

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COMPLICACIONES PULMONARES DEL SINDROME DE LANDRY  
GUILLAIN BARRE STROHL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.  
FEBRERO 1979 A NOVIEMBRE 1980

JOSE VIVIAN PORTILLO RAMIREZ

## CONTENIDO

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- RECOMENDACIONES
- 8.- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente estudio se realizó en la unidad de tratamiento intensivo de adultos del Hospital Roosevelt, en el cual se analiza a 30 pacientes, con Diagnóstico de Guillain Barré, en el período de febrero 1979 a noviembre de 1980.

El síndrome Guillain Barré se ha descrito desde hace más de 100 años, caracterizado por historia de enfermedad febril no específica, generalmente respiratoria, seguida de debilidad muscular con manifestaciones clínicas variables, con etiología aún no definida y temibles complicaciones pulmonares siguen siendo la causa primordial de muerte.

Nuestro interés por su estudio es hacer énfasis en el diagnóstico precoz y evolución, tratando de establecer lineamientos generales para evitar complicaciones pulmonares.

Además nuestra inquietud es también aumentar el caudal de conocimientos sobre complicaciones respiratorias en S.G.B., para que en el futuro, se pueda ofrecer al paciente una mejor atención y efectuar diagnóstico temprano y prevenir complicaciones.

## II. ANTECEDENTES

El síndrome de Guillain Barré, como una entidad de etiología aún desconocida, ha contado con pocos estudios previos en nuestro medio, únicamente encontramos trabajos de tesis de los Doctores: Miguel Angel Grajeda en 1972, Dr. Carlos Manuel Cruz en 1977, Héctor Rolando Prera en 1979 y Miguel Angel Calderón en 1979, en los cuales se establece la obscuridad de la etiología de este síndrome y el aumento de su incidencia, pero no hay ningún estudio de sus complicaciones pulmonares.

## III. OBJETIVOS

### Generales

- 1.- Conocer la magnitud de complicaciones del Síndrome de Landry Guillain Barré Strohl.
- 2.- Lograr determinar incidencia, morbilidad y mortalidad de las complicaciones pulmonares.
- 3.- Diagnosticar en forma precoz las complicaciones y prevenirlas.

### Específicos

- 1.- Determinar el tipo de patología pulmonar más frecuente.
- 2.- Establecer los gérmenes más frecuentes que se presentan en la patología pulmonar infecciosa por Síndrome de Landry Guillain Barré Strohl.
- 3.- Establecer el porcentaje de pacientes con antecedentes respiratorios y generales previos al inicio del cuadro clínico y que relación guarda con las complicaciones pulmonares.
- 4.- Relacionar porcentaje de complicaciones pulmonares en pacientes con Síndrome de Guillain Barré Strohl referente a otras complicaciones encontradas.
- 5.- Establecer el porcentaje de pacientes que afectan músculos de caja torácica y abdominal y cuáles de ellos presentaron patología pulmonar.

El presente trabajo se realizó con 30 pacientes con diagnóstico de S.G.B., que ingresaron a la Unidad Tratamiento Intensivo de adultos del Hospital Roosevelt, durante el período comprendido de febrero 1979 a noviembre 1980.

4

| Registro | Edad | Sexo | Síntomas al ingreso | Antecedentes previos | Examen Físico |
|----------|------|------|---------------------|----------------------|---------------|
|          |      |      |                     |                      |               |

| Examen pulmonar | Rayos X | Laboratorios | Inicio de síntomas respiratorios | Evolución de Sint. respiratorios |
|-----------------|---------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                 |         |              |                                  |                                  |

| Complicaciones | Medidas Terapéuticas | Antibióticos | Conclusiones |
|----------------|----------------------|--------------|--------------|
|                |                      |              |              |

## V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

a).- Número de pacientes: 30

Grupo etario:

CUADRO No. 1

| <u>Edad años</u> | <u>Pacientes</u> | <u>%</u> |
|------------------|------------------|----------|
| 0-10             | 3                | 10       |
| 10-20            | 10               | 33.3     |
| 20-30            | 5                | 16.7     |
| 30-40            | 6                | 20       |
| Mayor de 40      | 6                | 20       |

Se observa que la edad de mayor incidencia fue de 10 a 20 años con un 33.3% del total de casos; y la de menor frecuencia es de 0-10 años con el 10%, debido a que este estudio, se efectuó en la unidad de tratamiento intensivo de adultos, y los menores de 12 años únicamente ingresaron a este servicio cuando hubo compromiso respiratorio y necesidad de ventilación asistida.

El de mayor edad fue 65 años y el menor 8 años.

b).- Sexo:

CUADRO No. 2

|           | <u>Pacientes</u> | <u>%</u> |
|-----------|------------------|----------|
| Masculino | 19               | 63.3     |
| Femenino  | 11               | 36.7     |
| Total     | 30               | 100.0    |

El sexo más afectado fue el masculino con 63.3%, con diferencia en relación al femenino de 26.6%; sigue el predominio del sexo masculino en nuestro medio, según estudio 1979 Calderón y León Prera (9, 11).

c).- Procedencia:

CUADRO No. 3

| <u>Lugar</u>   | <u>No.</u> | <u>%</u> | <u>Lugar</u>  | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|----------------|------------|----------|---------------|------------|----------|
| Capital        | 8          | 26.6     | Villanueva    | 1          | 3.33     |
| Antigua        | 3          | 10       | Amatitlán     | 1          | 3.33     |
| Quetzaltenango | 2          | 6.66     | Zacapa        | 1          | 3.33     |
| Izabal         | 2          | 6.6      | Retalhuleu    | 1          | 3.33     |
| Chimaltenango  | 2          | 6.6      | Sacatepéquez  | 1          | 3.33     |
| Cuilapa        | 1          | 3.33     | Huehuetenango | 1          | 3.33     |
| Progreso       | 1          | 3.33     | Sololá        | 1          | 3.33     |
| Escuintla      | 2          | 6.6      | Suchitepéquez | 1          | 3.33     |

Como se observa la mayor población fue de la capital pero adeleció, personas de la mayoría de departamentos de la República.

d).- Historia de la Enfermedad:

Tiempo: Días de evolución de enfermedad en relación al día de consulta y hospitalización.

Menor de un día y mayor 60 días: promedio 10.1 día.

Infección Respiratoria Superior Previa:

CUADRO No. 4

|    | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|----|------------|----------|
| Si | 13         | 43.3     |
| No | 17         | 56.77    |

El porcentaje mayor corresponde a aquellos pacientes que no tuvieron ningún cuadro de I.R.S. antes del inicio del Síndrome.

Síntomas y Signos Prodrómicos:

CUADRO No. 5

|                          | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|--------------------------|------------|----------|
| IRS                      | 13         | 43.33    |
| Herida Cortocontundente  | 2          | 6.6      |
| Hepatitis                | 2          | 6.6      |
| Antecedentes quirúrgicos | 2          | 6.6      |
| Sarampión                | 1          | 3.3      |
| ECA                      | 1          | 3.3      |
| No Síntomas Prodrómicos  | 9          | 30.3     |
| Total                    | 30         | 100.00   |

Como se observa, I.R.S. es la infección prodrómica más frecuente con el 43.3% del total de casos, similar a estudios de otros países. Casi el 70% presentó antecedentes prodrómicos y los resultados son semejantes a los estudios anteriores efectuados en nuestro medio (8,9).

e).- Síntomas:

CUADRO No. 6

|                       | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|-----------------------|------------|----------|
| Debilidad muscular    | 28         | 93.3     |
| Debilidad bilateral   | 27         | 90       |
| Parestesias           | 20         | 66.6     |
| Cefalea               | 11         | 36.7     |
| Ataxia                | 9          | 30       |
| Fiebre                | 9          | 30       |
| Sensibilidad alterada | 6          | 20       |

Como es característico en los pacientes que padecen de este síndrome, la debilidad muscular es el síntoma más frecuente en nuestro estudio 93.3% lo padeció y de los cuales sólo un paciente no lo refirió bilateral.

f).- Medicamentos recibidos antes del ingreso:

|    | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|----|------------|----------|
| No | 20         | 66.7     |
| Si | 10         | 33.3     |

(Los medicamentos fueron indicados por familiares o automedicación): antibióticos, antiinflamatorios, vitaminas y expectorante, además algunos fueron indicados así:

CUADRO No. 7

| Medicamento           | No. | Medicamento   | No. |
|-----------------------|-----|---------------|-----|
| A.S.A.                | 2   | Penicilina    | 2   |
| Butazolidina          | 1   | Complejo B    | 2   |
| Prednisona y A.S.A.   | 1   | Cotrimoxazole | 1   |
| Expectorante y A.S.A. | 1   |               |     |

## g).- Signos Vitales de Ingreso:

## Presión Arterial:

CUADRO No. 8

| Normal    | Alta     | Baja    |
|-----------|----------|---------|
| 25(83.3%) | 4(13.3%) | 1(3.3%) |

## Frecuencia Respiratoria:

| Normal     | Traquipnea | Apnea    |
|------------|------------|----------|
| 17 (56.7%) | 12 (40%)   | 1 (3.3%) |

## Temperatura:

| Normal     | Fiebre    |
|------------|-----------|
| 23 (76.7%) | 7 (23.3%) |

## Pulso:

| Normal     | Taquicardia |
|------------|-------------|
| 19 (63.3%) | 11 (36.7%)  |

Solamente existió el 13.3% de hipertensión y un caso de

hipotensión. El 36.7% presentó taquicardia debido a actividad simpática o inhibición del parasimpático (34) Taquipnea el 43.3% secundario a compromiso de músculos de la respiración.

## h).- Examen Físico:

CUADRO No. 9

|                                | No. | %    |
|--------------------------------|-----|------|
| Debilidad miembros inferiores  | 28  | 93.3 |
| Debilidad miembros superiores  | 24  | 80   |
| Debilidad músculos de tórax    | 14  | 46.7 |
| Debilidad músculos abdominales | 13  | 43.3 |
| Sensibilidad alterada          | 5   | 16.7 |
| Pares Craneales                | 9   | 30   |
| Reflejos Abolidos              | 26  | 86.7 |

Como se comprueba la debilidad flácida en miembros inferiores es el síntoma más frecuente, seguido de la debilidad de miembros superiores, y ocupando el 46.6% debilidad de músculos de la respiración que hubo necesidad de traqueostomizarlos y darles ventilación asistida.

## Pares Craneales:

CUADRO No. 10

|     | No. |     | No. |
|-----|-----|-----|-----|
| VII | 6   | III | 3   |
| V   | 4   | VI  | 3   |
| IX  | 4   | X   | 3   |
| XII | 4   | XI  | 3   |
| I   | 1   | IV  | 2   |

El par craneal más afectado fue el facial.

Reflejos Abolidos:

CUADRO No. 11

|                                 | No. | %    |
|---------------------------------|-----|------|
| Miembros inferiores             | 16  | 53.3 |
| Miembros inferiores más M. Sup. | 10  | 33.3 |
| Normal                          | 4   | 13.3 |

Como se observa los reflejos de miembros inferiores son los más afectados.

i).- Parálisis:

CUADRO No. 12

|             | No. | %    |
|-------------|-----|------|
| Ascendente  | 22  | 73.3 |
| Descendente | 8   | 26.7 |

Como se demuestra el 26.6% de los casos es parálisis descendente, aumentó su incidencia respecto a otros estudios.

j).- Impresión Clínica de Ingreso:

CUADRO No. 13

| Causa                                                              | No. | %    |
|--------------------------------------------------------------------|-----|------|
| 1.- Síndrome Guillain Barré                                        | 18  | 60   |
| 2.- " " " Recidivante                                              | 3   | 10   |
| 3.- " " " Polineuritis                                             | 2   | 6.67 |
| 4.- " " " y Tétanos                                                | 2   | 6.67 |
| 5.- " " " Masa Intracraneana                                       | 1   | 3.33 |
| 6.- " " " Polio, Bulbar y Encefalitis                              | 1   | 3.33 |
| 7.- " " " Neurofibromatosis y Hepatitis lúpica                     | 1   | 3.33 |
| 8.- Compresión Medular, Esclerosis Múltiple y Mielitis transversa. | 1   | 3.33 |
| 9.- Fiebre Tifoidea                                                | 1   | 3.33 |

Como se observa el 70% de pacientes, desde su ingreso su diagnóstico fue S.G.B. y el 23.3% se pensó y lo confirmó la unidad de neurología y el 6.6% no se pensó y la unidad de neurología lo confirmó.

k).- Problemas Respiratorios:

Inicio síntomas respiratorios en relación al inicio de enfermedad en días:

No presentaron: 8 (26.7%)  
Si presentaron: 22 (73.3%) y así:

CUADRO No. 14

| Días | No. | %    | Días | No. | % |
|------|-----|------|------|-----|---|
| 1    | 7   | 23.3 | 8    | 1   | - |
| 2    | 3   | 10   | 10   | 1   | - |
| 3    | 4   | 13.3 | 12   | 1   | - |
| 4    | 3   | 10   | 33   | 1   | - |
| 5    | 1   | 3.33 |      |     |   |

Todos los pacientes que presentaron dificultades respiratorias, están en las dos primeras semanas de evolución, exceptuando un paciente.

CUADRO No. 15

| Signo                   | No. | %      |
|-------------------------|-----|--------|
| Dificultad respiratoria | 19  | 63.33. |
| Fiebre                  | 19  | 63.33  |
| Secreciones aumentadas  | 15  | 50     |
| Estertores              | 15  | 50     |
| Consolidación           | 7   | 23.33  |
| Sibilancias             | 3   | 10     |

Como se observa la disnea y fiebre fueron los signos más importantes.

## 1).- Complicaciones Pulmonares:

CUADRO No. 16

|                              | No. | %     |
|------------------------------|-----|-------|
| Bronconeumonía               | 13  | 43.33 |
| Neumonía                     | 10  | 33.33 |
| Atelectasia                  | 4   | 13.33 |
| Derrame Pleural              | 2   | 6.67  |
| Neumotórax y neumomediastino | 1   | 3.33  |
| Alcalosis respiratoria       | 7   | 23.33 |
| Acidosis respiratoria        | 6   | 20    |

Si el mayor porcentaje corresponde a Bronconeumonía seguido de Neumonía y todos los pacientes fueron traqueostomizados y con ventilación asistida.

m).- Complicaciones Generales:

CUADRO No. 17

| Enfermedad                   | No. | %     | Días | Menor | Mayor |
|------------------------------|-----|-------|------|-------|-------|
| Bronconeumonía               | 13  | 43.3  | 7    | 2     | 8     |
| Neumonía                     | 10  | 33.3  | 11.2 | 8     | 15    |
| Hipoxia                      | 9   | 30    | 2    |       |       |
| Infección urinaria           | 9   | 30    | 5    | 3     | 7     |
| Alcalosis respiratoria       | 7   | 23.3  |      |       |       |
| Flebitis                     | 7   | 23.3  | 3.1  | 2     | 5     |
| Acidosis respiratoria        | 6   | 20    |      |       |       |
| Atelectasia                  | 4   | 13.3  | 31   | 5     | 57    |
| Infección de traqueostomía   | 8   | 26.67 |      |       |       |
| Retención urinaria           | 3   | 10    | 3    |       |       |
| Hipertensión arterial        | 3   | 10    |      |       |       |
| Infección respiratoria Sup.  | 3   | 10    | 5.5  | 4     | 7     |
| Derrame pleural              | 2   | 6.6   |      |       |       |
| Otitis media derecha         | 2   | 6.6   | 5    |       |       |
| Insuficiencia cardíaca       | 1   | 3.3   | 2    |       |       |
| Escaras                      | 1   | 3.3   | 10   |       |       |
| Neumotórax y neumomediastino | 1   | 3.3   | 15   |       |       |
| Schock séptico               | 1   | 3.3   | 1    |       |       |
| Diabetes stress              | 1   | 3.3   |      |       |       |
| Furunculosis                 | 1   | 3.3   | 3    |       |       |
| No complicaciones            | 7   | 23.3  |      |       |       |

Como se reporta en la gráfica, notamos que las 3 complicaciones más frecuentes son respiratorias (Bronconeumonía, Neumonía e Hipoxia) debido a parálisis de músculos de caja torácica y a infección por contaminación o mala expectoración de flemas.- Otras causas son iatrogénicas como infección urinaria y flebitis,

las demás son debidas a fisiopatología del Síndrome, como hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, escaras, retención urinaria, etc.

n).- Tratamiento:

CUADRO No. 18

|                      | No. | %     | Menor | Mayor | Promedio |
|----------------------|-----|-------|-------|-------|----------|
|                      |     |       |       | Días  | Días     |
| Traqueostomía        | 19  | 63.33 | 1     | 157   | 35.39    |
| Ventilación asistida | 19  | 63.33 | 1     | 157   | 21.32    |
| Gastrostomía         | 11  | 36.67 | 3     | 90    | 26       |

Como se observa en 63.3% de pacientes que se les proporcionó ventilación asistida; todos fueron traqueostomizados y colocados en aparatos de presión positiva, con promedio de 21.3 días y como complicación un paciente presentó Neumotórax y Neumomediastino, además de las infecciones. Todos estos pacientes recibieron fisioterapia pulmonar, durante la afección respiratoria y posteriormente fisioterapia general de acuerdo a la afección neuromuscular de cada paciente en particular, durante todo el período de hospitalización y luego controlados por consulta externa.

# Antibioticoterapia:

## Según resultados Gram Secreción Traqueal:

CUADRO No. 19

| Gérmenes       | No. | %     | Antibióticos                                                                                                                                                                                                 | No.                        |
|----------------|-----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Cocos Gram +   | 3   | 10    | Penicilina Procaína                                                                                                                                                                                          | 3                          |
| Bacilos Gram - | 3   | 10    | Penicilina y Gentamicina<br>Cotrimoxazole<br>Ampicilina                                                                                                                                                      | 1<br>1<br>1                |
| Flora Mixta    | 8   | 26.67 | Penicilina, Cotrimoxazole Gentamicina<br>Penicilina y Cotrimoxazole<br>Penicilina y Sisomicina<br>Penicilina y Gentamicina<br>Penicilina, Sisomicina y Clindamicina<br>Penicilina, Genta, Siso y Tobramicina | 2<br>2<br>1<br>1<br>1<br>1 |
| Gram Normal    | 5   | 16.67 |                                                                                                                                                                                                              |                            |
| No se hizo     | 11  | 36.7  |                                                                                                                                                                                                              |                            |

Como se observa en la gráfica a todos los pacientes que presentaron dificultad respiratoria y fueron traqueostomizados, se les efectuó, Gram de secreción traqueal y a veces cultivos; cuyo resultado el más frecuente fue flora mixta, seguido de bacilos gram - y Cocos Gram +; los cuales fueron tratados con antibióticos de acuerdo a su sensibilidad y sintomatología y signos clínicos encontrados en dicha área; en 5 pacientes el resultado de gram no reportó ningún tipo de microbios y a 11 pacientes no se les efectuó gram por no presentar complicaciones respiratorias.

## ñ).- Mortalidad:

Fallecieron 6 pacientes (20%), cuyo promedio de hospitalización fue de 7.6 días y así:

CUADRO No. 20

| Causa                                    | Días de Hospitalización |
|------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Insuficiencia respiratoria severa     | 1                       |
| 2. Neumonía necrotizante Gram -          | 22                      |
| 3. Bronconeumonía + Insuf. R. severa     | 3                       |
| 4. S.G.B. Recidivante + Insuf. R. severa | 9                       |
| 5. Insuficiencia respiratoria severa     | 2                       |
| 6. Insuficiencia respiratoria severa     | 9                       |

Como se observa la mortalidad fue del 20% del total de pacientes y el 31% de los pacientes que padecieron de complicaciones respiratorias.

Durante su estancia en el Hospital el 100% de pacientes que padeció de complicaciones respiratorias presentó fiebre; con un promedio de 7.5 días. Estertores pulmonares el 50% con un

promedio de 7.2 días y; con Sibilancias el 10% con un promedio de 2 días.

o). - Hospitalización en días: (total 30 pacientes)

CUADRO No. 21

| Promedio | menor                                      | mayor |
|----------|--------------------------------------------|-------|
| 66.24    | 1                                          | 190   |
| 66.8     | En pacientes con complicaciones pulmonares |       |
| 80.      | en pacientes sin complicaciones pulmonares |       |
| 56.5     | en pacientes con complicaciones generales. |       |

Como se reporta, los pacientes con menos días de hospitalización son los que sufrieron complicaciones, debido a que algunos murieron en la fase aguda de la enfermedad; los que no sufrieron complicaciones estuvieron hospitalizados largo tiempo por su tratamiento constante de fisioterapia.

p).- Ayuda Diagnóstica:

1.- Control de Rayos X:

CUADRO No. 22

| <u>Ingreso</u> | <u>Evolución</u>                             | <u>Pulmones Libres</u> | <u>Egreso</u> |
|----------------|----------------------------------------------|------------------------|---------------|
| BNM            | 8 d. Neu. Derrame pleural<br>más Atelectasia | 22 días                | 33 días       |
| Normal         | 2 d. Neumonía                                | 30 "                   | 68            |
| Normal         | 2 d. B.N.M.                                  | 17 "                   | 19            |
| BNM            | 4 d. B.N.M. más D. pleural                   | 33 "                   | 65            |
| Neumonía Izq.  | 6 d. atelectasia                             | 13 "                   | 55            |
| Normal         | 1 d. infiltrado                              | 5 "                    | 168           |
| Normal         | 3 d. atelectasia                             | 70 "                   | 123           |
| Normal         | Normal                                       | Normal                 | 201           |
| Normal         | "                                            | "                      | 8             |
| Normal         | "                                            | "                      | 103           |
| Normal         | 9 d. Neumonía Izq.                           | 30 días                | 41            |
| Normal         | 9 d. Neumotórax                              | 24 "                   | 28            |
| Normal         | 8 d. B.N.M.                                  | 30 "                   | 44            |
| Normal         | Normal                                       | Normal                 | 195           |
| Normal         | Normal                                       | Normal                 | 65            |
| Normal         | "                                            | "                      | 22            |
| Normal         | "                                            | "                      | 44            |
| Normal         | 11 d. B.N.M.                                 |                        |               |
| Normal         | 25 d. Neumonía Izq.                          | 30 días                | 35            |
| Normal         | 9 d. Muerte                                  |                        |               |
| Normal         | 6 d. Neum. Necrotizante Izq.                 | 19 "                   | 22            |
| Normal         | 2 d. B.N.M.                                  | 15 " muerte            |               |
| B.N.M.         |                                              | 12 "                   | 44            |
| Normal         | 2 d. murió                                   |                        |               |
| Normal         | 12 d. Neumonía Necrotiz.                     | 22 " murió             |               |
| B.N.M.         | 9 d. muerte                                  |                        |               |

No hay control radiográfico en cinco pacientes.

Como se observa hubo buen control radiográfico en pacientes que padecieron insuficiencia respiratoria y complicaciones pulmonares.

## 2. Punción Lumbar

Proteínas:

CUADRO No. 23

|                    | <u>No.</u> | <u>%</u>          |
|--------------------|------------|-------------------|
| 5 - 45 mg - 100 ml | 10         | 33.33             |
| 45 - 100 mg - "    | 11         | 36.67             |
| 101 - 200 mg - "   | 7          | 23.33             |
| 201 - 300 mg - "   | 1          | 3.33              |
| No hay datos       | 1          | Murió día ingreso |

Células:

CUADRO No. 24

| <u>P.M.N.</u>           | <u>No.</u> | <u>%</u> | <u>Linfocitos</u> | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|-------------------------|------------|----------|-------------------|------------|----------|
| No. Células             | 19         | 63.33    | No. Células       | 27         | 90       |
| 1 - 5 - mm <sup>3</sup> | 6          | 20       | 1 - 10            | 2          | 6.67     |
| 5 - 10                  | 2          | 6.67     | No datos          | 1          | 3.33     |
| 10 o más                | 2          | 6.67     |                   |            |          |
| No datos                | 1          | 3.33     |                   |            |          |

CUADRO No. 25

|                                   | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|-----------------------------------|------------|----------|
| Disociación (Albumino-citológico) | 16         | 53.33    |
| Proteínas normales                | 10         | 33.33    |
| Proteínas y Células elevadas      | 2          | 6.67     |
| No hay datos                      | 1          | 3.33     |

Todos los cultivos de L.C.R. resultaron estériles para gérmenes y negativos para Ziell Nielsen.

Como se comprueba hay disociación albúmino-citológico - en el 53.3% de los casos y en el 33.33% las proteínas son normales, pero las manifestaciones clínicas de estos pacientes son típicas de un S.G.B.

### 3. Electromiograma:

CUADRO No. 26

|    | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|----|------------|----------|
| No | 22         | 73.3     |
| Si | 8          | 26.67    |

De los que se realizó:

50% lesión de neurona motora inferior con signos de recuperación.

50% lesión de neurona motora inferior sin signos de recuperación.

### 4. Gases Arteriales:

CUADRO No. 27

|              | <u>No.</u> | <u>%</u> |
|--------------|------------|----------|
| Con oxígeno  | 15         | 50       |
| Si n oxígeno | 11         | 36.7     |
| No se hizo   | 4          | 13.3     |

Ph: 7.35 - 7.39: 6 pacientes 7.39-7.45 en adelante: 7 pacientes. No se realizó en 11 pacientes.

### PCO<sub>2</sub>:

CUADRO No. 28

|             | <u>No.</u>             |
|-------------|------------------------|
| Sin Oxígeno | 20 - 35 mm de Hg 11    |
| Con Oxígeno | 20 - 35 mm de Hg 9     |
|             | 35 y más mm de Hg 3    |
|             | menos de 20 mm de Hg 3 |

### PO<sub>2</sub>:

CUADRO No. 29

|             | <u>No.</u>             | <u>No.</u>         |
|-------------|------------------------|--------------------|
| Sin Oxígeno | menos de 60 mm de Hg 4 | de 60-100 igual 7  |
| Con Oxígeno | menos de 60 mm de Hg 3 | de 60-1000 igual 7 |
|             |                        | 100 o más igual 5. |

Como se observa, en esta gráfica sólo aparece un resultado de gases arteriales, pero en el control del paciente a la mayoría, durante la crisis aguda respiratoria se les controlaba diariamente.

Se observa que el 50% de gases arteriales se efectuó cuando el paciente estaba con oxígeno y demuestra que 12 pacientes (80%) la  $PCO_2$  es menor de 35 mm de Hg, y, que 3 pacientes (20%) presentaban hipoxia. De los pacientes sin oxígeno el 36.7% se observa que están en alcalosis y todos los  $PCO_2$  es inferior a 35 mm de Hg y 4 (36%) están en hipoxia.

## 5. Hematología:

### CUADRO No. 30

Glóbulos Blancos:

de 5000 a 10000  $mm^3$ : 27 (90%) De 10000 a 20000  $mm^3$ : 3 (10%)

Fórmula Leucocitaria:

P.M.N.: 50-75%: 9 Pac. (30%) 75-90%: 21 Pac. (70%)

Linfocitos:

15 - 40%: 30 Pac (100%)

Velocidad de Sedimentación:

Menor 1 y Mayor 55 en una hora

|         |         |         |          |
|---------|---------|---------|----------|
| 1 - 20  | 21 - 40 | 41 - 60 | No datos |
| 13 Pac. | 8 Pac.  | 6 Pac.  | 3 Pac.   |

Como se observa hay leucocitosis en el 10% de los pacientes y no a expensas de los linfocitos; y en el 46% de los casos la velocidad de sedimentación está elevada.

| 6. Glicemia:  | CUADRO No. 31 |     | %    |
|---------------|---------------|-----|------|
|               | No.           | No. |      |
| Normal        | 20            | 7   | 66.7 |
| Hiperglicemia | 3             | 3   | 23.3 |
| No datos      |               |     | 10   |

| 7. Química Sanguínea | CUADRO No. 32 |     | %    |
|----------------------|---------------|-----|------|
|                      | No.           | No. |      |
| Normal:              | No.           | No. | %    |
| Nitrógeno de Urea    | 26            | 2   | 6.7  |
| Creatina             | 18            | 1   | 3.3  |
|                      |               |     | 36.7 |

| 8. Orina:  | CUADRO No. 33   |                             | %        |
|------------|-----------------|-----------------------------|----------|
|            | No.             | No.                         |          |
| Normal     | G.B. Abundantes | Bacterias y G.B. Abundantes | No datos |
| 19 (63.2%) | 4 (13.2%)       | 5 (16.7%)                   | 2 (6.7%) |

Como se observa hay patología urinaria en el 30% de los casos.

# 9. Cultivos

CUADRO No. 34

Cultivo de secreción de traqueostomía: 8 (42%)

Negativo: 4 (50%)

Positivo: 4 (50%)

y así:

1. Stafilococo Epidermides y Proteus Mirabilis.
2. Stafilococo Epidermides y Acetnobacter herrella.
3. Stafilococo Epidermides Pseudomona A. y Enterobacter.
4. Acetnobacter.

Cultivo de Punción Transtraquial:

1. Stafilococo Epidermides y Pseudomona A.

Cultivo de Orina:

Negativo: 5 (55.6%)

Positivo: 4 (44.4%)

y así:

E. Coli: 2 pacientes;

Enterobacter: 1 paciente;

Proteus M.: 1 Pac.

Cultivo de Escara:

1. Acetnobacter y Klebsiella N.: 1 paciente

Como se observa de los 8 cultivos de secreción de traqueos tomía, el 50% se encontraron gérmenes predominando Stafilococo Epidermides y Gram respecto a los urocultivos E. Coli fue el más frecuente.

# q).- Diagnóstico Final:

CUADRO No. 35

| Enfermedad                                      | No. | %     |
|-------------------------------------------------|-----|-------|
| 1.- Síndrome Guillain Barré                     | 21  | 70.00 |
| 2.- Síndrome Guillain Barré recidivante         | 3   | 10.00 |
| 3.- S.G.B. Neurofibromatosis de Van R. Hausen   | 1   | 3.33  |
| 4.- S.G.B. Papilomatosis anal                   | 1   | 3.33  |
| 5.- S.G.B. Bronconeumonía bilateral             | 1   | 3.33  |
| 6.- S.G.B. Neumonía necrotizante                | 1   | 3.33  |
| 7.- S.G.B. Hipertensión arterial y diabetes     | 1   | 3.33  |
| 8.- S.G.B. Atelectasia y escoliosis dorsolumbar | 1   | 3.33  |

El 100% de egresos. si diagnostico fue S.G.B. pero en un 30% se acompañó de otra enfermedad concomitante.

## VI. CONCLUSIONES

- 1.- Como lo demuestra el trabajo, es alta la incidencia de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos del Hospital Roosevelt.
- 2.- La anterior conclusión, se debe a que es un centro de referencia para prestar asistencia ventilatoria a pacientes.
- 3.- La edad más frecuente fue de 10 a 20 años, debido a que este estudio se efectuó en adultos.
- 4.- El sexo masculino es el más afectado.
- 5.- Como lo demuestra la literatura, el desarrollo ascendente de debilidad muscular es la presentación frecuente.
- 6.- Trastornos en la frecuencia cardíaca (taquicardia) y presión arterial (hipertensión) fueron observados en 36.7% y 16.6%, respectivamente, que se asumió a trastornos simpáticos.
- 7.- En el 73% de pacientes, hubo manifestaciones clínicas de insuficiencia respiratoria.
- 8.- El 53.3% de los mismos, requirieron traqueostomía y ventilación asistida.
- 9.- Infección respiratoria inferior (Bronconeumonía y Neumonía), se presentó en 13 y 10 pacientes respectivamente. La mayoría fue causada por gérmenes gram-negativos y flora mixta.

- 10.- Por las tres últimas conclusiones, la primera hipótesis de este trabajo es negativa: ya que literalmente dice: "Paciente con Síndrome de Landry Guillain Barré Strohl no presenten complicaciones pulmonares".
- 11.- El 43.3% de pacientes presentó infección respiratoria superior previa al inicio de la enfermedad, por lo anterior la segunda hipótesis es negativa: ya que literalmente dice: "Paciente con Síndrome de Guillain Barré Strohl no presenten antecedentes de I.R.S.".
- 12.- Además del 43.3% de pacientes que presentaron I.R.S., el 26.4% de los restantes presentaron antecedentes prodrómicos diferentes a I.R.S.
- 13.- No todos los pacientes que reportaron I.R.S. antes del inicio de la enfermedad, presentaron complicaciones pulmonares.
- 14.- Las complicaciones pulmonares se presentaron en las dos primeras semanas de la enfermedad, con excepción de un paciente, lo que va de acuerdo a lo reportado en la literatura.
- 15.- Seis pacientes (20%), falleció por causas de insuficiencia respiratoria y/o complicaciones pulmonares. La mortalidad es alta, pero la muestra analizada fue de complicaciones severas con insuficiencia respiratoria, ya que esta unidad es centro de referencia y muchos de ellos fueron referidos para ventilación asistida.
- 16.- Seis pacientes (20%), presentaron enfermedad concomitante, tal como hipertensión arterial, diabetes mellities, etc. que se comprobó durante su estancia en el Hospital.

## VII. RECOMENDACIONES

- 1.- Se debe hacer énfasis en reconocer el Síndrome de dificultad respiratoria en pacientes con enfermedad mencionada para que puedan iniciar el tratamiento adecuado o bien el referido a centros que provean las posibilidades de equipo.
- 2.- En el seguimiento de que padecen este síndrome, las Unidades de Neurología, Neumología, Infecciosas y Medicina Física y Rehabilitación, debieran unirse y trabajar en conjunto.
- 3.- Todo paciente que presenta este síndrome, brindarle vigilancia estricta, para evitar complicaciones, en especial respiratorias y si las presenta tratarlas.
- 4.- Lograr cumplir con todos los objetivos de este estudio.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Allen T.H. y Steven I. Prolonged endotracheal intubation in infants and children. Br J. Anaesth 44: 835-1972.
- 2- Alvarez G. Revista Médica de Chile. PP 615-620. sept. 1975.
- 3- Boletín Médico, Hospital Infantil México. pp 665-672, julio-agosto 1978.
- 4- Calderón, M.A., Síndrome de Guillain Barré. Incidencia, tratamiento en el Hospital General "San Juan de Dios" durante los años 1973-1976. Tesis de Graduación. Médico Cirujano Julio 1979.
- 5- Cecil Loeb. Tratado Medicina Interna. Editorial Interamericana, Decimocuarta Edición. pp 924 y 1814, 1977.
- 6- Comdr F. Bruder Stapleton y col. Hypertension associated with the Guillain Barre syndrome Chil Pediatrics. vol 62 # 4 Oct. pp 588-89, 1, 1978.
- 7- Cruz Recinos, M. Estudio de 56 casos de Síndrome de Guillain Barré en nuestro medio. Tesis de Graduación. Médico Cirujano Noviembre 1979.
- 8- De León Prera, H.R. Síndrome Guillain Barré. Revisión de 51 casos en la Clínica de Poliomiélitis de 1,974 a 1,978. Tesis de Graduación. Médico Cirujano Abril 1, 1979.
- 9- Farreras y Rozman: Medicina Interna, Octava Edición. Editorial Marin S.A. España. pp 136 a 137. 1, 1975.

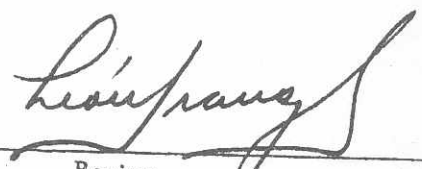
- 10- Geral, Peters: Neuropatología Clínica. Traducción al Español, Navarro Crevos, Ediciones Toray S.A. Barcelona España. Primera edición pp 127-136. 1,974.
- 11- Goodall J.A.D., Geedes A., Efecto of Corticosteroides on Course of Guillain Barre Syndrome. The Lancet Marh 30, 1974 pp 524.
- 12- González Napoleón y col. Síndrome de Landry Guillain Barré Strohl. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 35 # 2 Marzo-abril 1,978 pp 236.
- 13- Guyton C. Arthur. Tratado de Fisiología Médica, Editorial Interamericana. Cuarta edición. pp 488-540. 1,971.
- 14- Harrison. Medicina Interna, Tomo 2. La Prensa Médica Mexicana, pp 1900-1902.
- 15- Hernández, H. Manual de Anatomía Humana. Aparato Cardiorespiratorio. Colección de unidades Integradas, Fac. CC.M., U.S.A.C. pp 138-146. 1,976.
- 16- Kennedy Robert y col. Guillain Barre Syndrome. A 42 years epidemiologic and clinical stud. Clinica Mayo. feb 1978, vol. 53 pp 94.
- 17- Kurer J., Goldman A. M.D. Prolonged nasotracheal intubation. Int Anesthesiol Clin. 12: 241. 1,974.
- 18- Linningstone, I.R. Hiperkalemia Paralysis resembling. Guillain Barre Syndrome. (Letter). Lancet 1,979 nov. 3:2 (8149) 963-4.

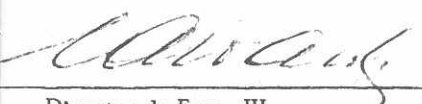
- 19- López J, Pérez F. y Capurros. Polineuritis aguda infecciosa (S.G.B.) Revisión de nuestra casuística. Revista Clínica Española. Tomo 143 # 3 1,977 pp 265-68.
- 20- Meneghello. Pediatría, Editorial Interamericana. Segunda Edición Tomo 2. pp 1331-33, 1,978.
- 21- Michael I, Weintraub, M.D. Hipofosfatemia Mimicking acute Guillain Barre Strohl Syndrome. Jama, march 8 1976. vol. 233 # 16.
- 22- Nelson Vaughany Mckay: Tratado de Pediatría, Tomo 1, Editorial Salvat, p. 670.
- 23- Newsum, J.K., Smith M.D. y Dean C.M.D. Intubation for acute Respiratory failure. In Guillain Barre Syndrome. Jama oct. 1979. Vol 242 # 15 pp 1650-51.
- 24- Osler L.D., M.D. y col. The Guillain Barre Syndrome: The need for exact Diagnostic Criterio. The New England Journal of Medicine mayo 1,960.
- 25- Passmore y Robson, Tratado de Enseñanza Integrada de la Medicina, Editorial Científica Médica, Barcelona España 1976. pp 34-35.
- 26- Raman P, Taeir G.M. Journal of Neurology. Neurosurgery and Psichiatry. p 163 Sept. 1976.
- 27- Richard B, M.D. and Andrea M.D., Guillain Barre Syndrome Following Trivalent Influenza Vaccune in an Elderly Patient: M.S. Journal Med. vol. 47 March-april 1980 p. 190.

- 28- Robbins. Tratado de Patología; Traducción al Español, Vela, Homero Tercera edición, nueva editorial interamericana, México 1968. p 1274.
- 29- Sodeman W, Sodeman W Jr. Fisiopatología Clínica, Editorial Interamericana, Quinta Edición, pp 355-371. 1,974.
- 30- Stuart, J.M., Stool E. Mechanical Ventilation: Weaning and complications. Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine August- 1,980, pp 264-65.
- 31- Timmis H.H. Tracheostomy an over view of Implications - Managments and Morbidity adv. Surg 7: p 199-233, 1,973.
- 32- Verhoog-Bloembergen M.P; Long Term Asotracheal Intubation, Int Anesthesiol Clin 12: 241, 1974.
- 33- Washington University School of Medicine. Pulmonary Disease p. 162, 1,977.
- 34- Weintraub, M.D. Parautonomic Disfunction and Guillain Barre Syndrome. (Letters) Jama, May 16, 1980 - Vol 243 # 19 p. 1895.
- 35- Cash J.E. Manual de Fisioterapia, Editorial Jims, México D.F. 1976 pp. 177-185.

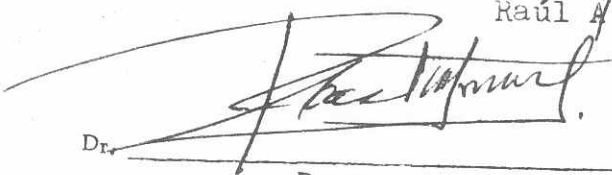
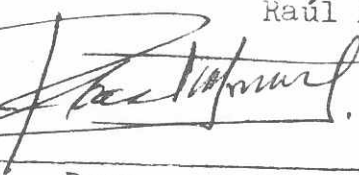
Br.   
José Viviani Portillo R.

  
Asesor.  
Jesús Orlando Molina G

Dr.   
Revisor.  
León Arango Portillo.

  
Director de Fase III  
Carlos A. Waldheim C.

Dr.   
Secretario  
Raúl A. Castillo R.

o.   
Dr.   
Decano.  
Rolando Castillo Montalvo