



Figura 3. Potencial de acción motor del nervio peroneo izquierdo y tibial izquierdo en paciente femenina, de 13 años, con SGB a la 5ª y 25ª semana. Casos de Síndrome Guillain-Barré, Junio 2012 – Septiembre 2013, Tegucigalpa, n= 12.

DISCUSIÓN

En este grupo de 12 casos, predominó la forma axonal de SGB siendo la variedad AMAN ligeramente superior que la ASMAN en proporción 1.25:1, sin mostrar diferencia en la funcionalidad. En dos estudios nacionales de SGB en niños en el 2006, de 12 y 25 casos, se reportó la variedad AMAN y AIDP respectivamente como la más frecuente.^{11,12} Mundialmente la variante más frecuente del SGB es AIDP. Las formas axonales pueden cursar con daño motor puro o con daño sensitivo. Se ha visto la variedad AMAN con importante prevalencia en las áreas rurales de China, Japón, México¹³ y América del Sur, asociada a infección gastrointestinal por *C. jejuni*. Por otro lado, el tipo AM-SAN se considera mucho menos frecuente que el AMAN y predominantemente en adultos con mayor compromiso clínico.^{14,15}

Se han descrito series de casos en que durante el seguimiento aumentó la proporción de casos en el patrón electrofisiológico de daño nervioso respecto al estudio inicial. Considerando que en etapas tempranas algunos casos de formas axonales pueden mostrar un patrón desmielinizante, para realizar una adecuada clasificación neurofisiológica se requieren al menos dos estudios de neuroconducción.¹⁶⁻¹⁸ Shahrizaila y cols. Encontraron que los pacientes con SGB tuvieron buena recuperación y caminaron al menos con una ayuda a los 6 meses; apuntan además que el patrón de recuperación del SGB es muy heterogéneo y que se requieren estudios poblacionales para identificar factores asociados al huésped, puesto que no observaron relación con el patrón de daño nervioso.¹⁸ Un estudio mexicano encontró una buena recuperación funcional tanto para las formas axonales como para AIDP.¹³ En nuestro estudio, no se encontró cambios en el patrón electrofisiológico al seguimiento; sin embargo, si se observó un caso correspondiente a la variedad AIDP que mostró una severa progresión del daño en los potenciales de acción nerviosa (Fig. 1). Kokubun y cols

realizaron una serie de casos caracterizando el patrón del daño nervioso en el SGB asociado a *C. jejuni*, encontrando que dicha infección no se asocia de forma exclusiva a las formas axonales. Los casos desmielinizantes asociados a *C. jejuni* durante el seguimiento mostraron una mejoría en las latencias distales o datos de bloqueo de conducción en las primeras tres semanas a pesar del deterioro clínico. En ninguno de estos casos el daño nervioso progresó durante la fase de recuperación clínica. Por otra parte, los casos de AIDP no asociado a *C. jejuni* mostraron un daño progresivo en las latencias y velocidades entre 3 y 6 semanas.¹⁹ Estos autores describen un caso con enlentecimiento progresivo del potencial de acción motor 3 meses después del inicio del cuadro, y nervios sensitivos inexcitables al día 39 que reemergen el día 215 (30 semanas), mencionando además que la afectación nerviosa en todos los pacientes se mantenía a pesar de la mejoría en el curso clínico.¹⁹ En nuestro estudio, los nervios más afectados fueron el peroneo motor, mediano motor y sural, éste último con mejor grado de recuperación que los otros dos. Estos hallazgos coinciden con los de un estudio en la India que realizó una caracterización electrofisiológica temprana de los casos de SGB de 2010-2012.²⁰

Se ha descrito al sexo masculino como el más afectado,²¹ similar a lo informado por dos estudios realizados en Hospital Materno Infantil en 2006.^{11,12} En nuestro estudio, el sexo femenino fue el más frecuente. En Honduras, el SGB ha demostrado una tendencia a ser más frecuente en niños pequeños de 1-5 años, lo cual concuerda con nuestros hallazgos.^{2,12} En estudios previos se ha reportado que las infecciones de tracto respiratorio y gastrointestinal preceden a la parálisis hasta en un 70%, similar al antecedente de 67% (8) de los casos identificados en nuestro estudio. Rodríguez y col.¹² registraron un ligero predominio de pacientes procedentes del área rural y describen las infecciones de vías respiratorias como el antecedente más frecuente, ambos hallazgos similares en este grupo de pacientes.

Adicionalmente, en la presente investigación se observó una buena recuperación funcional, habiendo encontrado inicialmente 92% (11) de los casos con discapacidad global completa o severa y en el seguimiento 59% (7) sin discapacidad, 33% (4) discapacidad leve y 8% (1) con discapacidad moderada. Las limitaciones para andar fue la discapacidad más frecuente tanto al inicio como al seguimiento. Nuestros hallazgos coinciden con otros autores; Caballero y col. en Hospital Materno Infantil describen una buena recuperación, evolucionando desde la discapacidad total a leve disminución de la fuerza global.¹¹ Un estudio español investigó la presentación clínica y la evolución del SGB en menores de 6 años, encontrando dificultad para la marcha, para la movilización de miembros superiores o para la sujeción de objetos como las discapacidades iniciales más frecuentes, prevaleciendo al seguimiento la dificultad moderada para la marcha.²³

En nuestro estudio las complicaciones más frecuentes fueron las disautonomías (hipertensión arterial) y en segundo lugar las complicaciones respiratorias asociadas al uso de ventilador mecánico, contrario a lo encontrado por otros autores nacionales.^{11,12} Esto podría deberse a que solo dos de nuestros pacientes requirieron apoyo de ventilación mecánica, y que al ser