

L. de la Higuera-Vila^{a,*}, B. Barón-Franco^b,
M. Bernabeu-Wittel^a y R. Cano Monchul^c

^aServicio de Medicina Interna, Hospitales Universitarios
Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Juan Ramón
Jiménez, Huelva, España

^cServicio de Medicina Interna, Hospital de Riotinto, Huelva,
España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pa_laurahv@yahoo.com
(L. de la Higuera-Vila).

doi:10.1016/j.rce.2010.03.010

Síndrome de Guillain-Barré secundario a vacunación de gripe A H1N1

Guillain-Barré syndrome secondary to H1N1 influenza vaccine

Sr. Director:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda potencialmente grave que afecta a 0,6–1,7/100.000 habitantes/año¹. Cursa con parálisis motora arrefléxica ascendente, de evolución en horas o pocos días, asociada a parestesias distales y pérdida de reflejos osteotendinosos (ROT)¹. Se le atribuye origen autoinmunitario y en 2/3 de los casos se precede de un proceso infeccioso agudo respiratorio o gastrointestinal (1–6 semanas previas)¹. También se ha relacionado con vacunaciones recientes, como vacunas antirrábicas antiguas y la vacuna antigripal porcina A/New Jersey de 1976–1977^{1,2}. Hemos revisado, a propósito de un caso, la literatura médica existente sobre la posible relación entre la vacunación antigripal y el posterior desarrollo de SGB.

Varón de 75 años, exfumador, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave, en tratamiento con oxígeno crónico domiciliario mediante gafas nasales a 3 litros/minuto y broncodilatadores inhalados desde hace más de 25 años, con múltiples ingresos por descompensación de su enfermedad pulmonar y con una vida basal limitada por disnea de mínimos esfuerzos. Ingresa en nuestro servicio por empeoramiento de su disnea habitual, tos y expectoración purulenta, sin fiebre. Al ingreso se realizó radiografía de tórax que no mostraba infiltrados. Se tomaron dos muestras de esputo, una de ellas que resultó ser no apta y otra a los cuatro días de haber iniciado el tratamiento antibiótico, en la que se aisló flora habitual. Refería además, cuadro de debilidad progresiva en extremidades inferiores de una semana de evolución. En la exploración neurológica destacaba debilidad 4/5 en ambas extremidades inferiores y abolición de los ROT, sin afectación de la sensibilidad u otra clínica neurológica acompañante. Entre sus antecedentes destacaba haber sido vacunado de la gripe estacional 8 semanas antes y de la nueva gripe A H1N1 dos semanas previas al inicio de la clínica. Por este motivo, se realizó una punción lumbar en la que se evidenció disociación albúmino-citológica (leucocitos 1/mm³, hemáties 1/mm³, proteínas 1,42 g/l) y se solicitó electromiograma que mostraba datos compatibles con una polineuropatía desmielinizante aguda, que afectaba predominantemente a extremidades inferiores, con una

intensidad importante. El cultivo de líquido cefalorraquídeo fue negativo para aerobios y micobacterias y se solicitaron asimismo coprocultivo y serologías, que resultaron negativos. Con la sospecha diagnóstica de SGB secundario a vacunación antigripal, se inició tratamiento con inmunoglobulinas (0,4 g/kg) y rehabilitación, con discreta mejoría clínica de la debilidad en extremidades y resolución posterior del proceso respiratorio, por lo que fue dado de alta con seguimiento en consulta externa.

La primera asociación de SGB con la vacunación antigripal fue descrita durante la campaña de vacunación de gripe A/New Jersey en 1976–1977³. Posteriormente, esta asociación no ha estado tan clara y los estudios que han intentado relacionarlas no han resultado significativos³. En un estudio de las campañas de 1992–1993 y 1993–1994 el riesgo relativo fue de 1,7 (IC 95%, 1,0–2,8; p=0,04) en las 6 semanas siguientes a la vacunación⁴. Una revisión reciente, basada en el *vaccine adverse event reporting system* (VAERS) de recogida de efectos secundarios de vacunas, describe cómo desde 1990 a 2003 los casos notificados de síndrome de SGB después de la vacunación antigripal han ido descendiendo³. Las tasas anuales de síndrome de SGB posvacunal declaradas por cada 100.000 habitantes han disminuido de 0,17/100.000 habitantes en 1993–1994 a 0,041/100.000 habitantes en 2003–2004, con un intervalo medio declarado de 13 días³.

Los efectos secundarios más habituales de la vacuna frente a la gripe A H1N1 descritos hasta al momento son: tumefacción, enrojecimiento o dolor en el punto de inyección; fiebre, cefalea, cansancio y dolores musculares que desaparecen en 48 h y diversas reacciones alérgicas, cuya frecuencia entra dentro de lo previsible⁵. Se ha registrado un reducido número de muertes y los resultados de las que ya han sido investigadas permiten descartar cualquier relación directa entre la vacunación antipandémica y el fallecimiento⁵.

Por ahora, y según los datos de la OMS de noviembre de 2009, se han notificado menos de una decena de presuntos casos de SGB entre personas que han recibido la vacuna^{5,6}. Estas cifras coinciden con la incidencia habitual de los casos esporádicos del SGB⁵. Ninguno de estos casos ha sido mortal y todos los enfermos se han recuperado⁵.

No queda claro el intervalo de tiempo admisible entre la fecha de la vacunación y la aparición de los síntomas, aunque en varias publicaciones se cita un periodo de hasta 6 semanas^{3,4,7,8}. Tampoco hemos encontrado información sobre la probabilidad de una mayor incidencia en caso de que se asocien ambas vacunas: gripe estacional y H1N1, aunque en una revisión reciente sobre SGB posvacunal se observó una mayor incidencia en pacientes que habían recibido la vacunación para hepatitis B después de la vacunación

antigripal y otras vacunas o combinaciones de las mismas se asociaron con 274 casos de SGB en una muestra de 1.000 pacientes recogidos desde 1990 a 2005 por la VAERS⁷.

Como conclusión, solo podemos afirmar que en nuestro caso existe relación causa efecto entre las vacunaciones y el SGB, sin poder determinar cuál de las dos ha sido la supuesta responsable, si ha sido por una suma de probabilidades o un sumatorio del estímulo antigénico. Queda claro en la práctica clínica, que ninguna actividad terapéutica o preventiva en este caso está exenta de posibles complicaciones y los médicos en nuestro ejercicio diario debemos estar muy atentos ante una posible aparición de estos acontecimientos adversos.

Bibliografía

1. Tarakad R, Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *emedicine.medscape.com*. [actualizado 15/1/2009; consultado 14/12/2009].
2. Haber P, Sejvar J, Mikaeloff Y, DeStefano F. Vaccines and Guillain-Barré syndrome. *Drug Saf*. 2009;32:309–23.
3. Haber P, DeStefano F, Angulo F, Iskander J, Shadomy S, Weintraub E, et al. Guillain Barré syndrome following influenza vaccination. *JAMA*. 2004;292:2478–81.
4. Lasky T, Terraciano G, Magder L, Koski C, Ballesteros M, Nash D, et al. The Guillain Barré syndrome and de 1992–1993 and 1993–1994 influenza vaccines. *NEJM*. 1998;339:1797–802.

doi:10.1016/j.rce.2010.05.003

5. OMS. Seguridad de las vacunas antipandémicas. Gripe pandémica (H1N1) 2009 (nota informativa n.º 16).
6. VAERS. Summary of 2009 Monovalent H1N1 Influenza Vaccine Data. Data through December 4. 2009.
7. Souayah N, Nasar A, Suri MF, Qureshi AI. Guillain-Barré syndrome after vaccination in United States: data from the Centers for disease Control and Prevention/Food and Drug Administration Vaccine Adverse Event Reporting System (1990–2005). *J Clin Neuromuscul Dis*. 2009;11:1–6.
8. Geier MR, Geier DA, Zahalsky AC. Influenza vaccination and Guillain Barré syndrome small star, filled. *Clin Immunol*. 2003;107:116–21.

M. López Nieto*, J. Gómez Garrido, A. Losa Palacios y G. Águila Manso

Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Villarrobledo, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manoli_lopez@hotmail.com (M. López Nieto).

Síncope de alto riesgo remitido desde el servicio de urgencias: ¿nos olvidamos de la prueba de esfuerzo?

High risk syncope referred from the Emergency Service: Do we forget the exercise stress test?

Sr. Director:

En el trabajo de Romero Rodríguez et al¹ se recoge el beneficio de una consulta monográfica debido al gran porcentaje de pacientes con diagnóstico definitivo (73 de 82 enfermos, 89%). Sin embargo, resulta sorprendente que entre las pruebas diagnósticas incluidas en la evaluación de los pacientes no se encuentre la prueba de esfuerzo. Aunque habitualmente tiene una baja rentabilidad diagnóstica, es una prueba barata que puede ser útil en pacientes con indicaciones específicas. De hecho, tanto la guía de la American Heart Association/American College of Cardiology² (2006) como la de la Sociedad Europea de Cardiología³ (2004) recomiendan su realización en aquellos pacientes con síncope que tengan historia o factores de riesgo de enfermedad coronaria (como precisamente ocurría en los paciente incluídos en este estudio).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

doi:10.1016/j.rce.2010.03.011

Bibliografía

1. Romero-Rodríguez N, Barón-Esquivias G, Gómez-Moreno S, Arjona Barrionuevo JD, Pedrote A, Martínez Martínez A. Evaluación del síncope de alto riesgo remitido desde el Servicio de Urgencias. *Rev Clin Esp*. 2010;210:70–4.
2. Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I, Callans DJ, Cohen MI, Ellenbogen KA, et al. AHA/ACCF Scientific Statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation: in collaboration with the Heart Rhythm Society: endorsed by the American Autonomic Society. *Circulation*. 2006;113:316–27.
3. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope-update 2004. *Europace*. 2004;6:467–537.

S. González Díez^a y J. Velasco Montes^{b,*}

^aCentro de Salud Joaquín Elizalde, Logroño, La Rioja, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier_velasco_montes@hotmail.com (J. Velasco Montes).