



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Artículo de Revisión

Síndrome de Guillain Barré en la Unidad de Cuidados Intensivos

Guillain Barré síndrome in the Intensive Care Unit

Fernando Arméstar^{1a}, Beatriz Catalán^{2b}, Sergio Martínez^{2b}

1 Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2 Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. España.
a Doctor en Medicina b Médico Cirujano

Citar como: Arméstar F, Catalán B, Martínez S. Síndrome de Guillain Barré en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev méd Trujillo 2018;13(2):100-3

Correspondencia.

Dr. Fernando Arméstar
Rodríguez

Cel: +626075982.

Correo:
farmestarrdriguez@gmail.com

Recibido el 06/06/18

Aprobado el 24/06/18

RESUMEN

El síndrome de Guillain Barré caracterizado por una parálisis arrefléxica aguda y una disociación albúmino-citológica en el líquido cefalorraquídeo, es un síndrome potencialmente grave que en ocasiones precisa de medidas urgentes para preservar la vida de estos pacientes. En esta revisión se actualiza los criterios para la admisión en medicina intensiva, el manejo que se realiza durante la estancia, las complicaciones y el pronóstico de los enfermos afectados de este síndrome.

Palabras clave: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, cuidados intensivos

Summary

The Guillain Barré syndrome is characterized by acute areflexic paralysis and an albumin-cytological dissociation in the cerebrospinal fluid and is a potentially serious syndrome that sometimes requires the use of urgent measures to preserve the life of patients. In this review the criteria for admission to intensive medicine, management during the stay, complications and prognosis of patients affected by this syndrome are updated.

Key words: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, intensive care

El síndrome de Guillain Barré (SGB), está caracterizado por una debilidad muscular progresiva, cuya expresión clínica más conocida es la de parálisis arrefléxica aguda y una disociación albúmino-citológica en el líquido cefalorraquídeo ⁽¹⁾⁽²⁾. En la evolución de este síndrome puede presentarse un compromiso vital que requiera una actuación y manejo especializado en unidades de cuidados intensivos (UCI). Tanto la insuficiencia respiratoria, como la inestabilidad hemodinámica son situaciones de vida o muerte que justifican el ingreso a UCI. Una tercera parte de los pacientes afectados del SGB pueden presentar un compromiso de la función respiratoria con la consiguiente necesidad de ventilación mecánica. En algunos casos, la disautonomía que acompaña este síndrome puede provocar labilidad hemodinámica que también puede justificar su ingreso a UCI.

Criterios para valorar la admisión a una unidad de medicina intensiva:

1. Afectación de la musculatura orofaríngea por compromiso bulbar. Con déficit para tragar y manejar las secreciones. Debido a que esta afectación puede provocar aspiraciones de contenido alimenticio o secreciones orofaríngeas hacia la vía aérea, provocando oclusión de la misma y, por tanto, desencadenando insuficiencia respiratoria grave con requerimiento de intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
2. Disautonomía. Ésta puede provocar labilidad hemodinámica y requerimiento de una vigilancia estrecha. En casos de hipotensión, es importante mantener la normovolemia en estos pacientes. Sólo ante la ausencia de respuesta a fluidos se debe utilizar cuidadosamente dosis bajas de fármacos vasoactivos debido a la hipersensibilidad por

denervación. Los episodios de hipertensión grave (presión arterial media > 125 mmHg) pueden tratarse con labetalol, esmolol o nitroprusiato. Las arritmias cardíacas graves o potencialmente mortales incluyen bloqueo auriculoventricular y asistolia. Requieren intervención con administración de atropina y estimulación cardíaca. ⁽³⁾⁽⁴⁾

3. Insuficiencia respiratoria por déficit de la musculatura: es evidente que los pacientes que presentan signos y signos de insuficiencia respiratoria estarían englobados en este apartado. Sin embargo, existen parámetros más objetivos para valorarla. Estos son: disminución de la capacidad vital respiratoria a 20 ml/Kg, disminución de la presión inspiratoria máxima a - 30 cm H₂O y una disminución de la presión máxima espiratoria a 40 cm H₂O.⁽³⁾

Manejo en la unidad de medicina intensiva del Síndrome de Guillain Barré: independientemente del tratamiento con medidas preventivas para trombosis venosa profunda, fisioterapia pasiva, plamaféresis o inmunoglobulinas; el manejo específico de los pacientes graves que requieren ingreso a la unidad de medicina intensiva son:

1. Ventilación mecánica invasiva: con frecuencia es prolongada y como consecuencia, la mayoría de estos pacientes precisarán de traqueostomía. El retiro de la ventilación mecánica dependerá de la mejoría de la función del diafragma y los valores de las pruebas de función pulmonar. Para ello es importante que no existan atelectasias, derrames pleurales o dificultad para manejar las secreciones importantes.
2. Traqueostomía: está indicada de forma precoz en aquellos pacientes añosos con enfermedad pulmonar pre-existente, con alteración grave axonal y aquellos con déficit

muscular orofaríngeo en progresión. Con ella podemos conseguir acortar el tiempo de ventilación mecánica. ⁽⁴⁾

3. Tratamiento de la labilidad de la presión arterial y arritmias cardíacas. En casos de hipotensión, es importante mantener la normovolemia en estos pacientes. Sólo ante la ausencia de respuesta a fluidos se debe utilizar cuidadosamente dosis bajas de fármacos vasoactivos debido a la hipersensibilidad por denervación. Los episodios de hipertensión grave (presión arterial media > 125 mmHg) pueden tratarse con labetalol, esmolol o nitroprusiato. Las arritmias cardíacas graves o potencialmente mortales incluyen bloqueo auriculoventricular y asistolia. Requieren intervención con administración de atropina y estimulación cardíaca mediante marcapasos provisionales. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

4. Ventilación mecánica no invasiva: generalmente no está indicada y su utilización puede agravar la situación de los pacientes ⁽⁹⁾

Complicaciones del Síndrome de Guillain Barré durante la estancia en medicina intensiva

Las complicaciones más destacadas son: las úlceras de presión, la sepsis y la neumonía asociada a ventilación mecánica. ⁽¹⁰⁾

Pronóstico del Síndrome de Guillain Barré con manifestaciones graves

Los pacientes con SGB con manifestaciones graves, pueden recuperarse y caminar de forma independiente (aproximadamente el 75%). La mortalidad de estos pacientes es de 6% y puede llegar hasta el 10% - 20% en los pacientes que tienen comorbilidades importantes. ⁽¹¹⁾

Referencias Bibliográficas

1. Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain-Barré Syndrome. Mayo Clin Proc. 2017;92: 467-479.
2. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med. 2012;366(24):2294-304
3. Lawn ND, Fletcher DD, Henderson RD, et al. Anticipating mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. Arch Neurol 2001; 58:893.
4. Walgaard C, Lingsma HF, van Doorn PA, van der Jagt M, Steyerberg EW, Jacobs BC. Tracheostomy or Not: Prediction of Prolonged Mechanical Ventilation in Guillain-Barré Syndrome. Neurocrit Care. 2017; 26:6-13.
5. Ropper AH. Critical care of Guillain-Barre syndrome. In: Neurological and Neurosurgical Intensive Care, 4th ed, Ropper AH (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003.
6. Mukerji S, Aloka F, Farooq MU, et al. Cardiovascular complications of the Guillain-Barré syndrome. Am J Cardiol 2009; 104:1452.
7. Lizarraga AA, Lizarraga KJ, Benatar M. Getting Rid of Weakness in the ICU: An Updated Approach to the Acute Management of Myasthenia Gravis and Guillain-Barré Syndrome. Semin Neurol. 2016; 36:615-62
8. Wijdicks EF. Guillain-Barré Syndrome. Neurocrit Care. 2016; 25:288-92.
9. Rabinstein AA. Noninvasive ventilation for neuromuscular respiratory failure: when to use and when to avoid. Curr Opin Crit Care. 2016; 22(2):94-9.
10. de Boisanger L. Outcomes for patients with Guillain-Barré syndrome requiring mechanical ventilation: a literature review. Ir J Med Sci. 2016;185(1):11-5
11. Fletcher DD, Lawn ND, Wolter TD, Wijdicks EF. Long-term outcome in patients with Guillain-Barré syndrome requiring mechanical ventilation. Neurology. 2000; 54:2311-5.