

“Doctor: no me puedo levantar” como forma de presentación del síndrome de Guillain-Barré

J. Martínez Pérez y D. Caldevilla Bernardo

Especialistas en Medicina familiar y comunitaria. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

El síndrome de Guillain-Barré es una entidad clínica poco frecuente, y aún más infrecuente en la infancia. Presentamos el caso de una niña de 13 años con una clínica de adormecimiento y pérdida de fuerza en miembros inferiores con un tiempo de evolución de entre 3 y 5 días hasta la sospecha diagnóstica.

Si bien el pronóstico de la enfermedad es benigno, la mortalidad puede llegar al 3-5% según las series.

La etiología de este síndrome es autoinmune, y puede asociarse hasta un tercio de los casos a infecciones respiratorias o gastrointestinales en las 4 semanas previas.

Ante la sospecha clínica, pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores y arreflexia, debe ser remitida a un centro hospitalario para confirmar el diagnóstico por electromiografía e iniciar el tratamiento con inmunoglobulinas o plasmaféresis intravenosas.

Palabras clave: síndrome de Guillain-Barré, infancia.

Guillain-Barré syndrome is an uncommon clinical entity and even rarer in childhood. We present the case of a 13 year old girl with symptoms of drowsiness and loss of force in lower limbs with an evolution time between 3 and 5 days until the diagnostic suspicion.

Although the prognosis of the disease is benign, mortality can reach 3-5% according to the series.

The etiology of this syndrome is autoimmune and can be associated to respiratory or gastrointestinal infections in the 4 previous weeks in up to one third of the cases.

When there is clinical suspicion, progressive loss of force in lower limbs and arreflexia, the patient should be referred to a hospital center to verify the diagnosis by electromyography and initiate treatment with immunoglobulins or intravenous plasmapheresis.

Key words: Guillain-Barré syndrome, childhood.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de tetraparesia flácida aguda en los países occidentales; si bien afecta a todas las edades, es poco frecuente en la infancia¹.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos a continuación el caso de una niña de 13 años que acude a la consulta por presentar cansancio y “sensación de adormecimiento” en ambos pies de tres días de evolución, se realiza exploración física completa que es anodina; 72 horas más tarde acude de nuevo refiriendo “que puede mover los pies pero es incapaz de levantarse

sin ayuda desde la posición de sentado”, persistiendo además la clínica por la que había consultado los días previos. No refiesa fiebre, ni infección respiratoria, ni diarrea en las semanas previas. En la exploración física se aprecia debilidad (fuerza 4/5) en miembros inferiores con arreflexia rotuliana y aquilea. Marcha independiente con torpeza, siendo el resto de exploración neurológica y por aparatos anodina. Ante la sospecha de polineuropatía desmielinizante aguda se remite la paciente a Urgencias, donde queda ingresada en planta de Neurología. Se realizó analítica completa que fue normal. Velocidad de sedimentación globular (VSG) 14 mm en la primera hora. Cuantificación de inmunoglobulinas normal. Líquido cefalorraquídeo (LCR): glucosa 63 mg/dl, 2 leucocitos, proteínas 79 mg/dl, lactatodeshidrogenasa (LDH) 22 U/l. Estudio microbiológico negativo.

Electromiograma: datos compatibles con polineuropatía simétrica de predominio desmielinizante y que afecta al componente motor de carácter moderado. El día del ingreso, tras estudio del LCR y posterior confirmación con

Correspondencia: J. Martínez Pérez.
C/ Miguel Ángel, 123.
02651 Fuente Álamo. Albacete.
Correo electrónico: dcaldevilla@ono.com

Recibido el 26-10-04; aceptado para su publicación el 12-04-05.

electromiograma, el cuadro se interpretó como síndrome de Guillain-Barré, por lo que se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa a dosis 0,4 g/kg/día durante 5 días. Durante el ingreso los signos de debilidad muscular que habían sido leves progresaron, refiriendo también la paciente torpeza en ambas manos. La paciente permaneció ingresada hasta constatarse la remisión de los síntomas, iniciando durante el ingreso tratamiento rehabilitador, siendo capaz al alta de deambular de forma independiente. La paciente ha seguido controles en consultas de Neurología recuperando a los dos meses el déficit de fuerza.

DISCUSIÓN

El pronóstico del síndrome de Guillain-Barré es benigno, sobre todo en los niños, aunque la mortalidad puede alcanzar en algunas series un 3-5%². La etiología del síndrome de Guillain-Barré es autoinmune y en un tercio de los enfermos se detecta un antecedente de infección aguda de vías respiratorias o gastrointestinales en las cuatro semanas previas a la aparición del cuadro³. El *Campylobacter jejuni* se ha relacionado con las formas graves^{4,5}. El diagnóstico se basa en la clínica (debilidad progresiva de más de un miembro y arreflexia) y en la electromiografía^{1,6}. Se han definido criterios electromiográficos que ayudan al diagnóstico precoz⁶. El tratamiento con plasmafé-

sis o inmunoglobulinas intravenosas administradas en las dos primeras semanas de la enfermedad mejoran la evolución y el pronóstico^{7,8}. Los corticosteroides no son recomendados para el manejo del síndrome⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hahn AF. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 1998;352:635-41.
2. Martyn CN, Hughes RAC. Epidemiology of peripheral neuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62:310-8.
3. Jacobs BC, Rothbarth, Van der Meche FGA, Herbrink P, Schmitz PIM, Kierk MA, et al. The spectrum of antecedent infections in Guillain-Barré syndrome. *Neurology*. 1998;51:1110-5.
4. Takahashi M, Koga M, Yokoyama K, Yuki N. Epidemiology of *Campylobacter jejuni* isolated from patients with Guillain-Barre and Fisher syndromes in Japan. *J Clin Microbiol*. 2005;43:335-9.
5. Kuwabara S, Mori M, Ogawara K, Hattori T, Yuki N. Indicators of rapid clinical recovery in Guillain-Barré syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;70:560-2.
6. Flodrops H, Houdon L, Plesiat-Trommsdorff V, Boumahni B, Feriot JP, Renouvil M, et al. Early electromyogram in Guillain-Barré syndrome. *Arch Pediatr*. 2004;11:463-5.
7. Martínez Yelamos A, Huerta Villanueva M, Olivé Plana M, Serra Catafau J, Martínez Yelamos JA. Tratamiento del síndrome de Guillain-Barré. ¿Inmunoglobulinas o plasmaféresis? *Neurología*. 1998;13:166-9.
8. Hughes RA, Wijdicks EF, Barohn R, Benson E, Cornblath DR, Hahn AF, et al; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: immunotherapy for Guillain-Barré syndrome: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2003;61:736-40.