

Rápida recuperación del Síndrome de Guillain Barré por tratamiento fisioterapéutico precoz

Enrique Arce Morera,^I Tania Hernández Escalada,^{II} Yanet Hernández Núñez,^{III} Osnel Cordovés Colas,^{IV}

^IEspecialista de II grado en Medicina Física y Rehabilitación. Master en Medicina Natural y Bioenergética. Asistente. Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Artemisa. Cuba. Correo electrónico: earce@infomed.sld.cu

^{II}Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación. Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Artemisa, Cuba. Correo electrónico: earce@infomed.sld.cu

^{III}Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación. Artemisa, Cuba. Correo electrónico: earce@infomed.sld.cu

^{IV}Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación. Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Artemisa, Cuba. Correo electrónico: earce@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó la presentación de una paciente por confirmación clínica y de laboratorio. Se diagnosticó Síndrome de Guillain-Barré asociado a dengue clásico, con un pronóstico médico-rehabilitador poco favorable. Se siguió el tratamiento y evolución clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General "Ciro Redondo" y fisioterapéutico en el Servicio de Rehabilitación Integral del Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Se señala que mediante la aplicación de técnicas fisioterapéuticas de manera precoz se pudo constata una evolución satisfactoria con recuperación total tras 90 días de presentar su enfermedad, con la incorporación sin limitaciones a sus actividades sociales.

Palabras clave: Guillain-Barre syndrome; physical therapy modalities; recovery room.

ABSTRACT

Keywords: síndrome de Guillain-Barre; modalidades de fisioterapia; sala de recuperación.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain Barré (S.G.B.) es una poli neuropatía inflamatoria aguda de rápida evolución, caracterizada por una debilidad muscular e hipostesia distal.¹ Es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana que destruye la vaina de mielina de los nervios periféricos, caracterizada por una debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal, que a veces llega a afectar el II centro bulbar respiratorio. El líquido cefalorraquídeo muestra una disociación albúmina-citológica, con aumento de las proteínas y normalidad celular.²

Se realizó la búsqueda de los casos reportados de S.G.B. y dengue con las palabras: síndrome de “Guillain-Barré y Dengue” en PubMed con la revisión de los artículos publicados desde el año 1959, se encontraron un total de 25 casos, 16 de ellos contaron con poca información relativa a variables demográficas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico para dengue.³⁻⁶

En el presente trabajo se reporta un paciente tratado en el área de salud, a través de una panorámica descriptiva de su seguimiento clínico y específicamente fisioterapéutico durante 3 meses, cuyo pronóstico vital y rehabilitador dada su extrema gravedad era poco favorable y que mediante acciones fisioterapéuticas oportunas, se logró una rápida recuperación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente K. R. M. del sexo femenino, de 36 años de edad, raza mestiza, con diagnóstico extra-hospitalario de dengue clásico, debido a la presencia de fiebre, malestar general, mialgias, artralgias y plaquetopenia ($95,000/\text{mm}^3$).

Al séptimo día de los síntomas se agregó debilidad generalizada con inicio distal en pies y manos con una progresión ascendente hasta la parálisis de sus cuatro miembros. Complementarios: Líquido cefalorraquídeo cito-química cantidad 1ml, aspecto transparente, incoloro. Glicemia 62 mg/100cc. Conteo de células $6 \times \text{mm}^3$. Proteinorraquia 200 miligramos por 100cc (disociación albúmino/ citológica). Se ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Ciro Redondo” por Síndrome de Guillain Barre. Reportada: grave. Como tratamiento: medidas generales, sonda vesical. Se le realizó abordaje venoso profundo femoral derecho para la realización de la plasmaféresis una sesión en días alternos por espacio de 5 días.

Al sexto día, primera evaluación fisiátrica en la UCI. Diagnóstico: cuadriplejía flácida por S.G.B. tipo parálisis de Landry. Como objetivos: prevenir complicaciones propias del encamamiento prolongado. Tratamiento postural, con cambios de decúbito cada 2 horas, fisioterapia respiratoria y movilizaciones pasivas de todas las articulaciones con énfasis en el tratamiento inicial de las úlceras por presión existentes en región sacra y en ambos calcáneos.

A los 28 días se reporta de cuidado y se traslada a la sala de medicina.

A los 32 días se determina el alta hospitalaria.

Referencia al Servicio de Rehabilitación Integral (S.R.I.).

A los 40 días. Primera valoración fisiátrica en el SRI.

-Test muscular: (fecha 8-8-14).Escala funcional: 4. Está en cama.

Diagnóstico: cuadriplejia flácida por S. G. B. úlceras por presión.

Pronóstico rehabilitador: poco favorable, con recuperación a largo plazo y posibles secuelas motoras.

Como objetivos del tratamiento: mejorar función muscular, adiestrar en las actividades básicas cotidianas y eliminar úlceras por presión.

Tratamiento fisioterapéutico: lo normado según esta fase clínica: laserterapia: potencia de 3 J/cm², método de barrido en las lesiones. Kinesioterapia: fisioterapia respiratoria, movilizaciones pasivas y asistidas. Ambulación: mesa inclinada progresiva y terapia ocupacional: actividades estimulantes y funcionales.

A los 60 días, segunda valoración fisiátrica en el SRI.

- Test muscular:(fecha 29-8-14).Escala funcional: 1, evaluación mejorada, síntomas y signos leves, que le permiten desempeñar actividades de andar, vestirse, comer y el aseo. Ausencia de úlceras por presión.

Tratamiento fisioterapéutico: lo normado según esta fase clínica: gimnasio. Kinesioterapia: ejercicios activos asistidos y resistidos. Terapia ocupacional.

A los 90 días, tercera valoración fisiátrica: estado general satisfactorio, realiza todas las actividades del gimnasio. Se explora marcha sin alteración y realiza trote corto.

Se determina alta del S.R.I. sin limitaciones y se hace contra referencia a su médico de asistencia con recomendaciones para su hogar.

DISCUSIÓN.

Si se considera el estado de gravedad por la que transitó la paciente con peligro inminente para su vida, su mal pronóstico vital y su rápida recuperación y se compara con otros casos reportados: en el 2011⁷ con diagnóstico de S.G.B. por dengue donde finalmente, después de 50 días de estancia hospitalaria la paciente fue dada de alta en estado vegetativo persistente, 7 casos en el año 2008 en Brasil, que quedaron tetraparéticos^{8,9} y un caso en México¹⁰ en el 2010 con secuelas motoras severas, se destaca que en ninguna de ellos se refieren acciones de tipo fisioterapéutico durante su estancia hospitalaria ni en un centro de rehabilitación, esto apoya la importancia de esta intervención temprana en el pronóstico funcional de los pacientes aquejados de esta grave enfermedad invalidante.

Por tanto, un programa de rehabilitación precoz primero desde la fase hospitalaria y su continuidad en un SRI comunitario con un tratamiento fisioterapéutico normado según la fase clínica: laserterapia, kinesioterapia, mecanoterapia, ambulación y terapia ocupacional es tan importante en el pronóstico para la recuperación física del paciente, pues el corto tiempo de recuperación en el Síndrome de Guillain Barré que aquí se expone no se

encontró en la bibliografía consultada, ya que en 90 días de haber sufrido la enfermedad presentó una evolución satisfactoria con la reincorporación sin limitaciones a sus actividades sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Mark HB, Robert SP, Tomas VJ, Justin LK, Michael B. El manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11ed. Madrid: Elsevier. 2007. p. 2088-89.T7.

2-Mendoza-Hernández D, Blancas Galicia L, Gutiérrez Hernández J. Síndrome de Guillain-Barré. Instituto Nacional de Pediatría. 2010;19(2):56-63.

3- González OG, Amaya E, Vargas N. Características clínicas, complicaciones y secuelas de pacientes con diagnóstico de encefalitis en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Acta Neurol Colomb [Internet]. 2013 [citado 14 Sep 2015];30(3). Disponible en: <http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-30-2014/154-volumen-30-no-3-julio-septiembre-de-2014/1029-caracteristicas-clinicas-complicaciones-y-secuelas-de-pacientes-con-diagnostico-de-encefalitis-en-el-hospital-universitario-hernando-moncaleano-perdomo-junio-a-noviembre-del-ano-2013.html>

4-Puccioni-Sohler M, Orsini M, Soares C. Dengue: a new challenge for neurology. Neurology International. 2012;9(5):15.

5-. Dimachkie M, Barohn R, Guillain-B. Syndrome and variants. Neurol Clin. 2013;31(6):492.

6. Liu IJ, Chiu CY, Chen YC, Wu HC. Molecular mimicry of human endothelial cell antigen by autoantibodies to nonstructural protein 1 of dengue virus. J Biol Chem. 2011;286(11):9726-36.

7-Medina GR, Chávez, Ch E, Paredes CP, et al. Síndrome de Guillain-Barré asociado a dengue: reporte de un caso. Revista Mexicana de Neurociencia. 2011;12(3):159-161.

8- Araujo FMC, Araujo MS, Nogueira RMN, Rilhante RSN, Oliveira DN. Central nervous system involvement in dengue: a study in fatal cases from a dengue endemic area. Neurology. 2012;78:736-742.

9-Restrepo BN, Calle DA. Relación temporal entre la incidencia de dengue y la incidencia de enfermedades neurológicas. Antioquia, 2006-2010. Revista CES Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 18 Sep 2014];6(1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204439>

10-González-Suarez I, Sanz-Gallego I, Rodríguez de Rivera F, Arpa J. Guillain-Barré F. Syndrome: natural history and prognostic factors: a retrospective review of 106 cases. BMC Neurology. 2013;19(2):95.

Recibido: 13 de febrero del 2016
Aprobado: 19 de marzo del 2016

MsC. Enrique Arce Morera. Especialista de II grado en Medicina Física y Rehabilitación. Master en Medicina Natural y Bioenergética. Asistente. Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Artemisa. Cuba. Correo electrónico: earce@infomed.sld.cu