

Perfil Epidemiológico del Síndrome de Guillain Barre en el Hospital General Atlacomulco

Gómez Muñoz Celedonio.

Epidemiología y Medicina Preventiva.

Introducción

El síndrome de Guillain-Barre (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda que se caracteriza por una paresia rápidamente progresiva, simétrica y arreflexica, precedida en dos tercios de los casos por una infección respiratoria o gastrointestinal. Es la principal causa de parálisis flácida en el mundo y afecta a todos los grupos etarios.

La tasa de incidencia es de 0,89-1,89/100.000 personas por año, y la de mortalidad se aproxima a las 0,16/100.000 personas por año. Los estudios epidemiológicos han sugerido la existencia de variaciones estacionales y geográficas en la incidencia del síndrome sin poder establecer patrones consistentes en todas las poblaciones (Chroni E, 2004).

En México, son pocos los estudios epidemiológicos sobre el SGB, por lo que desconocemos en gran medida las particularidades de la población mexicana. Es necesario, por lo tanto, explorar el contexto epidemiológico del SGB en América Latina para poder estimar la carga sanitaria que representa para el sistema de salud. Las y los pacientes que presentan este síndrome tienen un 20% de probabilidad de presentar secuelas neurológicas y la mortalidad puede alcanzar un 5 % (Van Doorn PA, 2008).

Se han descrito distintas variantes del SGB de acuerdo a sus características clínicas y neurofisiológicas, dentro de ellas: la polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante (AIDP, por sus siglas en inglés), la neuropatía axonal motora aguda (AMAN, por sus siglas en inglés), la neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN por sus siglas en inglés) y el síndrome de Miller-Fischer (MFS, por sus siglas en inglés) (Yuki N, 2012).

El síndrome de Guillain-Barré constituye la primera causa de parálisis flácida aguda en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención en México. La concepción actual de este grupo de neuropatías autoinmunitarias de evolución aguda con secuelas crónicas ha obligado a revisar los mecanismos fisiopatogénicos básicos, epidemiológicos, inmunológicos y clínicos debido al gran espectro clínico que presentan, por lo que los criterios actuales de diagnóstico deben estar sustentados en los ámbitos mencionados; lo que obliga a médicos y médicas a clasificar adecuadamente la enfermedad, que puede repercutir a largo plazo en la funcionalidad global de la y el paciente y permite discriminar adecuadamente el efecto de "traslape" con

otras causas de neuropatía sobre agregadas o diferenciales. Por tanto, es menester de nuestro trabajo mostrar el panorama epidemiológico del Síndrome de Guillain Barré en nuestra unidad hospitalaria, ya que no se cuenta con información acerca de esta patología; estos hallazgos nos permitirán identificar las características del SGB en nuestra población, puesto que la mayoría de estudios epidemiológicos han sido realizados en Norteamérica y Europa, existiendo muy pocos reportes en Latinoamérica, pero que permiten observar que los subtipos del SGB varían considerablemente en los continentes.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Para obtener la información se revisaron las historias clínicas de las y los pacientes con diagnóstico de SGB (niños y adultos), estudios electrofisiológicos, estudios de laboratorio, estudios de líquido cefalorraquídeo. Se incluyeron a las y los pacientes que cumplieran los criterios diagnósticos de SGB, durante el período comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2019, atendidos/as en el Hospital General Atlacomulco, ubicado en el Municipio de Atlacomulco, al noroeste del Estado de México. Éste es un hospital de concentración y ancla de los centros de salud así como hospitales aledaños.

Fueron incluidos/as 8 historias clínicas de pacientes con SGB, se extrajeron datos sociodemográficos, presentación clínica, estudios de laboratorio y gabinete, de tipo líquido cefalorraquídeo, resultados de electromiografía y tomografía simple. Se realizó una base de datos en el programa SPSS STATISTICS versión 24, estipulando análisis estadísticos de frecuencia, descriptivos y tablas cruzadas para pruebas de Chi cuadrada en análisis de riesgos.

RESULTADOS

De los 8 casos revisados, 5 (62.5%) fueron del sexo masculino y 3 (37.5%) femeninas. El promedio de edad de las y los pacientes fue de 34,5 años. Con respecto al grupo etario 2 pacientes (25%) tuvieron menos de 15 años, 2 pacientes (25%) se ubicaron de 15 a 30 años, de 31 a 45 años fueron 2 pacientes (25%), 2 pacientes (25%) tuvieron más de 45 años. (Gráfico 1.). El mínimo de edad fue una paciente de 9 años y el de mayor edad fue de 64 años.





En lo que respecta a la presentación estacional, encontramos que 4 casos (50%) se presentaron durante el invierno, 4 casos (50%) durante el verano. En cuanto a los pródromos 4 pacientes (50%) presentaron síntomas respiratorios, 2 pacientes (25%) síntomas digestivos, 1 paciente (12.5%) fiebre y 1 paciente (12.5%) no presentó ningún pródromo.

Por otra parte, el cuadro clínico, 4 pacientes (50%) presentaron como síntoma inicial la disminución de la fuerza muscular de miembros superiores, 3 pacientes (37.5%) presentaron parestesias de extremidades torácicas, 5 pacientes (62.5%) comenzaron con disminución de la fuerza muscular de miembros pélvicos y 3 pacientes (37.5%) debutaron con incapacidad a la deambulación; en 6 pacientes (75%) la progresión fue ascendente y 2 pacientes (25%) se presentó de manera descendente. Con respecto a la parálisis simétrica se presentó en 6 pacientes (75%) y de manera asimétrica en 2 pacientes (25%). 5 pacientes (62.5%) no requirieron de apoyo ventilatorio, contrastando con 3 pacientes (37.5%) que requirieron de ventilación mecánica, 2 pacientes (25%) ingresaron a la terapia intensiva.

El estudio de Electromiografía y Líquido Cefaloraquídeo se realizó en 6 pacientes (75%), entre el tercer y quinto día, de los cuales el 100% presentó disociación albúmino citológica.

Los hallazgos de la electromiografía se realizaron en 5 pacientes, conforme a lo estipulado en los subtipos clínicos del SGB, 3 pacientes (37.5%) presentaron la variante Neuropatía Axonal Motora Aguda (AMAN, por sus siglas en inglés), 2 pacientes (25%) presentaron la variante de Polirradiculopatía Inflamatoria Aguda Desmilitinante (AIDP, por sus siglas en inglés) y 1 paciente presentó el síndrome de Miller-Fischer. En 3 pacientes no se pudo determinar el subtipo clínico por la carencia económica para el costeo del estudio electromiográfico.

En las y los pacientes que no se les realizaron los estudios de electromiografía, fue por el nivel socioeconómico muy bajo para costear el procedimiento según figura en el estudio socioeconómico del expediente clínico. 7 pacientes (87.5%) tienen menos de 5 salarios mínimos como ingreso mensual familiar, y solo 1 paciente tiene más de 5 salarios mínimos como ingreso mensual familiar. En lo que respecta al servicios públicos, 4 pacientes (50%) cuentan con agua, luz y drenaje, contrastando esto, 2 pacientes (25%) sólo cuentan con agua y luz, y 3 pacientes (37.5%) no cuentan con drenaje como servicio público.

En cuanto al tratamiento indicado, 5 pacientes (62.5%) recibieron tratamiento con inmunoglobulina humana. Cabe señalar, que la inmunoglobulina humana no se encuentra dentro del cuadro básico de medicamentos con los que cuenta como cartera el hospital, por lo que el costeo del insumo corre a cargo del gasto de bolsillo de las y los pacientes.

Se realizaron tablas cruzadas encontrando que existe significancia estadística ($p=0,172$) con respecto a la ocupación del paciente y el tipo de presentación de variante clínica del Síndrome de Guillain Barré (Tabla 1). En nuestro estudio encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0,329$) con la presentación de variante clínica respecto a la estación del año (Tabla 2). Puntualizamos que existe una fuerte asociación estadística entre la carencia de servicios públicos ($p=0,659$) con la presentación de variantes del Síndrome de Guillain Barré (Tabla 3).

Finalmente se reportó que 1 paciente falleció debido a complicaciones de tipo respiratoria lo cual representa una tasa de mortalidad de 12.5%. 4 pacientes (50%) se tuvieron que trasladar a una unidad de tercer nivel, y 3 pacientes (37.5%) egresaron a su domicilio por mejoría.

Gráfico 1. Distribución por edad de pacientes.

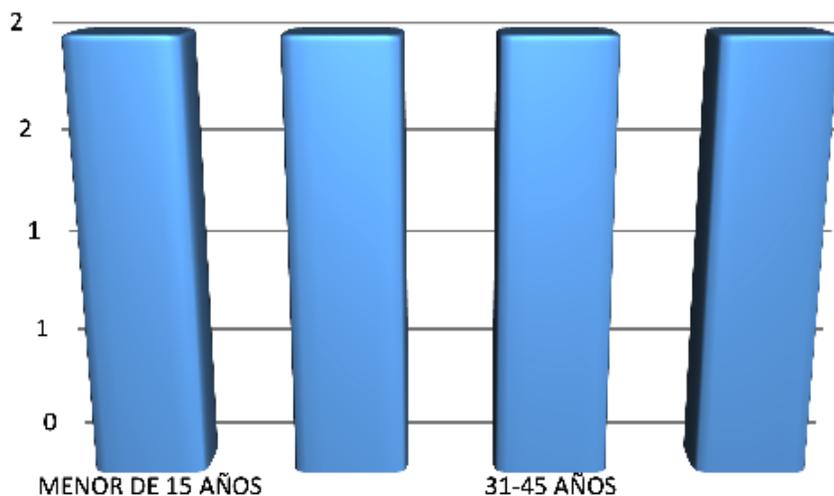




Tabla 1. Tabla cruzada. Chi cuadrada asociación entre la ocupación del paciente y la clasificación electromiográfica.

OCUPACION*CLASIFICACION ELECTROMIOGRAFIA tabulación cruzada

			CLASIFICACION ELECTROMIOGRAFIA		Total
			AMAN	AIDP	
OCUPACION	HOGAR	Recuento	1	0	1
		% dentro de OCUPACION	100,0%	0,0%	100,0%
		Residuo corregido	,8	-,8	
	ESTUDIANTE	Recuento	0	1	1
		% dentro de OCUPACION	0,0%	100,0%	100,0%
		Residuo corregido	-1,4	1,4	
	FERRERO	Recuento	0	1	1
		% dentro de OCUPACION	0,0%	100,0%	100,0%
		Residuo corregido	-1,4	1,4	
	ALBAÑIL	Recuento	2	0	2
		% dentro de OCUPACION	100,0%	0,0%	100,0%
		Residuo corregido	1,5	-1,5	
Total		Recuento	3	2	5
		% dentro de OCUPACION	60,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,000 ^a	3	,172
Razón de verosimilitud	6,730	3	,081
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930
N de casos válidos	5		

a. 8 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.





Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	1,000	,172
	V de Cramer	1,000	,172
N de casos válidos		5	

Tabla 2. Tabla cruzada. Asociación de estaciones del año con la clasificación electromiográfica.

MES DEL AÑO*CLASIFICACION ELECTROMIOGRAFIA tabulación cruzada

			CLASIFICACION ELECTROMIOGRAFIA		Total
			AMAN	AJDP	
MES DEL AÑO	FEBRERO	Recuento	2	1	3
		% dentro de MES DEL AÑO	66,7%	33,3%	100,0%
		Res. cu. corr. cc	,4	,4	
MES DEL AÑO	AGOSTO	Recuento	0	1	1
		% dentro de MES DEL AÑO	0,0%	100,0%	100,0%
		Res. cu. corr. cc	,4	1,4	
MES DEL AÑO	SEPTIEMBRE	Recuento	1	0	1
		% dentro de MES DEL AÑO	100,0%	0,0%	100,0%
		Res. cu. corr. cc	,9	,9	
Total		Recuento	3	2	5
		% dentro de MES DEL AÑO	60,0%	40,0%	100,0%
		Res. cu. corr. cc			

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,222 ^a	2	,329
Razón de verosimilitud	2,911	2	,233
Asociación lineal por lineal	,042	1	,838
N de casos válidos	5		

a. 6 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.





Tabla 3. Tabla cruzada. Asociación de los servicios públicos con la variante clínica de SGB.

SERVICIOS PUBLICOS*CLASIFICACION ELECTROMIOGRAFIA tabulación cruzada

			CLASIFICACION ELECTROMIOGRAFIA		Total	
			AMAN	ADP		
SERVICIOS PUBLICOS	AGUA Y LUZ	Recuento	1	1	2	
	DEFINAF	% dentro de SERVICIOS PUBLICOS	50,0%	50,0%	100,0%	
		Residuo corregido	-,4	,4		
		AGUA Y LUZ	Recuento	1	1	2
		% dentro de SERVICIOS PUBLICOS	50,0%	50,0%	100,0%	
	Residuo corregido	-,4	,4			
NINGUNO	Recuento	1	0	1		
	% dentro de SERVICIOS PUBLICOS	100,0%	0,0%	100,0%		
	Residuo corregido	,3	-,3			
	Total	Recuento	3	2	5	
	% dentro de SERVICIOS PUBLICOS	60,0%	40,0%	100,0%		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,833 ^a	2	,659
Razón de verosimilitud	1,185	2	,553
Asociación lineal por lineal	,556	1	,456
N de casos válidos	5		

a. 6 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.





Discusión

Para el Hospital General de Atlacomulco es el primer reporte del perfil epidemiológico, características clínicas, estudios de laboratorio y gabinete de pacientes con Síndrome de Guillain Barré al noroeste del Estado de México. En nuestro estudio encontramos mayor incidencia en hombres (62.5%), dato similar a lo registrado en la literatura, confirmando que el SGB es de las pocas patologías inmunológicas con mayor prevalencia en varones, teniendo mayor presencia en la población adulta.

Encontramos en nuestro estudio que el 75% de las y los pacientes tiene como prodromos alguna infección respiratoria o digestiva desencadenante. El 50% de los casos se presenta durante la temporada de invierno y el otro 50% de los casos se presentó durante el verano. Estos hallazgos en cuanto a la diferencia estadística con otras series por prevalencia de temporalidad, son motivo de investigación, ya que un patógeno como es *Campylobacter Jejuni* puede estar asociado a la presentación durante el verano.

En nuestra serie la variante Neuropatía Axonal Motora Aguda se presentó en el 37.5% de los casos, dato similar a los reportes realizados en unidades de tercer nivel de nuestro país, sin embargo llama la atención que el 25% tuvo la variante Polirradiculopatía Inflamatoria Aguda Desmilitinante, esto podría deberse a determinantes sociales en salud y variantes étnicas entre la población atendida. Otra razón podría deberse a que el Hospital General Atlacomulco es un hospital referencial donde se atiende a pacientes del noroeste del Estado de México, región catalogada como marginal y alta marginalidad, con una vulnerabilidad tanto social, política y económica al ser una zona Mazahua y Otomí, éstas variantes pudieran estar relacionadas con el hecho de que el 37.5% de las y los pacientes no cuentan con drenaje, así mismo las condiciones económicas de pobreza y marginación se ven reflejados en el estudio, lo cual constituye un motivo para realizar mayor investigación y estudios comparativos entre las distintas áreas geográficas del Estado de México y también del país.

La literatura describe que las características clínicas predominantes son la parálisis flácida hiporeflexica que puede comprometer los músculos respiratorios, al igual que lo reportado en nuestro estudio, por otra parte cabe señalar que el 37.5% de las y los pacientes requirieron de apoyo mecánico ventilatorio, cifra por encima de lo reportado en otras series, posiblemente esto se deba a que no todos nuestros pacientes tuvieron la posibilidad económica de acceder al tratamiento con inmunoglobulina humana. Contraste a lo anterior, la mortalidad fue de un 12.5%, cifra superior a lo descrito en otras series.

Conclusiones

Se presenta el primer estudio retrospectivo en pacientes con SGB en un hospital al noroeste del Estado de México, muestra la mayor prevalencia de la neuropatía axonal, que tiene mayor presencia en invierno y verano; teniendo una tasa elevada de mortalidad así como necesidad superior de ventilación mecánica en las y los pacientes, con diferencias significativas con lo reportado en otras series, por lo que recomendamos realizar estudios prospectivos con más amplitud y mayor metodología para obtener conclusiones de mayor relevancia.

Referencias bibliográficas

- Chroni E, P. S. (2004). Guillain-Barré syndrome in Greece: seasonality and other clinico-epidemiological features. *Eur J Neurol* , 11: 383-8.
- Van Doorn PA, R. L. (2008). Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol* . , 7: 939-50.
- Yuki N, H. H. (2012). Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med* , 366:2294-304.
- Domínguez-Moreno R, T.-T. P.-T. (2014). Mortalidad asociada al diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré en adultos ingresados en instituciones del sistema sanitario mexicano. *Revista de Neurología* , 58(1):4-10.
- R, C. (2012). *History of British Neurology*. Imperial College Press .
- R, C. (2012). *History of British Neurology*. Imperial College Press .

