

PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

ATYPICAL PRESENTATION OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

Carol **MAGGI**¹, Olivia **VIAN**².

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, San Lorenzo, Paraguay.

²Hospital Neuropsiquiátrico, Asunción, Paraguay.

Cómo citar este artículo: Maggi C, Vian O. Presentación atípica del Síndrome de Guillain – Barré. Med. clín. soc. 2019;3(2):58-61.

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré (GBS) consiste en un grupo de afecciones neuropáticas caracterizadas por debilidad progresiva y reflejos disminuidos o ausentes. Los pacientes con SGB a menudo desarrollan debilidad del nervio craneal, generalmente en forma de debilidad facial o faríngea. El patrón habitual sigue a la parálisis flácida, que normalmente es de naturaleza ascendente y evoluciona durante unos días a algunas semanas. Las disfunciones autónomas son comunes con las manifestaciones habituales como pérdida de control vasomotor con amplia fluctuación en la presión arterial, hipotensión postural y arritmias cardíacas. La insuficiencia respiratoria y la debilidad orofaríngea pueden requerir asistencia respiratoria en aproximadamente un tercio de los pacientes hospitalizados, lo que la convierte en una enfermedad de vital importancia para el manejo temprano. La paciente presentada en este reporte impresionó primeramente un cuadro de catatonía. Guillain-Barré es un síndrome con una forma de presentación inespecífica y un diagnóstico clínico en gran medida. La mayoría de los signos y síntomas diagnósticos del síndrome se presentaron después de las primeras dos semanas de presentación, una parte importante de la presentación clínica inicial sugirió otras etiologías.

Palabras clave: Síndrome Guillain Barre; Guillain Barre; Neuropsiquiátrico.

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS) consists of a group of neuropathic conditions characterized by progressive weakness and diminished or absent reflexes. Patients with GBS often vary cranial nerve weakness, usually in the form of facial or pharyngeal weakness. The usual pattern follows flaccid paralysis, which is usually ascending in nature and evolving for a few days to a few weeks. Autonomous functions are common with the usual manifestations such as loss of vasomotor control with wide fluctuation in blood pressure, postural hypotension and cardiac arrhythmias. Respiratory failure and oropharyngeal weakness may require respiratory assistance in approximately one third of hospitalized patients, which makes it a vitally important disease for early management. The patient presented in this report first impressed a picture of catatonia. Guillain-Barré is a syndrome with a non-specific presentation and a clinical diagnosis to a large extent. Most of the diagnostic signs and symptoms of the syndrome are found after the first two weeks of presentation, an important part of the initial clinical presentation suggests other etiologies.

Keywords: Guillain Barre syndrome; Guillain barre; Neuropsychiatric.

Autor correspondiente: Dra. Carol Maggi (carolmaggic@gmail.com).

Manuscrito recibido: 9 de junio de 2019. **Manuscrito aceptado:** 13 de agosto de 2019.

Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (GBS) consiste en un grupo de afecciones neuropáticas caracterizadas por debilidad progresiva y reflejos disminuidos o ausentes (1). Los pacientes con SGB a menudo desarrollan debilidad del nervio craneal, generalmente en forma de debilidad facial o faríngea. El patrón habitual sigue a la parálisis flácida, que normalmente es de naturaleza ascendente y evoluciona durante unos días a algunas semanas. Las disfunciones autónomas son comunes con las manifestaciones habituales como pérdida de control vasomotor con amplia fluctuación en la presión arterial, hipotensión postural y arritmias cardíacas. La insuficiencia respiratoria y la debilidad orofaríngea pueden requerir asistencia respiratoria en aproximadamente un tercio de los pacientes hospitalizados, lo que la convierte en una enfermedad de vital importancia para el manejo temprano (2).

Se han hecho varias declaraciones de consenso sobre los criterios de diagnóstico requeridos para GBS y variantes. Los criterios requeridos para el diagnóstico incluyen debilidad progresiva de más de dos extremidades, arreflexia y progresión durante no más de cuatro semanas (3). Los criterios de apoyo incluyen signos sensoriales leves, simetría relativa de síntomas, ausencia de fiebre, diplegia facial (4).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 35 años de edad, desocupada cuadro de aproximadamente un mes de evolución, tras pérdida de producto de gestación (20 semanas), demuestra conducta extraña, refiere “no sentirse ella misma”, pedir que se le golpee en la cara. Hace 2 semanas, se rehúsa a comer (escupe la comida), no habla, se moviliza y asea con asistencia, tras pasar por el servicio (Hospital Neuropsiquiátrico) se la traslada al IMT, de donde la vuelven a derivar a nuestro servicio. En tratamiento psiquiátrico desde hace 2 semanas, siendo indicado: Risperidona 1 mg. Padre y amiga de la paciente niegan cuadro anterior similar. Niega patología de base, hábitos tóxicos, así como antecedentes familiares. Hace 3 meses aproximadamente vuelve a vivir con los padres.

Paciente inicia cambio conductual hace más o menos 6 meses, se mantenía pensativa, pasaba la mayor parte del tiempo en su habitación. Dejó de ir a trabajar por náuseas y vómitos constantes, no dormía adecuadamente por las noches. Hace aproximadamente 2 meses, inician conductas extrañas, estando en el hospital, oraba, cantaba arroz con leche, llamaba a su mascota. Luego inicia agresividad verbal, le pide a su hija que “le pegue por la cara”. No dormía por las noches, irritable.

Al examen físico Obnubilada, no orientada en tiempo, ni espacio, fascies de muñeca, no habla, marcha ausente, reflejos osteotendinosos disminuidos, no presenta signos meníngeos, reflejo pupilar presente. El resto del examen físico sin novedades. Al momento del examen psicopatológico de ingreso, la paciente se encuentra en la camilla, desnuda, piel pálida, porta sonda nasogástrica y sonda vesical. No abordable no colabora. Solo responde a estímulos dolorosos. Posible psicomotricidad catatónica. Las impresiones diagnósticas son Síndrome Catatónico por causa médica o Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Se indica internación en sala de corta estancia. Posterior a las evaluaciones clínicas y ginecológicas, se inicia clonazepam 2,5 mg por posible síndrome confusional debido a la anemia severa que

presenta la paciente. La paciente sufre un descenso brusco de sus niveles de hemoglobina de 11 mg/dl a 7,5mg/dl y es tratada en clínica médica, no requiere transfusión. Se suspende clonazepam y se inicia lorazepam 1mg.

El día 12 de internación se constata ausencia de reflejo osteotendinoso y parálisis flácida de miembros, se muestra vigil, responde a estímulos verbales, se diagnostica Síndrome de Guillain Barré, se solicita derivación urgente a servicio de alta complejidad ya que requiere asistencia respiratoria mecánica.

DISCUSIÓN

El síntoma inicial más común de GBS es la acroparestesia con poca pérdida sensorial objetiva. El dolor de espalda radicular severo o el dolor neuropático afecta la mayoría de los casos. En unos pocos días, la debilidad se produce comúnmente en un "patrón ascendente" simétrico. La mayoría de los pacientes se presentan inicialmente con debilidad en las piernas y en los brazos (32%) o debilidad selectiva proximal y distal en las piernas (56%) que a menudo se extienden al brazo, mientras que algunos presentan debilidad en los brazos (12%). Una presentación descendente que imita el botulismo, con aparición en la cara o los brazos, es menos común (5).

Weiss y colaboradores investigaron la presencia de trastornos psicológicos en la fase aguda de la enfermedad. La ansiedad estaba presente en el 82% de los pacientes, la depresión en el 67%, la psicosis reactiva breve en el 25% y la psicosis catatónica en el 14%. Se descubrió que la psicosis está fuertemente asociada con tetraparesia severa, ventilación mecánica y afectación de nervios craneales múltiples (6).

Guillain-Barré es un síndrome con una forma de presentación inespecífica y un diagnóstico clínico en gran medida. La mayoría de los signos y síntomas diagnósticos del síndrome se presentaron después de las primeras dos semanas de presentación, una parte importante de la presentación clínica inicial sugirió otras etiologías. Fue después que apareció la disminución de los reflejos tendinosos profundos y la debilidad muscular. Lo interesante de esta presentación clínica es el componente neuropsiquiátrico en la presentación inicial del caso y esto está en concordancia con otras publicaciones similares donde se sospechó primeramente de trastornos mentales (7).

No debe olvidarse de realizar un completo examen físico y mental en los pacientes y recordar que este síndrome puede tener presentaciones atípicas puesto que lo más esperado es que las manifestaciones neuropsiquiátricas aparezcan tras una o dos semanas de instalado el cuadro. Esto debe tenerse en cuenta para no perderse el diagnóstico y, por lo tanto, el tratamiento de esta enfermedad potencialmente mortal.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

Las autoras declaran no poseer conflictos de interés. Fuente de financiación: ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walling A, Dickson G. Guillain-Barre Syndrome. Am Fam Physician. 2013;87(3):191–7. [URL](#).
2. Shrivastava A, Johnston M, Terpstra K, Bureau Y. Pathways to psychosis in cannabis abuse. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2015;9(1):30–5. <https://dx.doi.org/10.3371/CSRP.SHJO.030813>
3. Winer JB. Guillain Barré syndrome. Mol Pathol MP. 2001;54(6):381–5. [URL](#).
4. Asbury AK, Cornblath DR. Assessment of current diagnostic criteria for Guillain-Barré syndrome. Ann Neurol. 1990;27(S1):S21–4. <https://dx.doi.org/10.1002/ana.410270707>
5. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barré Syndrome and Variants. Neurol Clin. 2013;31(2):491–510. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2013.01.005>
6. Weiss H, Rastan V, Müllges W, Wagner RF, Toyka KV. Psychotic symptoms and emotional distress in patients with Guillain-Barré syndrome. Eur Neurol. 2002;47(2):74–8. <https://dx.doi.org/10.1159/000047956>
7. Sangroula D, Durrance R, Bhattarai S, Nandakumar T. Neuropsychiatric debut as a presentation of Guillain-Barré Syndrome: An atypical clinical case and literature review. J Clin Neurosci. 2017;44:245–9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2017.06.041>

