza y el funcionamiento puede llevar meses o años, no obstante, la mayoría de pacientes se recuperan en meses. Frecuentemente afecta a los músculos respiratorios por lo que el ingreso de pacientes afectados de esta patología debe ser a una sala de Terapia Intensiva para monitoreo y asistencia respiratoria mecánica.

Según varios estudios, los pacientes que presentan este síndrome tienen un 20% de probabilidad de presentar secuelas neurológicas y la mortalidad puede alcanzar un 5%. También es importante observar si los síntomas son simétricos, la velocidad con la que aparecen los síntomas (en otros trastornos, la debilidad muscular puede progresar a lo largo de meses en vez de días o semanas), los reflejos (especialmente el reflejo rotuliano) usualmente desaparecen.

Las herramientas terapéuticas más usadas en la actualidad son la plasmaféresis y la inmunoglobulina intravenosa, las cuales han demostrado tener gran eficacia en la recuperación de los pacientes.

A pesar de que es una patología que ha sido estudiada, no se sabe con exactitud su comportamiento epidemiológico, sin embargo, frecuentemente está precedido por una infección, ya sea de carácter intestinal o respiratorio. Varias investigaciones resaltan que aproximadamente un 25% de los casos se trata de una infección intestinal por *Campylobacter jejuni*, en otro 25% de una infección por el virus de la mononucleosis infecciosa o el citomegalovirus y, en el resto, de otro tipo de infecciones, por virus o por *Mycoplasma*. También se han descrito casos de Guillain-Barré asociados a la vacunación, sobre todo a la vacuna de la gripe, si bien afecta a menos de 1 persona por cada millón de vacunados.

El presente trabajo está destinado a informar más sobre dicho síndrome, y como actúa en adultos mayores de 30 a 40 años de edad, ofreciendo así, información al público sobre sus síntomas y signos, al igual que los tratamientos empleados para tratar esta afección.

2. Planteamiento del problema

Una de las enfermedades que está afectando actualmente a la población ecuatoriana es el síndrome de Guillain Barré que se está volviendo común en las personas mayores de 30 a 50 años.

El trabajo de investigación identifica las posibles causas y las diferentes complicaciones que produce el síndrome en los adultos mayores de 30 a 50. Es un trastorno grave que ocurre cuando el sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunitario) ataca parte del sistema nervioso por error. Esto lleva a que se presente inflamación del nervio (vaina de mielina) que ocasiona debilidad muscular y otros síntomas.

Estos diferentes problemas que se presentan en los adultos mayores son muy riesgosos ya que si no son diagnosticados a tiempo pueden provocar la muerte.

3. Justificación

El motivo por el cual se realiza esta investigación del SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ es por el desconocimiento de la misma, esta enfermedad ya tiene varios años afectando a la población en general, ocasionando a quienes la padecen, la incapacidad de sentir calor, dolor y otras sensaciones, además de paralizar progresivamente varios músculos del cuerpo.

Cabe recalcar que esta enfermedad es muy poca conocida, y no tiene muchos estudios o trabajos investigativos sobre sus posibles causas, y es de aquí donde nace la necesidad de estudiar todo lo relacionado con la misma.

Por ende, el propósito de la investigación es conocer más sobre qué es esta patología, cuáles son las causas y consecuencias, y por qué se da esta enfermedad, para tener una idea básica sobre este síndrome así mismo nos ayudara a poder detectarla y ofrecer un adecuado tratamiento a el paciente que la padezca.

Como punto adicional, el presente trabajo contribuirá con información a la comunidad médica general, la cual podrá ser utilizada para fines de aprendizaje, siendo un documento útil y con aportes a la medicina general.

4. Fundamento teórico

Hipótesis

¿El síndrome de Guillain Barré es más probable que se presente en adultos mayores de 30 a 50 años que en jóvenes?

5. Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar las posibles causas y consecuencias del síndrome de Guillain Barré en los adultos de 30 a 50 años de edad.

Objetivos Específicos

1. Describir cuál es la sintomatología que se presenta ante el síndrome de Guillain Barré.
2. Evaluar los tipos de tratamientos más utilizados para mejorar la sintomatología del síndrome presentado.
3. Demostrar cómo se da el diagnóstico del síndrome de Guillain Barré

6. Marco teórico

Generalidades:

El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda mediada por mecanismos inmunes (con varios subtipos clínicos descritos en los últimos años) con curso clínico y resultados muy variables, y que constituye la causa más frecuente de parálisis flácida aguda generalizada en el mundo. Su distribución es mundial, con tasas bajas de incidencia que oscilan entre 1 y 3 casos por cada 100 000 habitantes; afecta a personas de todas las edades, pero con un pico de incidencia máxima entre la quinta y la séptima década de la vida, y los hallazgos hasta la actualidad reconocen que no es hereditario; este síndrome se caracteriza por una debilidad muscular ascendente y bilateral, oftalmoplejía, toma de pares craneales, trastornos sensoriales ligeros y elevación de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo, y entre los factores relacionados está el antecedente de una infección respiratoria o gastrointestinal, vacunación, enfermedades hematológicas y malignas, entre otras (de Oca, 2014).

Epidemiología:

El SGB es un trastorno relativamente infrecuente, con una incidencia que oscila entre 0.5 a 1.5 casos por 100.000 individuos en la población de 0-17 años. Es una enfermedad bien reconocida en todos los países del mundo, y es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda en los países en los cuales la vacunación sistemática contra la poliomielitis ha permitido erradicarla. El SGB afecta a pacientes de todas las edades, desde la época de lactante hasta la vejez, pero es menos

frecuente en la edad pediátrica. Afecta a ambos sexos en una proporción V/M de 1.5-1 (Torricelli, 2009).

El SGB se asocia frecuentemente con una historia reciente de infección. La gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* es el antecedente patógeno más frecuente en el SGB, especialmente la forma axonal. En varias series representa el 23-41% de los casos esporádicos. Los agentes virales se asocian también con frecuencia al SGB: citomegalovirus en 8-22%, Epstein-Barr en 2-10% y herpes zoster en el 5% de los casos. El SGB se ha asociado también con infección por *Mycoplasma pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* (Torricelli, 2009).

Etiología:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es de origen desconocido, pero se cree que existe un mecanismo autoinmune en su patogenia. La mayoría de los casos van precedidos de una infección vírica o bacteriana, entre una y cuatro semanas antes de la aparición de los síntomas neurológicos (Maeso De La Fuente, 2021).

En el 60 % 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. Jacobs⁵ estudió el espectro de antecedentes infecciosos en este síndrome y encontró una mayor frecuencia de infección por *Campylobacter jejuni*, Cytomegalovirus y virus de Epstein Barr, aunque también detectó infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, virus de la hepatitis, herpes simple y mononucleosis infecciosa; también se ha asociado con vacunación (influenza, antirrábica, etc.), enfermedades sistémicas (enfermedad de Hodgkin, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis) (Torres, 2003).

Campylobacter jejuni, una causa mayor de gastroenteritis bacteriana, es el antecedente patógeno más frecuente encontrado y el más estudiado en los últimos años.⁷ Rees⁸ en un estudio que incluyó 103 pacientes con la enfermedad, encontró que el 26 % de los afectados tenían evidencias de infección reciente por *C. jejuni* y de ellos el 70 % reportó una enfermedad diarreica hasta 12 semanas antes del inicio de los síntomas neurológicos. No se conoce con exactitud la patogenia del síndrome, se piensa que el organismo infeccioso induce una respuesta inmunológica, tanto de origen humoral como celular, que debido a la forma homóloga de sus antígenos con los del tejido neuronal a nivel molecular, produce una reacción cruzada con componente gangliósido de la superficie de los nervios periféricos. (Torres, 2003).

Anatomía patológica

Los estudios anatomopatológicos han demostrado que las lesiones aparecen en el sistema nervioso periférico, a cualquier nivel altitudinal del raquis y pares craneales; los sitios de lesión más constantes son las raíces anteriores y posteriores e incluyen las fibras intraganglionares. Estas lesiones son de tipo inflamatorio con infiltrado linfocitario y de macrófagos en las vénulas endoneurales y epineurales del sistema nervioso periférico. Tempranamente en la enfermedad ocurre retracción del nodo de Ranvier, que produce un espacio internodal amplio, signos de degeneración de la vaina de mielina con segmentación y fagocitosis, que comienza en la región nodal y se dirige al núcleo de la célula de Schwann, lo que origina desmielinización segmentaria. Este proceso provoca aumento del volumen de las raíces y del ganglio raquídeo, lo que a su vez crea un fenómeno de atrapamiento en la región del orificio neural y agujero de conjunción, esto condiciona una lesión secundaria isquémica con degeneración axonomielínica de las raíces afectadas (Miranda, 2021)

Manifestaciones clínicas

El SGB puede manifestarse muy diversamente entre los afectados. Los casos pueden variar desde debilidad leve en las extremidades, con recuperación espontánea, hasta pacientes cuadripléjicos con uso de ventilación mecánica, asistida sin datos de posible recuperación en el futuro. Sin embargo, tarde o temprano, los pacientes presentarán signos de mejoría. La manifestación típica en un SGB es la debilidad rápidamente progresiva caracterizada por ser ascendente, iniciando, usualmente, en la parte distal de las extremidades inferiores; no obstante, en algunos casos puede iniciarse proximalmente en las piernas o en los brazos. La debilidad suele progresar, rápidamente, desarrollando cuadriplejía en un periodo que va desde algunos días hasta un mes. Además de la debilidad algunos pacientes pueden presentarse con síntomas sensoriales, ataxia dolor muscular y radicular (Phillips Morales, 2019).

La mayoría de pacientes presenta hiporreflexia o arreflexia en las extremidades afectadas; en la minoría de los casos los pacientes estarán hiperrefléjicos. El dolor neuropático está presente hasta en el 66% de los pacientes localizado, principalmente, en la espalda baja, así como en las caderas. Los síntomas autonómicos están presentes hasta en el 65% de los casos; entre ellos se incluyen hipotensión ortostática, hipertensión arterial, arritmias, anhidrosis, retención urinaria, atonía gastrointestinal, así como iridoplejía. Aproximadamente, un 20-30% de los

pacientes desarrolla falla respiratoria que amerita ventilación mecánica, así como ingreso a la unidad de cuidados intensivos (6). La dificultad respiratoria se explica por la debilidad del músculo diafragma que compromete la inspiración disminuyendo el flujo de aire, disminuyendo el volumen tidal y ocasionando un pobre intercambio de gases, ocasionando taquipnea e hipercapnia. Además, hay una estimulación del centro respiratorio que disminuye la PCO₂, inicialmente, para luego aumentar cuando el diafragma tenga el 25% de su fuerza (Phillips Morales, 2019)

Tratamiento

Los pacientes diagnosticados con el síndrome de Guillain-Barré deben ser admitidos en el hospital, ya que hasta 30% de los pacientes desarrollan insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, que es un procedimiento que emplea un aparato para mejorar o hacer la función respiratoria de una persona, en lugar de los pulmones (R, 2017)

Las principales opciones de tratamiento de la enfermedad son la plasmaféresis o intercambio de plasma (un proceso que purifica la sangre en el cuerpo humano) y la inmunoglobulina intravenosa (IVIG). El tratamiento hace posible que el paciente camine de forma independiente en un periodo más corto (Wang et al., 2017).

En el estudio de Wang et al. (2017) se recomiendan el siguiente tratamiento:

- Tratamiento con plasmaféresis o intercambio de plasma y la inmunoglobulina intravenosa (IVIG) en los pacientes adultos que no están andando y que se encuentran dentro de las cuatro semanas de inicio de los síntomas neuropáticos.
- Tratamiento con intercambio plasmático o IVIG para pacientes adultos que pueden andar, que todavía no se están recuperando y que dentro de las cuatro semanas de inicio de los síntomas neuropáticos.

La elección entre el intercambio plasmático o la IGIV depende de la disponibilidad local y de la preferencia del paciente, los factores de riesgo y las contraindicaciones. La mayoría de los pacientes empeoran en las dos primeras semanas; después de estas dos semanas la enfermedad parece no cambiar hasta que hay una recuperación gradual (Wang et al., 2017).

Rehabilitación.

La rehabilitación debe comenzar precozmente para evitar tromboflebitis (con movilización y uso de vendas elásticas) y deformidades de articulaciones (mediante el uso de ortesis y férulas). Además, la estimulación activa de la

musculatura es esencial para evitar o disminuir el grado de atrofia muscular. La kinesioterapia respiratoria es de gran importancia, especialmente en los niños aún no conectados a ventilación mecánica, pero debe efectuarse también en aquellos que lo están. La kinesioterapia motora tiene como primer objetivo disminuir la severidad de la atrofia muscular que se produce como consecuencia de la parálisis prolongada; usualmente debe mantenerse durante varios meses, o incluso años en los casos severos, para cumplir el segundo y más importante objetivo que es ayudar a restablecer completamente la función motora, lo cual se produce siempre en dirección próximo-distal en los niños con SGB (Torricelli, 2009).

7. Metodología

El presente proyecto trabajo con un método explicativo, pues el trabajo busca responder preguntas como ¿Por qué es más probable que el Guillain Barré se produzca en adultos? ¿Por qué se produce dicha patología? ¿Cuáles son los efectos secundarios que deja este síndrome?, entre otras.

Realizando así una revisión bibliográfica, de fuentes certificadas y confiables que nos ofrezcan variedad de estudios científicos, proyectos, tesis, libros, informes, monografías, y demás artículos basados en la ciencia, para poder redactar nuestro proyecto de una manera correcta.

Las técnicas a utilizar serán: revisiones bibliográficas, selección de artículos, proyectos y demás paginas informativas, Análisis de cada una y, por último, se hará una división en categorías de acuerdo a la información seleccionada previamente de artículos científicos. Logrando así la construcción de un proyecto que servirá como una fuente adicional accesible a la comunidad científica.

8. Plan de análisis de los resultados.

Conclusiones.

- A través de esta investigación se pudo determinar que es una enfermedad grave del sistema nervioso periférico la cual puede afectar a cualquier persona ya sea joven o adulto.,
- La característica clave de esta patología es que causa debilidad repentina provocando parálisis, pérdida de sensación y en muchas ocasiones dolor;

en la cual los nervios de las piernas y brazos se inflaman y dejan de funcionar.

- Los síntomas son usualmente hormigueo y entumecimiento en los dedos de las manos y los pies, con progresiva debilidad de los brazos y piernas durante los próximos días.
- La mayoría de pacientes (80%) tiene una recuperación total. Muchos pasan tres meses o más en el hospital o tardan un año en recuperarse, algunos pacientes no se recuperan en su totalidad y sus secuelas pueden ser debilidad, hormigueo y ocasionalmente dolor.

Recomendaciones

Para las personas que sufren esta enfermedad es un poco difícil acceder a varias cosas que antes hacían por ende se recomienda:

- A los familiares o personas que cuiden del paciente, deben motivar y ayudar a que se lleve a cabo correctamente el tratamiento antes ya expuesto, para mejorar la vida del mismo.
- En el caso que la enfermedad no haya sido detectada a tiempo y afecto a la mayoría de los nervios las complicaciones serán más graves, por lo que debe acompañar en todas las etapas de la enfermedad a quien la padezca.

9. Bibliografía

- D. M., & Singh, D. G. (2019). Guillain-Barre, Syndrome: Clinical Profile. *Journal of Current Medical Research and Opinion*, 02(12).
<https://doi.org/10.15520/jcmro.v2i12.243>
- Ballón-Manrique, B. (2017). *Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque*. Scielo.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972017000100004&script=sci_arttext
- Cabanellas, V. H. (2014). *Insuficiencia respiratoria aguda en el Síndrome de Guillain Barré | Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. revistaspmi. <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/136>
- Cuadro, R. (2011). *Síndrome de Guillain-Barré en el adulto: manifestaciones clínicas, analíticas y epidemiológicas de diez pacientes asistidos consecutivamente en un único centro*. Scielo. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902011000300005&script=sci_arttext&tlng=en
- de Oca, M. S. L. (2014). *Síndrome de Guillain-Barré*. scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200011
- Maeso De La Fuente, S. (2021). *Síndrome de Guillain-Barré*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/sindrome-guillain-barre/>
- Miranda, S. D. (2021). *Síndrome de Guillain-Barré: patogenia, diagnóstico y cuidados críticos en pediatría*. scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000200004
- Munayco, C., V. (2019). *SciELO - Saúde Pública - Epidemiología del síndrome de guillain-barré en el Perú Epidemiología del síndrome de guillain-barré en el Perú*. Scielo. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n1/10-16/es/>
- Phillips Morales, O. (2019). *Vista de Actualización en el Síndrome de Guillain-Barré | Revista Medica Sinergia*. Revista Medica Sinergia. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/290/638>
- R, N. (2017). Guillain-Barre Syndrome Following PCV Vaccine. *Journal of Neurology and Neurosurgery*, 04(01). <https://doi.org/10.19104/jnn.2017.34>

- Ritzenthaler, T., Sharshar, T., & Orlikowski, D. (2014). Síndrome de Guillain-Barré. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 40(4), 1–8. [https://doi.org/10.1016/s1280-4703\(14\)68953-2](https://doi.org/10.1016/s1280-4703(14)68953-2)
- Silva, M. A., Palacios, E., Castillo, G. A., Monsalve, J. A., & Leal Castaño, L. F. (2020). Secuelas neurológicas del síndrome de Guillain-Barré en pacientes adultos. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 29(3), 185–191. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217273.972>
- Tejedor Tejedor, C., Arango Fernández, F., Pérez Fidalgo, A., González Ablanado, R., Palacio Villazón, R., Alvarez Cano, A., & Marcos Montaña, M. (2009). Premio Público Póster: Síndrome de Guillain-Barre. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 30(1), 7–9. [https://doi.org/10.1016/s2013-5246\(09\)70030-3](https://doi.org/10.1016/s2013-5246(09)70030-3)
- Torres, P. M. S. (2003). *Síndrome de Guillain Barré*. scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200009
- Torricelli, E. R. (2009). Síndrome de Guillain Barré en pediatría. Scielo. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200010#ref
- Wang, Y., Lang, W., Zhang, Y., Ma, X., Zhou, C., & Zhang, H. L. (2017). Long-term prognosis of Guillain-Barré syndrome not determined by treatment options? *Oncotarget*, 8(45), 79991–80001. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.20620>