

Hospital Provincial General Docente "Carlos Manuel de Céspedes"
Bayamo, Granma

**SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRÉ - STROHL Y EMBARAZO.
PRESENTACIÓN DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA ENTIDAD**

*Dr. Carlos Guerra Verdecia,¹ Dra. Ana Rosa Rodríguez Cañete,¹ Dra. María Millán Vega¹
y Dr. Yarine L. Fajardo Tornés²*

RESUMEN: Se presentó un caso de síndrome de Guillain Barré y embarazo, diagnosticado y tratado en este servicio. No se halló, en la literatura revisada (nacional) ninguna publicación de este síndrome. Se hizo un análisis de dicha afección y se comentó el tratamiento aplicado así como su resultado materno y perinatal.

DeCS: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO; POLIRRADICULONEUROPATIA/diagnóstico; POLIRRADICULONEUROPATIA/inmunología; SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía motora aguda de mecanismo inmunológico y de distribución mundial que afecta por igual todas las edades y ambos sexos.¹ La enfermedad está precedida, en un alto porcentaje de los casos, por una infección viral o bacteriana, inmunizaciones o cirugía.

Se caracteriza por una pérdida de fuerza, rápidamente progresiva y con mucha frecuencia simétrica, con una ataxia discreta o sin ella al comienzo, por lo general es de naturaleza ascendente, comienza distalmente en las piernas y progresa hasta las extremidades superiores y el tronco con una grave parálisis respiratoria, parálisis facial y oftalmoplejia externa, la arreflexia suele ser generalizada, temprana y casi siempre

es un signo constante.² La disfunción vegetativa puede producir arritmias cardíacas e hipotensión postural, pero no se observa mucho la disfunción vesical ni intestinal al inicio o durante la enfermedad.³

Durante la gestación es un cuadro atípico, de ahí que se recojan muy pocos casos en la literatura mundial; no obstante, en los casos revisados, la evolución es muy similar al nuestro, *Kuller*, en Carolina del Norte y *Barron*, en Guadalajara, describieron 2 casos similares en gestantes que tuvieron un cuadro evolutivo favorable y lograron recién nacidos vivos al término de la gestación.^{4,5}

Con nuestro trabajo ponemos a consideración de ustedes elementos de una revisión meticolosa del síndrome de Guillain-

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

² Residente de I Año en Ginecología y Obstetricia.

Barré y la presentación de un caso atendido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia y la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo.

Elementos a considerar del síndrome de Guillain-Barré

El embarazo no constituye por sí solo una forma clínica de la entidad, pero puede ensombrecer el pronóstico, por las complicaciones que se derivan del mismo.⁵

PATOGENIA

Un factor autoinmune es fuertemente favorecido como el mediador del SGB, sin embargo permanece desconocido el mecanismo íntimo por el cual esto ocurre.

En el SGB se ha observado objetivamente una sensibilización de los linfocitos al componente proteico de la mielina. La emigración de los linfocitos sensibilizados hacia el interior de los nervios periféricos parece ser la alteración más temprana al que sigue la rotura de la mielina.⁶

En el 50 al 75 % de los casos de SGB hay como antecedente una enfermedad febril aguda y se han relacionado múltiples microorganismos con este síndrome,⁷ como los virus: del *Herpes Zoster*, del herpes simple, del Epstein-Barr, ECHO-7, Coxackie B5 y del SIDA.

También se ha relacionado el SGB con varias inmunizaciones como: *Haemophilus influenzae*, virus de la influenza, rabia y viruela.

DIAGNÓSTICO

Para los criterios de diagnóstico se han utilizado los parámetros del *National*

Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, modificado por *Asbury y Cornblath*.⁸

1. Características requeridas para el diagnóstico.
 - a) Debilidad motora progresiva de más de un miembro.
 - b) Arreflexia o hiporreflexia.
2. Características que apoyan el diagnóstico.
 - a) Progresión de la debilidad hasta las primeras 4 sem.
 - b) Relativa simetría.
 - c) Síntomas o signos sensitivos leves.
 - d) Alteración de nervios craneales.
 - e) Inicio de la recuperación de 2 a 4 sem después de terminada la progresión.
 - f) Elevación de la proteínas en el LCR, después de la primera semana de síntomas o en punciones lumbares seriadas.
 - g) Electromiografía: Velocidad de conducción disminuida, latencias distales incrementadas, lentitud de la onda F.
3. Características que nos hacen dudar del diagnóstico.
 - a) Asimetría marcada y persistente de la debilidad.
 - b) Disfunción de esfínteres persistente o al comienzo.
 - c) Nivel sensitivo muy claro.
 - d) Más del 50 % de leucocitos mononucleares/mm³, o la presencia de polimorfos en el LCR.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- a) *Polimiositis*: Aparición epidémica de síntomas meníngeos, fiebre, parálisis puramente motora asimétrica.
- b) *Mielitis aguda*: Parálisis sensitivas por debajo de un determinado nivel medular, parálisis de los esfínteres.

- c) *Mononucleosis infecciosa con polineuritis*: En esta enfermedad los 3 síndromes neurológicos que se presentan son: Parálisis motora sensitiva y motora aguda y subaguda, meningitis aséptica y meningoencefalitis.
- d) *Hepatitis viral con polineuritis aguda*: La polineuritis se presenta varios días después de aparecer la ictericia como complicación de la enfermedad.
- e) *Polineuritis diftérica*: Los efectos neurotóxicos del *C. diphtheriae* y la acción local de las exotoxinas pueden paralizar los músculos laríngeos y faríngeos.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD

1. Período de progresión.
 - a) Duración mínima de menos de 3 d.
 - b) Duración máxima de 21 d.
2. Período de estabilización.
 - a) Oscila entre 1 y 30 d.
3. Período de recuperación.
 - a) Duración promedio de 11, 4 meses.
 - b) Entre 1 y 6 meses.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia mundial está en cerca de los 2 casos cada 100 000 habitantes.⁹

En Cuba, la tasa nacional es de 0,36 por 100 000 habitantes. En el embarazo no se tienen datos estadísticos relevantes.

PREVENCIÓN

El SGB, como enfermedad inmunológica, no tiene una prevención primaria.

TRATAMIENTO

Cuidados generales

1. Ingreso en unidad de cuidados especiales.
2. Monitoreo del estado cardiorrespiratorio.
3. Si se presenta disfagia, alimentar por sonda naso-gástrica.
4. Heparina subcutánea (5 000 unidades/3 veces por día como profilaxis del embolismo pulmonar).
5. Carbamazepina para alivio de las neuralgias.

Cuidados específicos

1. El uso combinado de esteroides parenteral o intratecal con plasmaféresis (3 000 - 4 000 mL de plasma/d por 4 a 6 d.¹
2. El esteroide de elección intratecal es el fosfato disódico de betametasona (2 amp 4 mg) días alternos hasta 10 dosis.
3. Uso de vitaminas del complejo B.
4. El uso intravenoso de inmunoglobulinas hoy es discutido y cuestionado. Aunque muchos autores como *Jackson* tienen muy buenos resultados.¹¹
5. Con el embarazo no se prescribe terapéutica diferente.

Presentación del caso

Gestante de 31 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial crónica tratada con metildopa (1 tab c/8 h) y dieta, glaucoma, para el cual no lleva tratamiento, e historia obstétrica de G2 P1 (distócico, cesárea en el año 1993, por sufrimiento fetal

agudo) y Ao con FUM 6/XII para una edad gestacional al ingreso de 32 sem, Refiere que hace 3 d comenzó en la casa con un cuadro de pérdida de la fuerza muscular en el miembro superior izquierdo.

Ingresa en este centro el 19 de julio de 1999 y en el primer examen se le señala: Abd:AU 31 cm, D1, MFR D/U 0/10 FF144 X min, cefálico.

Se ingresa en la sala de cuidados perinatales con el diagnóstico de EG 32 sem y pérdida de fuerza muscular en estudio.

Es valorada el día 20 de julio por los especialistas de medicina interna y neurología, el examen físico es positivo de la pérdida de la fuerza muscular en el miembro superior izquierdo con sensibilidad y reflectividad conservada. El fondo de ojo resulta normal, se sugiere tratamiento sintomático, vitaminoterapia y observación estricta del caso.

El día 21 de julio se reciben los exámenes complementarios del ingreso con los resultados siguientes:

Hb. 111 g/L; eritro: 15 mm; examen vaginal: positivo de monilias; serología: no reactiva; orina: negativa y coagulograma: normal.

La gestante está imposibilitada de caminar, con pérdida de la fuerza muscular en las 4 extremidades. Neurología valora nuevamente el caso y decide trasladarla a la UCI con el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré y embarazo.

Se le realiza punción lumbar. No se observan células, el líquido es transparente y las proteínas, normales.

En la UCI se mantuvo estable, con buena mecánica respiratoria. Se decide comenzar con terapéutica combinada de betametazona (4 mg) 2 amp. intratecal (en días alternos) hasta 10 dosis + plasmaféresis, 5 sesiones, y vitaminoterapia parenteral.

En el examen neurológico se determina la existencia de esfínteres tónicos, reflejos y sensibilidad conservados y fondo de ojo normal.

Evoluciona favorablemente; se decide el día 22 de julio, realizar ultrasonido obstétrico y se comprueba que existe buena vitalidad fetal, DBP 78 mm, líquido amniótico normal y placenta madurez III.

Al quinto día de evolución se decide traslado a la unidad de cuidados intermedios, donde sufre una caída con trauma occipital ligero. Neurocirugía, valora el caso y decide que no presenta cuadro quirúrgico, por el momento.

Las 3 punciones lumbares evolutivas arrojaron resultados de una discreta proteinorraquia, el resto fueron negativas.

Se continúa con el tratamiento de esteroide intratecal y vitaminas.

El 29 de julio se realiza evolutivamente una ultrasonografía obstétrica con: DBP 80 mm y líquido amniótico normal, buena vitalidad fetal y placenta madurez III, cálculo de peso por perímetro abdominal de alrededor de 2 200 g, ILA 12 cm.

La punción lumbar es negativa.

Se comprueba que existe discreta mejoría del cuadro neurológico, buena mecánica ventilatoria, estado psicológico favorable de la gestante, por lo que se decide su traslado a la sala de cuidados perinatales con seguimiento de neurología, medicina y terapia de esteroide intratecal con vitaminoterapia parenteral.

Durante su estancia en la sala de perinatología va progresando con mejoría del cuadro neurológico y gran cooperación de su parte. El foco fetal se mantiene normal.

El día 10 de agosto se realiza una tercera ultrasonografía evolutiva con los resultados siguientes: DBP 81 mm, buena vitalidad fetal y placenta madurez III, cálculo del peso 2 200 g, igual al anterior; ILA 9 cm.

Se culmina terapia con esteroide intratecal, las 10 dosis.

Aunque clínicamente la altura uterina se va correspondiendo con la edad gestacional existe la sospecha de una CIUR asimétrico con afectación clínica silente, se discute con el colectivo de obstetras y se decide la interrupción del embarazo por el bienestar fetal el día 13 de agosto, con 35,6 sem de EG/ y diagnóstico de CIUR asimétrico con afectación clínica. Se intentó estudiar el líquido amniótico que resultó traumático. La operación a realizar: cesárea segmento arciforme con salpingectomía parcial bilateral, anestesia general. Recordar que a la paciente se le hizo una cesárea anteriormente.

Durante el acto quirúrgico, luego de la extracción del feto, hace bradicardia extrema de la que se recuperó con atropina, pero cae en paro cardiorrespiratorio y se recupera en 2 min con masaje cardíaco externo, epinefrina y atropina. Se le pasan 2 ampulas de bicarbonato de sodio, pero al minuto, cae nuevamente en paro cardiorrespiratorio y se recupera al minuto con masaje cardíaco, epinefrina y atropina. Sale con taquicardia. Se le administra 1 frasco (2 g) de manitol, fentanil y succinil colina. A los 15 min hay mejoría hemodinámica y es tras-

ladada a la UCI, Se le realizan exámenes complementarios.

Hb: 80 g/L
Eritro: 70 mm
Tcoag: 9 min
TS: 2 min
Plaquetas $205 \times 10^9 \times L$
Glucemia: 3,8 mmol/L
Na: 141
K: 4,3
pH: 7,36
PCO₂: 30
SB: 18
EB: 8,8
PO₂: 72

Se le transfunden 2 U de glóbulos.

Se extuba a las 24 h sin dificultad; evoluciona favorablemente con útero contraído, loquios normal. Se indica antimicrobiano de amplio espectro.

Hay mejoría evidente del cuadro neurológico.

Se logra un recién nacido vivo, con Apgar 7-8-9, peso 2 420 g y sexo masculino.

Se egresa de nuestro servicio el 24 de agosto del 1999 con movilidad en los 4 miembros. Se sigue por consulta externa de neurología. La rehabilitación es ambulatoria. Recupera a los 7 meses todas las funciones.

La evolución del lactante, hasta la fecha, es favorable.

SUMMARY: A case of Guillian-Barre syndrome and pregnancy diagnosed and treated in this service was presented. The national literature was reviewed and no publication on this syndrome was found. An analysis of such affection was made and the treatment applied as well as its maternal and perinatal result were commented.

Subject headings: **PREGNANCY COMPLICATIONS; POLYRRADICULONEUROPATHY/immunology; GUILLIAN-BARRE SYNDROME; INTENSIVE CARE UNIT.**

Referencias bibliográficas

1. Weisberg LA, Stroben RL. Fundamentos de Neurología Clínica. Madrid: Emalsa, 1994:279-82.
2. Wiederholt WG. Neurology for Non-Neurologist. 2 ed. Philadelphia: Grune Stratton, 1998:222-3.
3. Fisher CM. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis. N Engl J Med 1996;225:236-9.
4. Kuller B. Guillain-Barré Syndrome and pregnancy. Acta Neurol Carolina del Norte 1998;12-4.
5. Barron J. Guillain-Barré Syndrome and pregnancy. Acta Neurol, Guadalajara 1997:7-10.
6. Enders V, Karch H, Toyka KV. The spectrum of immune responses in Guillain- Barré Syndrome. Ann Neurol 1996;34(2):136-9.
7. Ormerod IE, Cockerell C. Guillain- Barré Syndrome after viral infections. EUR Neurol 1995:156-8.
8. Asbury F, Cornblath K, Guillain –Barré Syndrome. EUR Neurol 1994:194-9.
9. Yamashita S. Guillain-Barré Syndrome. Word 1995:104-6.
10. Piradov M. The Therapy of severe forms of acute Polyrradiculoneuritis: Corticoosteroids, Plasmapheresis combination. 1996:7-10.
11. Jackson M. Inmunoglobulinas and Guillain-Barré Syndrome Ann Nurol 1998:6-9.

Recibido: 26 de diciembre del 2000. Aprobado: 17 de junio del 2001.

Dr. *Carlos Guerra Verdecia*. Hospital Provincial General Docente “Carlos Manuel de Céspedes”, Carretera Central km 1, vía Santiago de Cuba, Bayamo, Granma, Cuba.