

HALLAZGOS ELECTRODIAGNÓSTICOS DE UN SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CON AFECCIÓN DEL VII PAR CRANEAL. REPORTE DE CASO.

Dr. Oscar Santamaría, Dra. Ismenia Castillero (ismeniab11@gmail.com), Dr. Ricaurte Hernández.

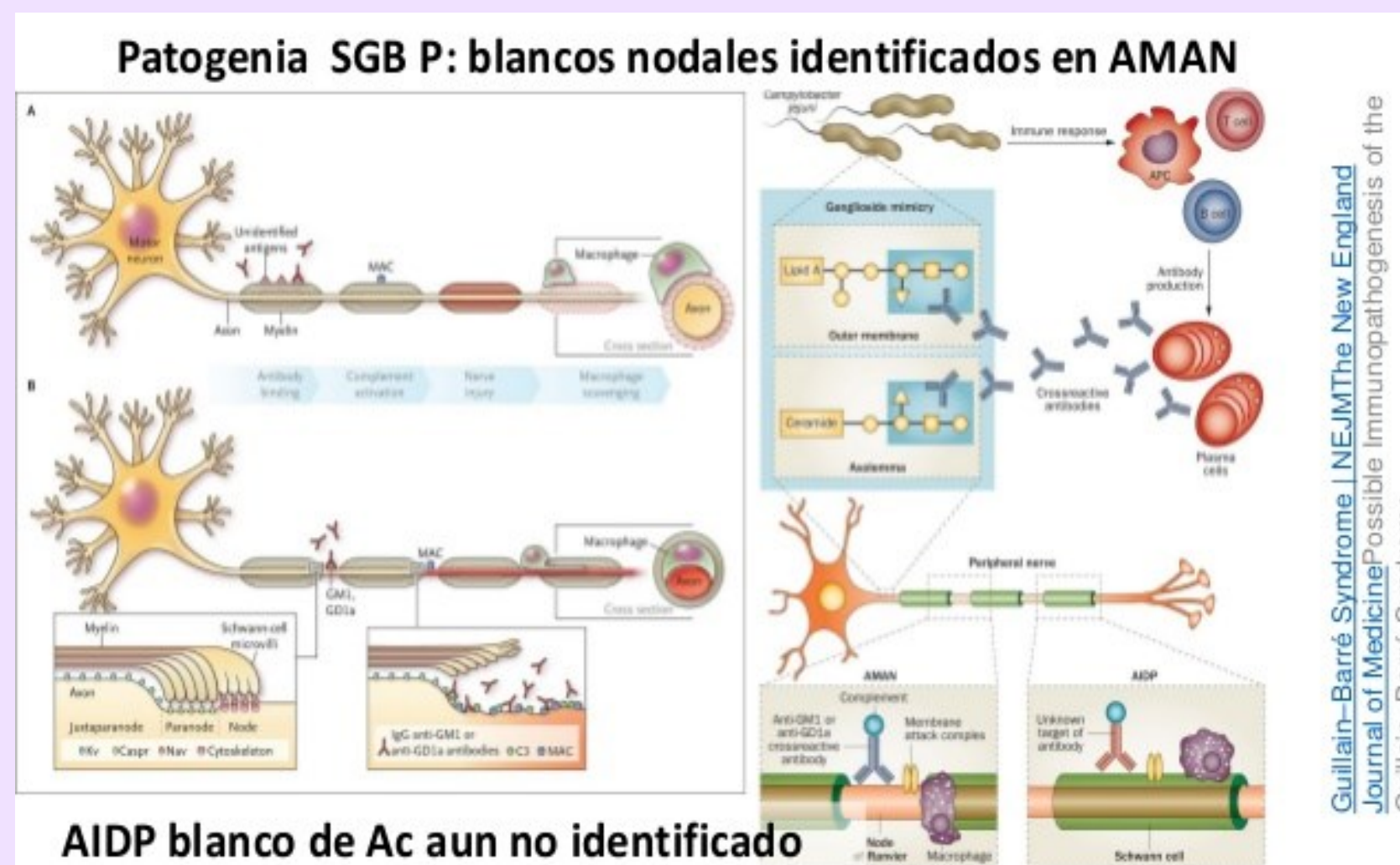
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Regional Rafael Hernández. Caja de Seguro Social.

PALABRAS CLAVES: parálisis facial, arreflexia, polirradiculoneuropatía.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de evolución rápida y potencialmente fatal, desencadenada generalmente por un proceso infeccioso; es considerada una neuropatía periférica aguda relativamente rara. (1) El 30% de los pacientes tienen una evolución rápida, que puede requerir asistencia ventilatoria. Se caracteriza por una debilidad simétrica, rápidamente progresiva de comienzo distal y avance proximal, muchas veces llegando a afectar la musculatura bulbar y respiratoria. Es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda, con incidencia de 1,3 a 2 por 100.000, y su mortalidad alcanza el 5-15%. (2)

El Servicio de Medicina Física del Hospital Regional es consultado para la realización de estudios electrodiagnóstico a este tipo de pacientes entre los meses de mayo y noviembre de cada año, ya que los hallazgos electrofisiológicos refuerzan la sospecha clínica y garantizan un tratamiento acertado.



rodillas, tobillos, pies y manos. Control de tronco sedente 2/5. Incapacidad para la marcha. Propiocepción y tacto conservado. Hiporreflexia generalizada. Laboratorio: pruebas sanguíneas negativas por cocaína y cannabinoides, HIV negativo, Glucosa en líquido cefalorraquídeo negativo; microbiología de LCR negativo

TABLA 1. Valores sensitivos encontrados en nuestro paciente.

NERVIO	LATENCIA PICO (ms)	AMPLITUD (uV)	VELOCIDAD (m/s)
MEDIANO IZQUIERDO	5.63	12.9	35
CUBITAL IZQUIERDO	6.88	7.80	20
SURAL IZQUIERDO	0.00	0.00	0.00
SURAL DERECHO	3.39	11.7	52
PERONEO SUPERFICIAL IZQUIERDO	0.00	0.00	0.00
PERONEO SUPERFICIAL DERECHO	0.00	0.00	0.00

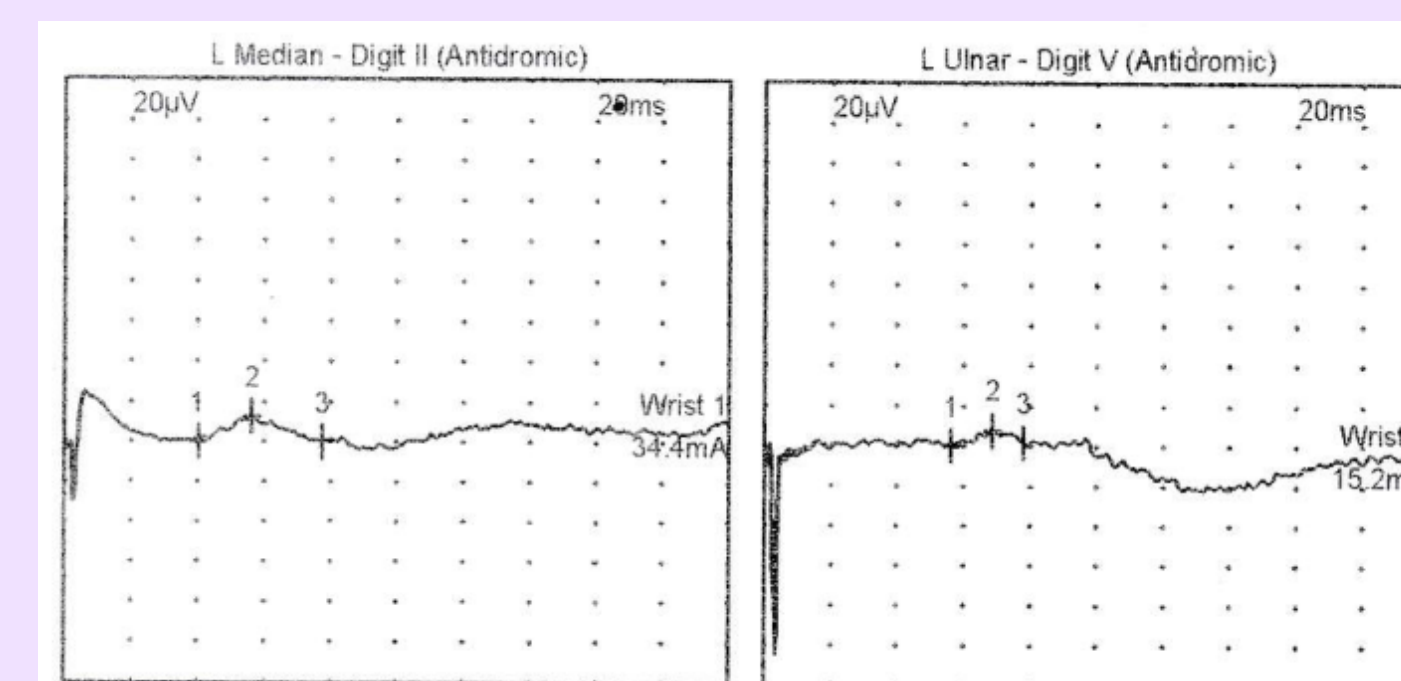


Gráfico 1 y 2. Potenciales sensoriales del mediano y cubital izquierdo

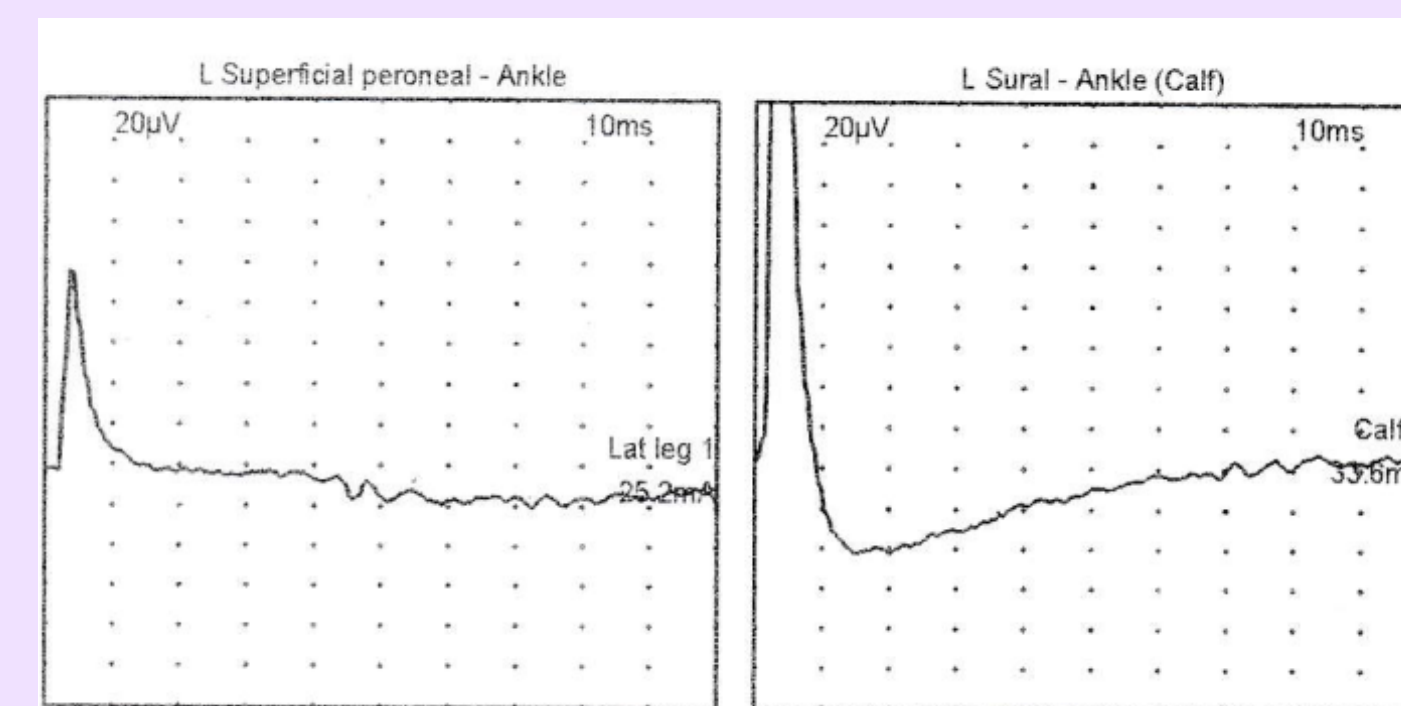


Gráfico 3 y 4. Potenciales sensoriales del sural y peroneo sup. izquierdo

TABLA 2. Valores motores y Ondas F encontrados en nuestro paciente.

NERVIO	LATENCIA DISTAL (ms)	AMPLITUD (mV)	DURACIÓN (ms)	VELOCIDAD (m/s)	ONDAS F (ms)
MEDIANO IZQUIERDO	7.71	2.5	13.33	39	39.2
CUBITAL IZQUIERDO	4.48	2.1	15.47	41	39.2
PERONEO IZQUIERDO	9.53	1.9	15.42	32	0.00
PERONEO DERECHO	8.85	0.9	12.55	28	45.6
FACIAL IZQUIERDO					
NASALIS	3.33	1.3	11.61		
ORBICULAR OCULIS	3.85	0.5	12.66		
ORBICULAR ORIS	5.89	0.2	8.54		
FACIAL DERECHO					
NASALIS	3.02	0.9	14.58		
ORBICULAR OCULIS	4.01	0.3	12.08		
ORBICULAR ORIS	7.97	0.8	13.44		

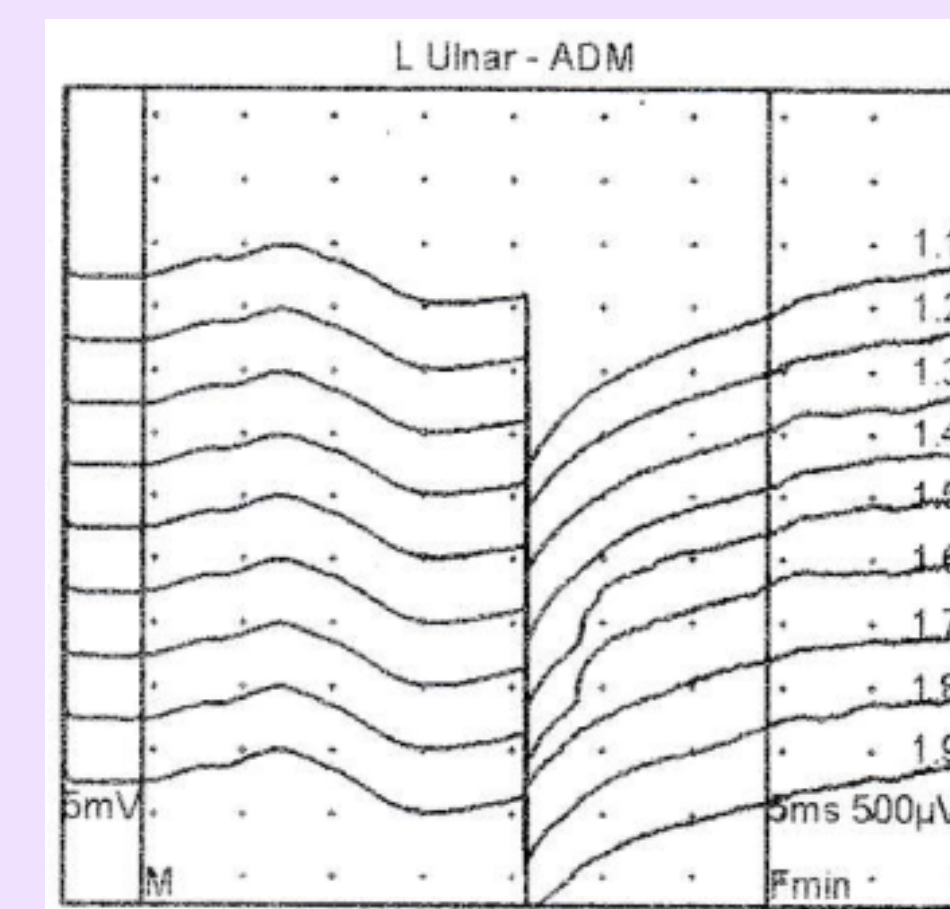


Gráfico 5. Onda F del cubital izquierdo

No había reactivo para microproteínas en LCR. Química sérica con valores normales de la glicemia, creatinina, nitrógeno de urea, perfil lipídico, a excepción de un alza en los triglicéridos (368 mg/dl), y elevación de CPK (303 U/L). Urianálisis normal.

Luego del examen físico, se procede a realizar estudio de neuroconducción sensorial y motora, ondas F de las cuatro extremidades y evaluación de los potenciales motores del nervio facial bilateral. Se utilizó el equipo Nicolet-Natus de nuestro Servicio. Se evidencia la prolongación de las latencias sensoriales y motoras, aumento de la duración y la velocidad de conducción de los nervios de las extremidades, así como del nervio facial. También se evidenció la prolongaciones significativas de las Ondas F, como se observan en los gráficos y las tablas.

DISCUSIÓN

La diplejía facial representa el 0.3—2% de las parálisis faciales y se define como aquella que afecta a los dos lados de la cara en un plazo de tiempo no superior a las 4 semanas. De las etiologías más frecuentes el 10% lo produce el SGB.(3) En este caso fue muy relevante la realización del estudio electrodiagnóstico, ya que no se contaba con el reactivo para detectar microproteinuria en el LCR, uno de los marcadores positivos, cuando se busca la disociación albúmina citológica en esta patología. La información encontrada fue muy valiosa a la hora de plantear un rápido tratamiento

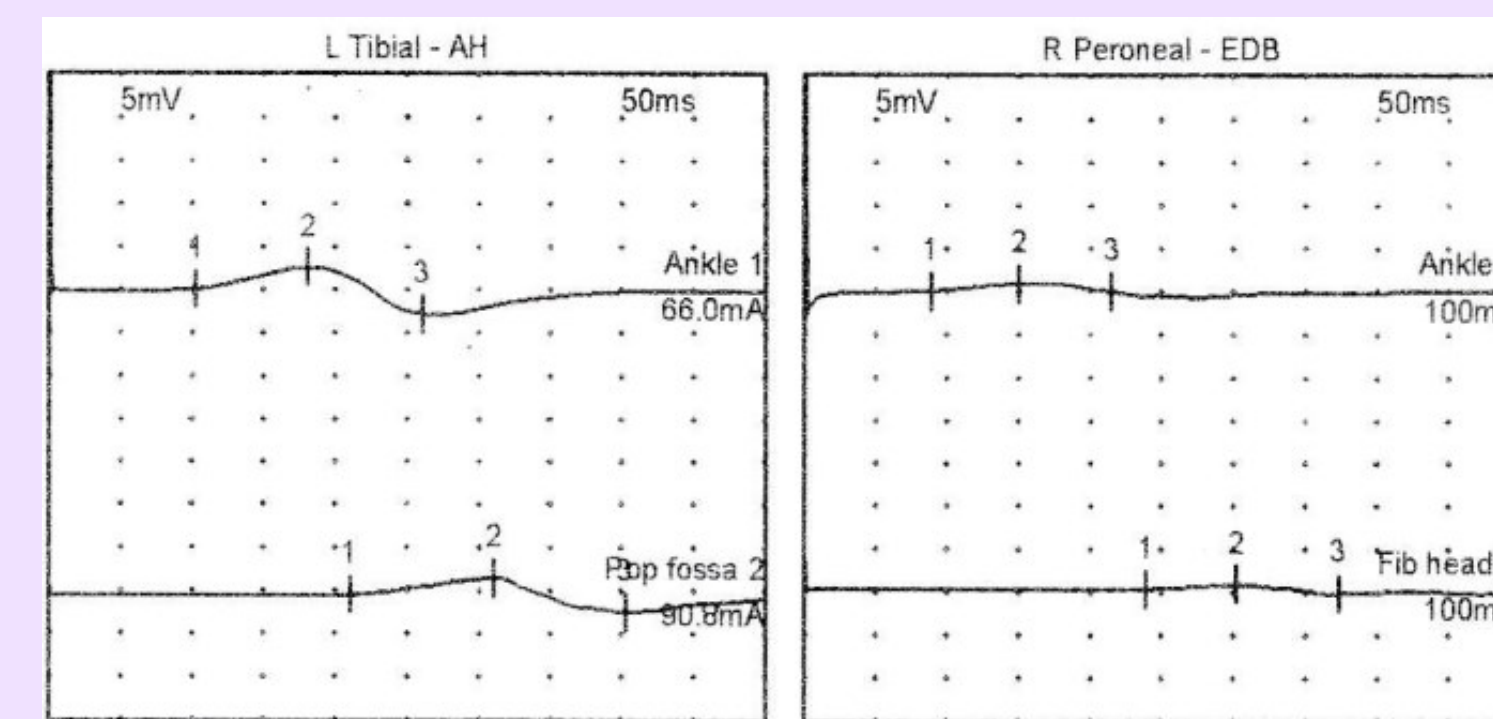


Gráfico 6 y 7. Potenciales motores de los nervios tibiales y peroneo derecho

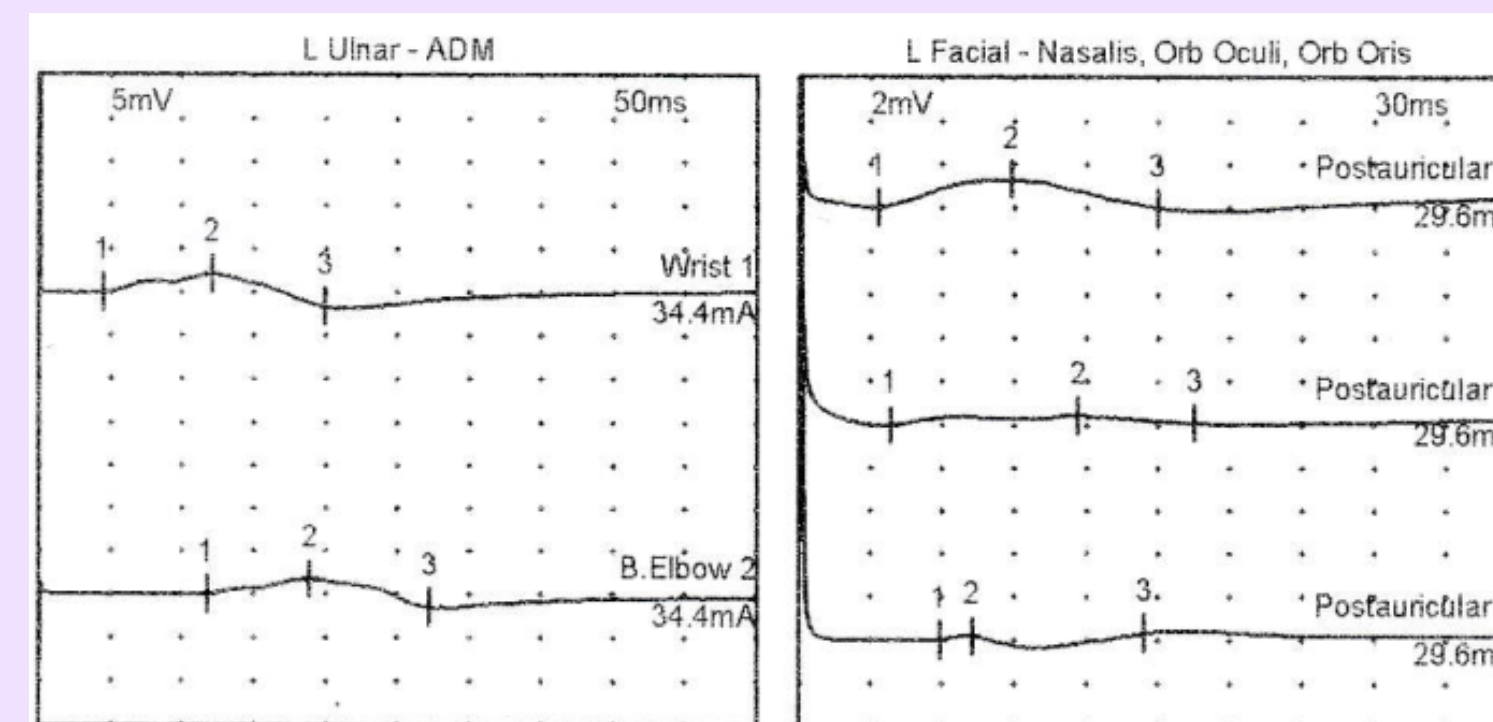


Gráfico 8 y 9. Potenciales motores del nervio cubital y facial izquierdos.

CONCLUSIÓN

La parálisis facial bilateral obliga a considerar entre los diagnósticos de trabajo al SGB como diagnósticos diferenciales. Los estudios electrodiagnósticos ofrecidos por nuestro Servicio, muestra una valiosa utilidad, al comprobar las alteraciones de los potenciales motores y sensitivos, ante la sospecha clínica, ofreciéndole al clínico la seguridad de un tratamiento médico bien dirigido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gozalbo Simón, Beneyto M. Variante facial del Síndrome de Guillain-Barré en un paciente, días después de vacunarse de la gripe A. Correspondencia. Cartas Científicas. Rev. Española de Geriátria Gerontol.: 2014; 49 (2): 90-95.
2. Samuel Ignacio Pascual Pascual. Síndrome de Guillain-Barré. *Servicio de Neurología Pediátrica*. Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid. Asociación Española de Pediatría. 2008.
3. Marchena PJ, Val Pérez E. Diplejía facial periférica como manifestación inicial de un Síndrome de Guillain-Barré secundario a una infección aguda por Citomegalovirus. *An. Med. Interna* 2005; 22 (2):92.

