

REVISIÓN DE CASO: GUILLAIN BARRE CON INTERNACIÓN PROLONGADA

Andie Lloclla ¹, Amelie Sacsi¹

1. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

ORCID ID:

Andie Lloclla orcid.org/0009-0003-7601-3545

Amelie Sacsi orcid.org/0009-0000-0793-8139

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este reporte de caso.

Fuentes de financiamiento: Autofinanciado.

RESUMEN

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida en los países desarrollados ⁽¹⁾. Es una polineuropatía aguda mixta, desmielinizante o axonal que puede aparecer en cualquier edad ⁽²⁾. Se caracteriza por presentar debilidad, ascendente y simétrica de las extremidades, rápidamente progresiva con hiporreflexia o arreflexia, que puede asociarse con alteraciones sensoriales y déficit de nervios craneales en algunos pacientes. En la evaluación del LCR es muy frecuente encontrar una disociación albumino-citológica ⁽³⁾.

Presentamos el caso de un varón de 67 años, con antecedente de una infección gastrointestinal previa. Consulta por una debilidad generalizada, por lo cual es ingresado a emergencia. A las pocas horas presenta dificultad respiratoria que motivó ventilación mecánica. La electromiografía mostró una polineuropatía accionar y desmielinizante severa de tipo motor y el cultivo positivo para *Acinetobacter Baumannii* en aspirado traqueal resistente.

Palabras clave: Síndrome de Guillain Barre; polineuropatía, *Acinetobacter Baumannii*.

CASE REVIEW: GUILLAIN BARRE WITH PROLONGED INTERNATIONAL

SUMMARY

Guillain Barré syndrome (GBS) is the most common cause of flaccid paralysis in developed countries ⁽¹⁾. It is an acute mixed, demyelinating or axonal polyneuropathy that can appear at any age ⁽²⁾. It is characterized by presenting ascending and symmetrical weakness of the extremities, rapidly progressive with hyporeflexia or areflexia, which can be associated with sensory alterations and deficits of cranial nerves in some patients. In the evaluation of CSF it is very common to find an albumin-cytological dissociation ⁽³⁾.

We present the case of a 67-year-old man with a history of a previous gastrointestinal infection. He consults due to generalized weakness, for which he is admitted to the emergency room. A few hours later he developed respiratory distress that required mechanical ventilation. Electromyography showed a severe motor-type actuating and demyelinating polyneuropathy and a positive culture for *Acinetobacter Baumannii* in resistant tracheal aspirate.

Keywords: *Guillain Barre syndrome; polyneuropathy, Acinetobacter Baumannii.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polineuropatía autoinmune inflamatoria aguda, que presenta un curso progresivo y monofásico, es la causa más común de parálisis flácida aguda ^(4, 5). En estudios realizados en Estados Unidos, se mostró una incidencia anual de 1-2/100.000 personas aproximadamente, ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres y la incidencia aumenta con la edad ^(5, 6).

Se caracteriza por presentar debilidad muscular simétrica, de progresión rápida y ascendente, predominantemente distal con compromiso de los reflejos osteotendinosos, con o sin dolor neuropático y con trastornos de la marcha ⁽⁷⁾. En algunos casos puede llegar a afectar los pares craneales inferiores, o podría presentar debilidad bulbar por lo que el paciente requeriría soporte ventilatorio ⁽⁸⁾. En la evaluación del LCR es muy frecuente encontrar

una disociación albumino-citológica ⁽⁹⁾.

Respecto a la etiología, en la mayoría de los casos se observó que el paciente tenía antecedente de una infección 2 semanas antes de presentar la clínica, siendo las más frecuentes del tracto gastrointestinal y respiratorio ⁽¹⁰⁾. Estas infecciones están muy asociadas con el *Campylobacter jejuni* siendo el más frecuente y estudiado, pero también tenemos al Citomegalovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, Epstein Barr virus, influenza A, *Haemophilus influenzae*, Zika y Enterovirus ⁽¹¹⁾.

Se ha podido observar que ocurre una respuesta anormal a una infección. El organismo genera una respuesta inmune que es mediada por anticuerpos, estos generan una activación del complemento y reclutamiento de macrófagos quienes van contra los antígenos que están presentes en los axones o las vainas de mielina. A todo este proceso se le denominó "Mimetismo molecular" ⁽¹²⁾.

Se tiene dos tipos de SGB: las formas desmielinizantes, donde vemos a la Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) y las formas axonales que son la Neuropatía Axonal Motora Aguda (AMAN) y Neuropatía Axonal Sensorial Motora Aguda (AMSAN) (12,13).

En el presente reporte caso informamos acerca de una presentación de SGB, con un cuadro clínico muy pronunciado, etiología no muy común, con antecedente de una infección previa, con la posterior aparición de cuadriparesia con afectación de los músculos respiratorios, terminando en ventilación mecánica. Es importante recalcar la importancia del cuidado en UCI de los pacientes con esta patología y con ventilación, debemos evitar las infecciones intrahospitalarias ya que solo agravaría al paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 67 años con antecedente de haber presentado gastroenteritis aguda hace 20 días. Refiere que el 21/02/24 al despertar presentó dificultad para incorporarse, con debilidad muscular generalizada y dificultad para deglutir

Por lo que acude al hospital regional del Cusco, ingresando por emergencia. Es evaluado luego por médico de UCI quien le da pase al servicio por progresión rápida de paresia y posible falla respiratoria.

El 22/04/24 se le realizó una electromiografía en el cual se evidencio:

Estudio de conducción sensitiva normal en nervios mediano y cubital normal bilateral.

Conducción motora con ausencia de respuesta en nervios peroneo

derecho, tibial derecho y cubital bilateral

Latencia prolongada en nervios mediano derecho, peroneo izquierdo y tibial izquierda, amplitud severamente disminuida en nervios mediano bilateral, peroneal izquierdo y tibial izquierdo y la velocidad disminuida en nervios mediano bilateral peroneal y tibial izquierdo.

Electromiografía de aguja con abundante actividad de ondas agudas y fibrilaciones abundantes en todos los músculos explorados unidades polifásicas escasas a moderadas con amplitud y duración incrementada patrón neurógeno Hallazgos en relación a polineuropatía accionar y desmielinizante (ausencia de onda F) severa de tipo motor que compromete cuatro extremidades con signos de denervación activa

A la fecha del 27/04/24 cuenta con cultivo positivo para Acinetobacter Baumannii en aspirado traqueal resistente. Paciente con internación prolongada con traqueotomía mejoría clínica el día de ayer decanulado con regular manejo de secreciones.

DISCUSIÓN

Las características características electromiográficas del tipo desmielinizante presentan riesgo mayor de presentar falla respiratoria y, por lo tanto, necesitar ventilación mecánica esto principalmente justifica el ingreso en la UCI en un paciente con SGB (14, 15). El Acinetobacter baumannii se ha convertido en el patógeno nosocomial más significativo en pacientes hospitalizados y es conocido por causar neumonía asociada a ventilación mecánica principalmente en pacientes inmunodeprimidos y de UCI (16,17).

Los factores de riesgo significativos para la adquisición de *A. baumannii* son el uso previo de antibióticos, la asistencia respiratoria mecánica, la estadía en la UCI y el uso de dispositivos médicos ^(18, 19).

En el paciente existen varios factores como la edad, la ventilación mecánica prolongada que da lugar a numerosas infecciones respiratorias y su neuropatía que por lo general tienen una pobre matriz nutricional, todos esto incide sobre el tiempo prolongado que necesita para liberarlo del todo de la ventilación artificial ⁽²⁰⁾.

El retiro de la ventilación mecánica depende de los valores en las pruebas de función pulmonar y la mejoría de la función diafragmática sin embargo el paciente presenta secreciones importantes

BIBLIOGRAFÍA

1. Expósito J., Carrera L., Natera D., et al. Síndrome De Guillain-Barré y otras neuropatías autoinmunes: Tratamiento actual. *MEDICINA* (Buenos Aires) 2022; 82 (3): 82-88. Disponible en: <https://medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/s3/82s3.pdf>
2. Esteban Molina, A., Mata Martínez, M., Sánchez Chueca, P., et al. Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por COVID-19. *Medicina intensiva* 2020; 44(8): 513–514. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.015>
3. Vega JA., Suclupe Campos, DO., Coico Vega, MM, et al. Etiología viral en el síndrome de Guillain-Barré: Buscando una respuesta a lo idiopático. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2022; 22(3): 584-596. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i3.2993>.
4. Ramírez Zamora FO. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de personas con Síndrome de Guillain Barre [Internet]. *www.gob.pe*. 2024 [Citado 2024 Jul 15]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5779774/5133258-rd039-2024-guia-practica-clinica-para-el-dx-y-tto-de-personas-con-sindrome-guillain-barre.pdf>
5. Leonhard S., Mandarakas M., Aquino F. et al. Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del Síndrome De Guillain-Barré en diez pasos. *MEDICINA* (Buenos Aires) 2021; 81: 817-836. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol81-21/n5/817.pdf>
6. Franco J, Cerón G. Síndrome De Guillain Barré Atípico: Reporte De Caso. *Rev Med Vozandes*. 2022; 33 (1): 38 – 44. DOI: 10.48018/rmv.v33.i1.2 Disponible en: https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2022/07/06_R_C_02.pdf
7. Cruzado D., Ortiz J., Segura N., Cruzado W. Síndrome de Guillain-Barré: Un Caso Atípico. *Rev. Ecuatoriana Neurología* 2019; 25: 1-3. Disponible en: <https://revecuatneurologia.com/wp-content/uploads/2017/05/Sindrome-guillain-barre-caso-atipico.pdf>
8. Díaz P., Lescano VE., Valencia SP. Síndrome De Guillain Barré: Reporte De Un Caso Causado Por Enterovirus. *Rev Ecuatoriana de Neurología* 2018; 27(2): 83-86. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000200083&lng=es.
9. Corro MS., Franco DA., Castaño JD., Castillo VB. Revisión Clínica de las Variantes del Síndrome de Guillain-Barre. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 2024; 8(1). Disponible en:

- https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9418
10. Alva C., Morib N., Kevin Pacheco K., et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. Sociedad Neurologica Argentina. 2020; 12(1): 36–48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.006>
 11. Phillips Morales O. Actualización en el Síndrome de Guillain-Barré. Revista Médica Sinergia 2019; 4 (11). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.290>
 12. Súkeníková L., Mallone A., Schreiner B. et al. Autoreactive T cells target peripheral nerves in Guillain-Barré syndrome. Nature 2024; 626: 160–168. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06916-6>
 13. Ritzenthaler T., Sharshar T., Orlikowski D. Síndrome de Guillain-Barré. EMC - Anestesia-Reanimación 2019; 40 (4) :1-8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(14\)68953-2](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(14)68953-2)
 14. Reina R, León-Moya C, Garnacho-Montero J. Tratamiento de infecciones graves por Acinetobacter baumannii. Med Intensiva [Internet]. 2022;46(12):700–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medint.2022.08.003>
 15. González P, García X, Guerra A, Arango JC, Delgado H, Uribe CS, et al. Experiencia del síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos. Neurología [Internet]. 2016 [citado el 21 de julio de 2024];31(6):389–94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-experiencia-del-sindrome-guillain-barre-una-S021348531400200>
 16. Enríquez AR, Benítez CR. Neumonía asociada a ventilación mecánica por Acinetobacter baumannii MDR en una unidad de terapia intensiva de tercer nivel [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2014/am142a.pdf>
 17. López S, López-Brea M. ¿Qué debemos saber acerca de las infecciones por Acinetobacter baumannii? Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2000 [citado el 21 de julio de 2024];18(3):153–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-que-debemos-saber-acerca-las-9771>
 18. Rodriguez-Buenahora RD, Bustillo-Zarate DE, Caicedo-Sanchez DC, Cadena-Sarmiento DC, Castellanos-Gomez C. Acinetobacter baumannii: patógeno multirresistente emergente. Rev médicas UIS [Internet]. 2016 [citado el 21 de julio de 2024];29(2):113–35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192016000200011
 19. Copana Olmos RR, Guzman Rivera G. Factores de riesgo asociados a infecciones por Acinetobacter baumannii en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Gac médica boliv [Internet]. 2016 [citado el 21 de julio de 2024];39(1):06–9. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100002
 20. Heili Frades SB, Peces Barba Romero G, Villar M, Pelicano S, Checa Venegas MJ, Gutiérrez Fonseca R, et al. Ventilación mecánica y traqueotomía. Protocolo de destete de ventilación mecánica y decanulación de la Unidad de Cuidados Respiratorios

Intermedios de la Fundación
Jiménez Díaz. Rev Patol Respir
[Internet]. 2011 [citado el 21 de
julio de 2024];14(3):83–91.
Disponible en:
[https://www.elsevier.es/es-
revista-revista-patologia-
respiratoria-318-articulo-
ventilacion-mecanica-
traqueotomia-protocolo-
destete-X1576989511280811](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-patologia-respiratoria-318-articulo-ventilacion-mecanica-traqueotomia-protocolo-destete-X1576989511280811)