



CARTAS AL EDITOR

Incidencia del síndrome de Guillain-Barré durante el brote del virus Zika



Incidence of Guillain-Barré syndrome during Zika virus outbreak

Sr. Editor:

Leemos con gran interés¹ la publicación «Incidencia del síndrome de Guillain-Barré (GBS) durante el brote del virus Zika». Del Carpio Orantes et al. concluyó que «los casos de síndrome de Guillain-Barré aumentaron durante el brote de Zika, con un aumento de la incidencia y el número de casos por mes; sin embargo, no se pudo demostrar una relación causal directa entre las 2 condiciones»¹. Nos gustaría compartir ideas y experiencias sobre este tema. En primer lugar, el aumento de la incidencia del GBS podría o no relacionarse con la infección por el virus Zika. Existen varios problemas concurrentes posibles como otras infecciones o el uso de la vacunación en el período estudiado que puede dar lugar a un aumento de la incidencia. Refiriéndose a nuestro entorno en Asia tropical, donde el virus Zika es también endémica, no hay también mayor incidencia del GBS². La mayoría de los casos de infección por el virus Zika en nuestro medio son asintomáticos y no tienen complicaciones³. Debido al hecho de que la infección por el virus Zika suele ser asintomática, el cálculo de la incidencia exacta del GBS es difícil y se puede esperar el problema

de un diagnóstico del virus Zika relacionado con el GBS en cualquier situación⁴.

Bibliografía

1. Del Carpio Orantes L, Juárez Rangel FJ, García-Méndez S. Incidence of Guillain-Barré syndrome at a secondary centre during the 2016 Zika outbreak. *Neurología*. 2017;25, pii: S0213-4853(17)30279-7.
2. Wiwanitkit V. The current status of Zika virus in Southeast Asia. *Epidemiol Health*. 2016;38:e2016026.
3. Wiwanitkit S, Wiwanitkit V. Afebrile, asymptomatic and non-thrombocytopenic Zika virus infection: Don't miss it! *Asian Pac J Trop Med*. 2016;9:513.
4. Wiwanitkit V. Guillain-Barré syndrome and Zika virus infection. *Arq Neuropsiquiatr*. 2016;74:692.

B. Joob^{a,*} y V. Wiwanitkit^{b,c}

^a Sanitation 1 Medical Academic Center, Bangkok, Thailand

^b Hainan Medical University, Hainan Sheng, China

^c Dr DY Patil University, Navi Mumbai, India

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beuyjoob@otmail.com (B. Joob).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.001>
0213-4853/

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Síndrome de Horner por migración paravertebral cefálica del anestésico local



Horner syndrome secondary to cephalic paravertebral migration of local anaesthetic

Sr. Editor:

El síndrome de Horner (SH), descrito en 1869 por primera vez en humanos y en 1852 en animales, puede ser una complicación asociada a diversas técnicas de control del dolor postoperatorio regional (intradural, epidural o plexo braquial) con una incidencia inferior al 1,8%. En

nuestro caso presentamos un SH asociado al uso de un catéter paravertebral torácico empleado para el control del dolor postoperatorio de una resección neoplásica pulmonar mediante una toracotomía.

Presentamos el caso de una paciente fumadora de 58 años con hipertensión arterial controlada con medicación, diabetes mellitus insulino dependiente y en tratamiento con inmunosupresores por artritis reumatoide. Ante un cuadro de diarrea y astenia se realiza una radiografía de tórax, donde se evidencia una condensación pulmonar en el lóbulo medio que mediante punción transtorácica guiada por una TC es diagnosticada de un adenocarcinoma pulmonar en estadio clínico IA. En la fase de inducción anestésica se coloca un catéter paravertebral para control del dolor postoperatorio del paciente, que ha de ser retirado por extravasación de sangre a través de mismo. Se objetiva