

Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRE: ACTUALIZACIÓN

**REHABILITATION IN PATIENTS WITH GUILLAIN-BARRÉ
SYNDROME: UPDATE**

Adriana Gabriela Alvarez
Universidad de Caldas

Juan Carlos Mosquera Castro
Universidad Cooperativa de Colombia

Juliana Zapateiro Argel
Universidad del Sinú

Reginaldo Medrano Diaz
Universidad del Sinú

Isaías Garcerant Campo
Universidad San Martín

Mariana Toro Bedoya
Universidad CES

Dalila Alejandra Dorado Rosero
Universidad de Antioquia, Colombia

Camilo Alberto Moreno Romero
Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Andrea Carolina Sánchez Zarate
Universidad del Sinú Elías Benchara Zainum

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13774

Rehabilitación en Pacientes con Síndrome de Guillain- Barre: Actualización

Adriana Gabriela Alvarez¹

gabyalvarez-1234@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-6220-2751>

Médico General
Universidad de Caldas

Juliana Zapateiro Argel

julianazapateiro99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-8824-8611>

Médico General de la Universidad del Sinú
Colombia

Juan Carlos Mosquera Castro

juancarlosmosqueracastro@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-2948-903X>

Médico General, Universidad Cooperativa de
Colombia

Reginaldo Medrano Diaz

elizayt@hotmail.com

Médico General de la Universidad del Sinú,
Montería

Isaías Garcerant Campo

Dr.issa24@gmail.com

Dr.issa@hotmail.com.es

<https://orcid.org/0000-0002-5638-3421>

Especialista en Medicina Crítica y Cuidado
Intensivo. Docente de la Universidad San Martín
Colombia.

Mariana Toro Bedoya

marianatoro1@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6154-6244>

Universidad CES

Dalila Alejandra Dorado Rosero

momkey15@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-2183-9297>

Médico General de la Universidad de Antioquia,
Colombia

Camilo Alberto Moreno Romero

camilo.morenor21@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3864-4303>

Médico General
Universidad Cooperativa de Colombia

Andrea Carolina Sánchez Zarate

andreasanchezzarante@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9181-8013>

Médico General
Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum

¹ Autor principal

Correspondencia: gabyalvarez-1234@hotmail.com

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso periférico. Epidemiológicamente, se presenta en todo el mundo con una tasa de incidencia general de 1 a 2 casos por cada 100.000 personas por año, afecta a todos los grupos de edad, y es más común en hombres que en mujeres. Su etiología es muy variada, sin embargo las causas infecciosas , más específicamente por *Campylobacter jejuni* son las más frecuentes. Clínicamente, el SGB se manifiesta con debilidad muscular progresiva asociada con reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes, así como signos y síntomas sensoriales de leves a graves. Los síntomas suelen comenzar en las extremidades inferiores y gradualmente ascienden hasta afectar los brazos y los músculos faciales. En caso de que persista la debilidad muscular tras la fase aguda de la enfermedad, los pacientes suelen requerir rehabilitación para fortalecer la musculatura y recuperar el movimiento, de hecho, la rehabilitación en pacientes con síndrome de Guillain-Barre es un componente esencial para lograr una recuperación funcional óptima y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por esta razón, en el presente artículo se recopilaran datos actualizados referente a la rehabilitación en pacientes con síndrome de Guillain-Barre .

Palabras Claves: Guillain-Barré, síndrome, rehabilitación, polineuropatía



Rehabilitation in Patients with Guillain-Barré Syndrome: Update

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS) is an autoimmune disease that affects the peripheral nervous system. Epidemiologically, it occurs worldwide with an overall incidence rate of 1 to 2 cases per 100,000 people per year, affects all age groups, and is more common in men than in women. Its etiology is very varied, however infectious causes, more specifically *Campylobacter jejuni*, are the most frequent. Clinically, GBS manifests with progressive muscle weakness associated with decreased or absent deep tendon reflexes, as well as mild to severe sensory signs and symptoms. Symptoms usually begin in the lower extremities and gradually ascend to affect the arms and facial muscles. In case of persistent muscle weakness after the acute phase of the disease, patients usually require rehabilitation to strengthen the muscles and regain movement. In fact, rehabilitation in patients with Guillain-Barré syndrome is an essential component to achieve optimal functional recovery and improve the quality of life of these patients. For this reason, in this article we will compile updated data regarding rehabilitation in patients with Guillain-Barré syndrome.

Keywords: Guillain-Barré, syndrome, rehabilitation, polyneuropathy

Artículo recibido 16 agosto 2024

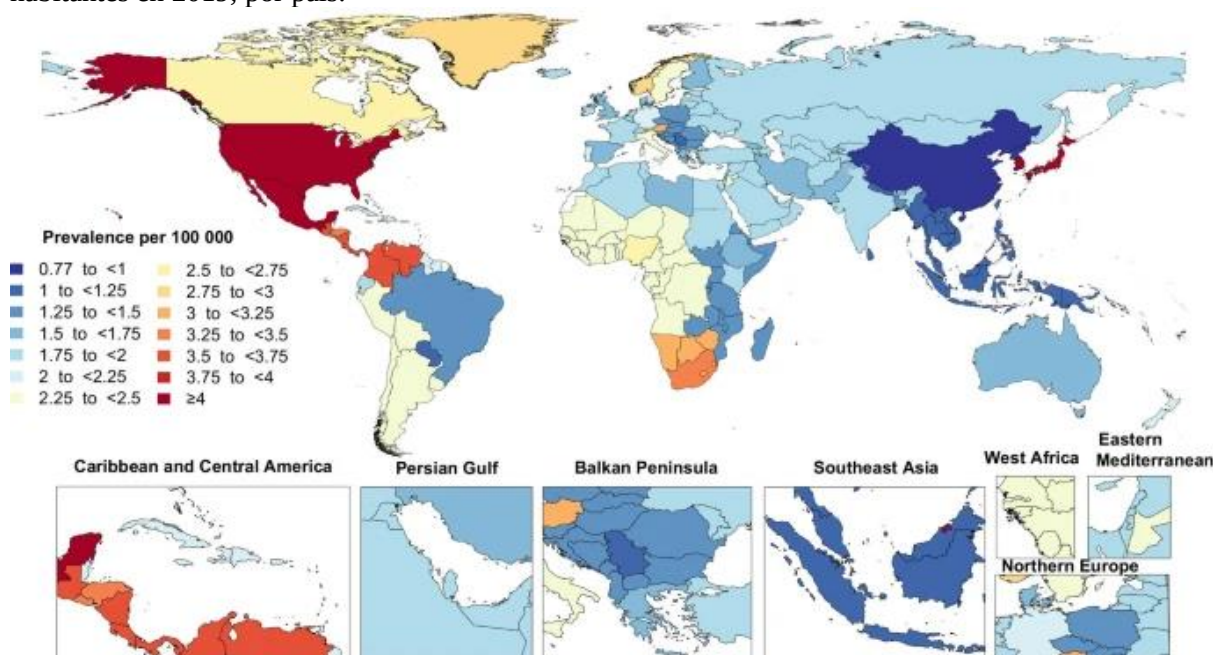
Aceptado para publicación: 19 septiembre 2024



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso periférico, otros autores la definen como una polineuropatía aguda inmunomediada que se caracteriza por paresia flácida y rápidamente progresiva que es simétrica, ascendente y arrefléxica (1). El SGB se presenta en todo el mundo con una tasa de incidencia general de 1 a 2 casos por cada 100.000 personas por año, que afecta a todos los grupos de edad, pero es ligeramente más común en hombres que en mujeres y las regiones más afectadas se observan en la figura 1 (2). La mortalidad o discapacidad grave debido al SGB ocurre en alrededor del 20 % de los pacientes (3).

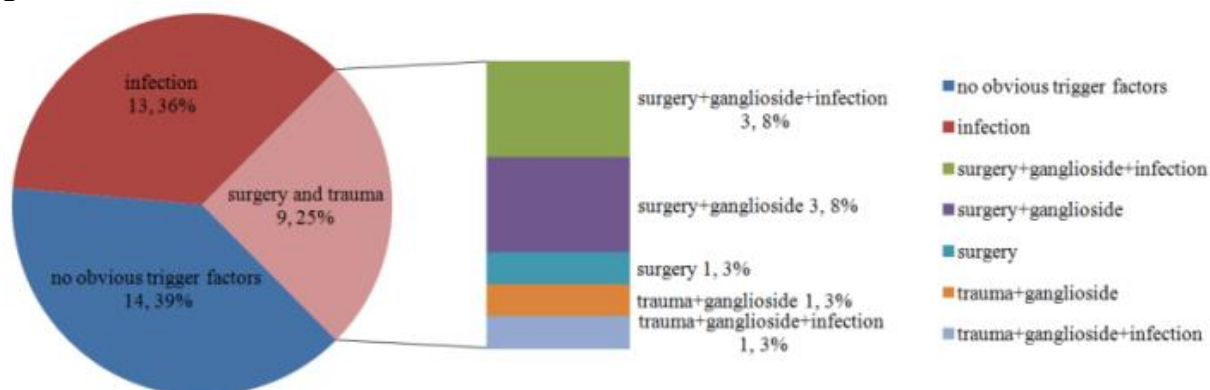
Figura 1. Prevalencia puntual estandarizada por edad del síndrome de Guillain-Barré por cada 100.000 habitantes en 2019, por país.



Tomado de: Nicolás luigi, Revista de Neuroinflamación, 2020.

En cuanto a su etiología, puede ser por causas infecciosas o no infecciosas, sin embargo, el inicio del síndrome se asocia mucho más a infecciones previas en aproximadamente el 70% de los casos (4) (5). Dentro de los microorganismos frecuentes se tiene el *Campylobacter jejuni* el cual es el desencadenante infeccioso más asociado del SGB, otros agentes infecciosos incluyen el citomegalovirus, el virus de Epstein-Barr, el *Mycoplasma pneumoniae*, arbovirus como el virus del dengue, el virus Zika (ZIKV), el virus del Nilo Occidental, el virus Chikungunya y, se ha visto asociado el Cov SaRS-2 en los últimos años (6). En las causas no infecciosas, las vacunas, cirugías, traumatismos suelen ser los más frecuentes como se observa en el estudio de yang y col, Figura 2 (7).

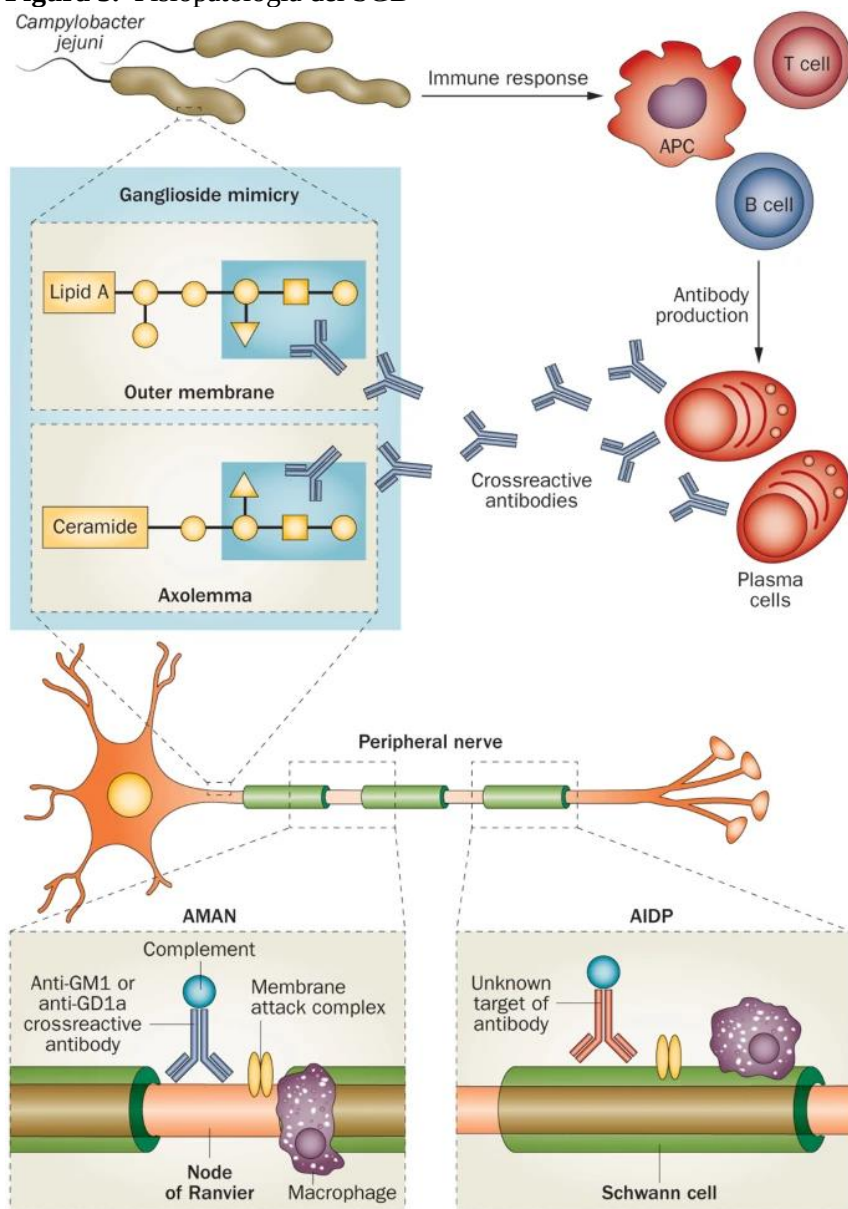
Figura 2. Desencadenantes más frecuentes del Guillain-Barre



Tomado de: Yang, B., Lian, Y., Liu, Y., Wu, B.-Y., y Duan, R.-S. (2016). Un análisis retrospectivo de los posibles desencadenantes del síndrome de Guillain-Barré. *Journal of Neuroimmunology*, 293, 17–21. doi:10.1016/j.jneuroim.2016.02.003

Ahora bien, para entender mejor como tales agentes etiológicos pueden desencadenar tal patología tan compleja, es indispensable saber que las infecciones por patógenos, como *Campylobacter jejuni*, pueden desencadenar respuestas humorales inmunes y autoinmunes que resultan en disfunción nerviosa y los síntomas del SGB. Los lipopolisacáridos en la membrana externa de *C. jejuni* pueden inducir la producción de anticuerpos que generan una reacción cruzada con gangliósidos, como GM1 y GD1a en los nervios periféricos. Los antígenos a los que se dirige la neuropatía axonal motora aguda (AMAN) se encuentran en el nódulo de Ranvier o cerca de él. Los anticuerpos anti-GM1 y anti-GD1a se unen al axolema nodal, lo que lleva a la activación del complemento seguida de la formación de complejo de ataque a la membrana y la desaparición de los canales de sodio dependientes del voltaje. Este daño puede llevar al desprendimiento de la mielina paranodal y a la falla de la conducción nerviosa. Luego, los macrófagos invaden desde los nódulos hacia el espacio periaxonal, barriendo los axones dañados. Los antígenos a los que se dirige la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP) se encuentran, presumiblemente, en la vaina de mielina. Los anticuerpos pueden activar el complemento, lo que conduce a la formación del complejo de ataque a la membrana (CAM) en la superficie externa de las células de Schwann, el inicio de la degeneración vesicular y la invasión de la mielina por los macrófagos como se observa en la Figura 3 (8).

Figura 3. Fisiopatología del SGB



Tomado de: Van den Berg, Bianca, et al. "Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis." *Nature Reviews Neurology* 10.8 (2014): 469-482.

Clínicamente, el SGB se manifiesta con debilidad muscular progresiva asociada con reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes, así como signos y síntomas sensoriales de leves a graves (9). Los síntomas suelen comenzar en las extremidades inferiores y gradualmente ascienden hasta afectar los brazos y los músculos faciales (10). La disfunción en el sistema autónomo ocurre en aproximadamente el 70% de los pacientes y puede llevar a la muerte (11). El SGB sigue un curso monofásico, generalmente progresando durante un período de aproximadamente 2 semanas, y los síntomas alcanzan el nadir alrededor de 4 semanas después del inicio. La mayoría de los pacientes

requieren hospitalización y algunos de ellos requieren asistencia respiratoria en unidades de cuidados intensivos (12). En general, más del 80% tienen una recuperación completa o casi completa; el pronóstico es peor en pacientes de edad avanzada y en casos con afectación axonal (13). Sin embargo, algunos pacientes tienen una recuperación prolongada, lo que resulta en una discapacidad que puede ser permanente o durar varios años (14). El diagnóstico se basa en los síntomas y los resultados del examen neurológico, en particular una atenuación o pérdida de los reflejos tendinosos profundos puede orientar más al diagnóstico, además, puede practicarse una punción lumbar o una electromiografía para obtener información adicional, pero sin intención de retrasar el tratamiento para realizarla (15). En cuanto al Tratamiento, hoy por hoy no existen tratamientos que permitan curar el síndrome de Guillain-Barré, pero sí que pueden ayudar a mejorar los síntomas de la enfermedad y acortar su duración por medio de la inmunoterapia que suele dar buenos resultados si se inicia entre las 7-14 semanas, esta técnica llamada plasmaféresis consiste en la eliminación de los anticuerpos de la sangre o inmunoglobulinas intravenosas. En caso de que persista la debilidad muscular tras la fase aguda de la enfermedad, los pacientes suelen requerir rehabilitación para fortalecer la musculatura y recuperar el movimiento (16). Por esta razón, en el presente artículo se recopilarán datos actualizados referente a la rehabilitación en pacientes con síndrome de Guillain- Barre .

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica detallada de información publicada más relevante en las bases de datos pubmed, scielo , medline, bibliotecas nacionales e internacionales especializadas en los temas tratados en el presente artículo de revisión. Se utilizaron los siguientes descriptores: Guillain-Barré, Síndrome, Rehabilitación, Polineuropatía. La búsqueda de artículos se realizó en español e inglés, se limitó por año de publicación y se utilizaron estudios publicados desde XXXX a la actualidad.

RESULTADOS

Los pacientes con GBS pueden experimentar una variedad de problemas residuales a largo plazo, como la recuperación incompleta de la función motora y sensorial, fatiga, dolor y angustia psicológica (17). La rehabilitación, que incluye programas de ejercicio supervisados, es crucial para restaurar la función física y reducir la discapacidad (18). La fatiga, que afecta entre el 60-80% de los pacientes, y el dolor crónico, presente en un tercio de ellos un año después del inicio, requieren atención adecuada y



estrategias de manejo, como movilización y medicamentos (19). Además, el impacto psicológico de la enfermedad puede provocar ansiedad y depresión, por lo que es importante reconocer y gestionar estos problemas (20).

En el año 2017, Barzaga y colaboradores presentan el caso de un paciente masculino de 51 años con síndrome de Guillain-Barré, que ingresó en estado de discapacidad severa, completamente dependiente para todas las actividades de la vida diaria (AVD) debido a la pérdida de fuerza en extremidades y dificultad respiratoria. Inició un tratamiento rehabilitador intensivo. Durante la evolución de su rehabilitación, se observó una mejoría progresiva: en las primeras dos semanas, comenzó a realizar movimientos en caderas, manos y tobillos, aunque con una marcada debilidad muscular y atrofia. Al mes, logró mejorar la flexoextensión de muñeca y la flexión de dedos, lo que le permitió un agarre grueso y mayor control del tronco, facilitando su postura sentado. A los dos meses, pudo realizar movimientos de hombros y comenzó a mejorar su independencia al llevarse el vaso a la boca y comer con ayuda. A los tres meses, alcanzó una notable autonomía en AVD, incluyendo el cuidado personal y el inicio de patrones dinámicos de marcha. Finalmente, a los cuatro meses y medio, se logró su independencia en todas las AVD, caminando cortas distancias con un andador y aditamentos para sujeción. Se planificó su alta con seguimiento ambulatorio, destacando la significativa recuperación funcional y muscular alcanzada durante su estadía de casi cinco meses (21).

De igual manera, en el año 2016 Tanouye y colaboradores dan a conocer el caso de un hombre de 42 años que comenzó con síntomas como diarrea y mialgia, seguido de debilidad en el miembro inferior izquierdo y dificultad para caminar. Fue diagnosticado con síndrome de Guillain-Barré y, tras recibir tratamiento con inmunoglobulina, inició un plan de rehabilitación en la comunidad y posteriormente fue admitido en un hospital de rehabilitación para un programa terapéutico intensivo de ocho semanas.

Durante su internación, el paciente realizó un programa de fisioterapia, terapia ocupacional y terapias robóticas. Presentó inicialmente hipotrofia y debilidad muscular, siendo completamente dependiente para las AVD. A lo largo de la rehabilitación, mostró mejoras significativas: en la fisioterapia, mejoró el control del tronco y la fuerza en los miembros superiores, logrando mantener posiciones ortostáticas. Las terapias robóticas contribuyeron a mejorar su control de movimientos y fuerza muscular.



Aunque mantuvo cierta dependencia para el vestuario inferior y la higiene personal, progresó a supervisión para la alimentación y mostró mejoría en su desempeño durante el baño. Al final de la rehabilitación, su puntuación en la Medida de Independencia Funcional (MIF) aumentó de 50 a 68, evidenciando una notable mejora en su independencia en las actividades básicas de la vida diaria y en su participación en actividades instrumentales (22).

Asimismo, en el año 2024, Gawander y colaboradores describen el caso de una joven de 20 años que fue diagnosticada con síndrome de Guillain-Barré tras presentar debilidad severa en las extremidades inferiores y superiores, dolor intenso, sensación de hormigueo y dificultad para caminar. La debilidad comenzó en los músculos distales y se progresó hacia los proximales, con reflejos tendinosos profundos ausentes y una evaluación del líquido cefalorraquídeo que mostró un aumento en los niveles de proteína, confirmando el diagnóstico.

Después de su admisión en el hospital, se inició un tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y se implementó un programa de rehabilitación temprana para maximizar su función neuromuscular y recuperar la independencia funcional. Este programa incluyó sesiones de fisioterapia orientadas a mejorar la fuerza, la movilidad y el control motor, así como estrategias para el manejo del dolor, con énfasis en la relajación.

A lo largo de la rehabilitación, se observó una mejora significativa en la capacidad funcional de la paciente. La intervención fisioterapéutica ayudó a restaurar la fuerza muscular y la coordinación, lo que permitió que la paciente realizara movimientos que antes le resultaban imposibles. Además, se trabajó en su capacidad para realizar actividades diarias, lo que contribuyó a su calidad de vida.

Al final del tratamiento, las medidas de resultado utilizadas mostraron que la paciente había logrado una notable mejoría en su movilidad y una recuperación significativa en su independencia para las actividades de la vida diaria. Esto indica que la rehabilitación temprana y el enfoque multidisciplinario fueron claves para su recuperación, permitiéndole retomar actividades que había dejado de lado debido a su condición (23).

De igual manera, en el año 2024 Jyoti y colaboradores presentan el caso de un joven de 18 años presentó inicialmente diarrea y mialgia, seguido de debilidad en su extremidad inferior izquierda, que progresó hacia el lado derecho, afectando su capacidad para caminar. Veinticuatro horas después de ser admitido



en un hospital privado, un análisis del líquido cefalorraquídeo confirmó el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (GBS). Su condición se agravó, con debilidad generalizada, reducción de la sensibilidad, problemas para tragar y dificultades respiratorias. Fue transferido a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde recibió un monitoreo cercano de los signos vitales, ventilación mecánica por dificultades respiratorias y medidas preventivas contra trombosis venosa profunda. Se le administró tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IVIg).

Durante su estancia en la UCI, se implementaron intervenciones fisioterapéuticas tempranas, permitiendo una evaluación continua del estado neurológico y un enfoque en la recuperación funcional. Con el avance de su condición, se realizaron ejercicios de control del tronco, terapia de suspensión y manejo de la hipotensión postural. A medida que el paciente se trasladó a la sala de recuperación, el programa de fisioterapia se intensificó, con un enfoque en el fortalecimiento, la movilidad y la mejora del equilibrio. Las sesiones diarias se dedicaron a ejercicios de rango de movimiento, fortalecimiento y entrenamiento de marcha, con la meta de aumentar su independencia.

A dos meses del inicio del tratamiento, se registraron mejoras significativas en la fuerza muscular y el control postural, permitiéndole caminar sin asistencia al cuarto mes de rehabilitación. La atención fisioterapéutica constante, combinada con una evaluación continua, fue clave para su recuperación exitosa, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo del síndrome de Guillain-Barré (24).

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que existen diversas variables de esta enfermedad, es importante individualizar la rehabilitación de este tipo de pacientes con el fin de hacer énfasis en las zonas con mayor déficit. Benetti y colaboradores (2024) presentan el caso de un paciente de 11 años, previamente sano, que presentó síntomas 15 días antes de ser ingresado en un centro de urgencias. Durante tres días, experimentó un cuadro de vía aérea superior, fiebre y diarrea. No contaba con antecedentes médicos o familiares relevantes. A su ingreso, mostraba debilidad distal en las extremidades superiores y dificultad para deglutir. Debido a una tos inefectiva, requirió ventilación mecánica invasiva (VMI) durante 48 días, con un prolongado proceso de desvinculación. En la evaluación funcional, obtuvo un puntaje de 5/7 en la escala modificada de resultados Erasmus para el síndrome de Guillain-Barré (mEGOS), lo que implicaba



un 23 % de riesgo de no poder caminar en seis meses. Se realizó un panel de anticuerpos antigangliósidos GT1a, que resultó positivo, y recibió cinco ciclos de gammaglobulina y plasmaféresis. Durante su internación, se llevaron a cabo movilizaciones pasivas y activas, así como progresiones hacia sedestación con asistencia, y se dieron instrucciones a los cuidadores sobre el posicionamiento.

Ocho semanas después del inicio de los síntomas, ingresó a un centro de rehabilitación neurológica, donde se confirmó el diagnóstico de polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria de tipo axonal, variante clínica FCB. Presentaba cuadriparesia flácida, arreflexia y mayor compromiso en las extremidades superiores, así como alteraciones en las funciones oromotoras. Estaba traqueotomizado y requería asistencia máxima para realizar todas las actividades de la vida diaria, movilizándose en silla de ruedas y alimentándose con dieta modificada a través de una sonda nasogástrica.

El tratamiento interdisciplinario incluyó kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia y psicología, con el acompañamiento de pediatras y neuropediatras. Cada disciplina proporcionó dos sesiones diarias de 30 minutos, enfocándose en fortalecer la musculatura postural, orofacial y de las extremidades. Se trabajó en la decanulación, el aumento de capacidades respiratorias y la independencia en actividades de autocuidado y movilidad. El plan integral incluyó ejercicios de fortalecimiento, control postural y entrenamiento aeróbico, así como estrategias de adecuación del entorno y productos de apoyo para fomentar la independencia en actividades diarias y escolares.

Se implementó un protocolo de decanulación y entrenamiento respiratorio para mejorar la capacidad pulmonar. También se llevaron a cabo actividades de coordinación fonorespiratoria. Para mejorar la funcionalidad, se diseñó un plan de movilidad y transiciones posturales personalizado, progresando hacia la marcha independiente y habilidades motoras avanzadas. Además, se abordaron aspectos emocionales y conductuales con el apoyo del área de psicología, asegurando un enfoque holístico en la rehabilitación. (25)

A su vez, Murillo y colaboradores (2024) presentan la misma variante en una paciente femenina de 64 años, con antecedentes recientes de hipertensión arterial sistémica, que ingresó al servicio de urgencias a las 04:00 h. Presentaba un cuadro clínico de seis horas de evolución, caracterizado por cefalea hemicraneal derecha, entumecimiento ipsilateral, limitación para la deglución, diplopía y disminución de la fuerza en ambos miembros superiores. En la anamnesis no se registraron antecedentes patológicos



ni síntomas de infección en las últimas cuatro semanas. Durante la exploración física, se encontró una presión arterial de 160/90 mmHg, mientras que otros signos vitales estaban dentro de la normalidad.

La paciente se encontraba alerta, agitada y orientada, pero presentaba alteraciones en el lenguaje y un puntaje de 15 en la escala de coma de Glasgow. Se observó nistagmo horizontal, oftalmoplejía bilateral y desviación de la comisura labial hacia la izquierda. Se identificó una limitación para la deglución y disminución del reflejo tusígeno. En las extremidades superiores, la fuerza muscular era de 4/5, mientras que las extremidades inferiores no mostraban alteraciones.

Se realizaron análisis de laboratorio, que incluyeron hemograma, glucosa, proteína C-reactiva y tiempos de coagulación, todos dentro de la normalidad. También se realizó una tomografía de cráneo simple, que descartó lesiones isquémicas o hemorrágicas. Ante la sospecha de un síndrome de Guillain-Barré con presentación atípica, se indicó hospitalización y tratamiento con inmunoglobulina G intravenosa. También se comenzó un antihipertensivo intravenoso.

La paciente ingresó a terapia intensiva tras dos horas de manejo. Su evolución fue rápida, presentando ausencia de deglución y abolición del reflejo tusígeno, lo que requirió un manejo avanzado de la vía aérea. Se realizó una punción lumbar, que mostró citología sin alteraciones, y los estudios para el panel viral TORCH resultaron negativos. Con el tiempo, se evidenció una progresión del cuadro clínico, incluyendo disautonomía y efectos adversos de la inmunoterapia.

A las 72 horas del inicio de la inmunoterapia, la debilidad se auto limitó, corroborando el diagnóstico. Se solicitaron anticuerpos específicos para Guillain-Barré y estudios de neuroconducción para seguimiento. Tras cinco días de tratamiento, la paciente persistía con ausencia de deglución, requiriendo traqueotomía y gastrostomía.

Continuó con rehabilitación y electroestimulación diaria, logrando desvinculación de la ventilación mecánica a los 11 días y fue dada de alta al día 13. Durante su estancia, se desarrolló una neumonía asociada a la ventilación mecánica, siendo aislados *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*. Se continuó un esquema antibiótico con vancomicina y meropenem. Al ser dada de alta, no presentaba síntomas neurológicos ni nuevos signos clínicos.

Tres semanas después del inicio de los síntomas, se realizó una electromiografía que reportó hallazgos compatibles con polirradiculoneuropatía mixta aguda. A los 60 días, la paciente fue decanulada sin



complicaciones y se retiró la sonda de gastrostomía, logrando reintegrarse a sus actividades diarias normales. (26)

Como se observó en ambos casos, la debilidad en los músculos faciales, orofaríngeos, retrofaríngeos y respiratorios, así como complicaciones secundarias como neumonía o colapso alveolar, son las principales causas de la insuficiencia respiratoria en el síndrome de Guillain-Barré. Este síndrome puede resultar en parálisis bulbar, oftalmoplejía y debilidad de los músculos de la lengua, lo que dificulta la eliminación de secreciones y aumenta el riesgo de infecciones pulmonares. Además, la parálisis de los músculos faciales y del hombro, junto con la disfagia, constituyen factores de riesgo adicionales para la insuficiencia respiratoria, (27) por lo cual se debe realizar una rehabilitación respiratoria que impida la progresión de la enfermedad y las complicaciones a nivel del sistema respiratorio.

Por otra parte, Alarcon (2024) llevó a cabo un ensayo clínico experimental, prospectivo, longitudinal, aleatorizado, controlado y simple ciego para investigar los efectos de un exoesqueleto en el tratamiento de la marcha. Se utilizó el exoesqueleto ATALANTE® como medio de intervención. Se reclutó a 20 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (SGB) que no podían caminar de forma independiente. Los participantes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: uno experimental, que recibió 24 sesiones de intervención con el exoesqueleto, complementadas con fisioterapia convencional, y otro control, que solo recibió el tratamiento convencional. La rehabilitación se llevó a cabo durante un periodo de 8 semanas, y se realizaron evaluaciones al inicio y al final del estudio para determinar si el uso del exoesqueleto beneficiaba a los pacientes. Se esperaban mejoras significativas en los parámetros de marcha, equilibrio, fuerza, funcionalidad y fatiga en el grupo experimental, que serían comparadas con los resultados del grupo control para evaluar la relevancia de las mejoras. Se concluyó que el uso del exoesqueleto en la rehabilitación de la marcha en pacientes con SGB podría convertirse en una nueva herramienta para optimizar su proceso de recuperación, (28) sin embargo, esto continúa siendo objeto de estudio.

CONCLUSIÓN

La rehabilitación en pacientes con síndrome de Guillain-Barre es un componente esencial para lograr una recuperación funcional óptima y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La individualización del tratamiento, en lo que se considere tanto las secuelas físicas como psicológicas, es fundamental para



maximizar los resultados. En la actualidad la rehabilitación, como el uso de terapias robóticas y exoesqueletos prometen un enfoque más eficaz, complementando las intervenciones tradicionales. Aunque no existe una cura definitiva para el síndrome, la rehabilitación temprana y multidisciplinaria ha demostrado ser fundamental para mejorar la autonomía y funcionalidad de estos pacientes con el fin de disminuir el impacto a largo plazo de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hughes, R. Cornblath, D. Síndrome de Guillain-Barré. *Lancet*. 2005 ;366(9497):1653-66.
- Leonhard, S. Mandarakas, M. Gondim, F. Bateman, K. Ferreira, M. Cornblath, D. et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. *Nat Rev Neurol*. 2019;15(11):671–83.
- Jasti, A. Selmi, C. Sarmiento, J. Vega, D. Anaya, J. Gershwin, M. Síndrome de Guillain-Barré: causas, mecanismos inmunopatogénicos y tratamiento. *Expert Rev Clin Immunol*. 2016;12(11):1175–89
- Hardy, T. Blum, S. McCombe, P. Reddel, S. Guillain-barré syndrome: modern theories of etiology. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2011;11(3):197-204.
- Shahrizalia, N. Lehmann, H. Kuwabara, S. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2021 ;397(10280):1214-1228.
- De Sousa, M. Rodrigues, T. Frota, G. Guillain-Barre syndrome and its correlation with dengue, Zika and chikungunya viruses infection based on a literature review of reported cases in Brazil. *Acta Trop*. 2019; 197:105064.
- Yang, B. Lian, Y. Liu, Y. Wu, B. Duan, R. Un análisis retrospectivo de los posibles desencadenantes del síndrome de Guillain-Barré. *Journal of Neuroimmunology*. 2016; 293, 17–21.
- Van den Berg, B. et al. "Guillain–Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis." *Nature Reviews Neurology*. 2014; 10 (8): 469-482.
- Wang, H. Abbas, K. Abbasifard, M. Abbasi, M. Abbastabar, H. Abd-Allah, F. et al. Estimaciones de fecundidad, mortalidad, esperanza de vida saludable y población específicas por edad y sexo a nivel mundial en 204 países y territorios, 1950-2019: un análisis demográfico integral para el Estudio de la carga mundial de morbilidad de 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1160–203



- Murray, C. Aravkin, A. Zheng, P. Abbafati, C. Abbas, K. Abbasi, M. et al. Carga global de 87 factores de riesgo en 204 países y territorios, 1990-2019: un análisis sistemático para el Estudio de carga global de enfermedades 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223–49
- Flachenecker, P. Disfunción autonómica en el síndrome de Guillain-Barré y la esclerosis múltiple. *J Neurol*. 2007;254:96–101.
- Dirlikov, E. Major, C. Medina, N. Lugo, R. Matos, D. Munoz, J. et al. Características clínicas del síndrome de Guillain-Barré con vs. sin infección por el virus del Zika, Puerto Rico, 2016. *JAMA Neurol*. 2018;75(9):1089–97.
- Vos, T. Lim, S. Abbafati, C. Abbas, K. Abbasi, M. Abbasifard, M. et al. Carga mundial de 369 enfermedades y lesiones en 204 países y territorios, 1990-2019: un análisis sistemático para el Estudio de la carga mundial de enfermedades 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–22
- Willison, H. Jacobs, B. Van Doorn, P. Síndrome de Guillain-Barré. *Lanceta*. 2016;388(10045):717–27.
- Van Doorn, P. Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain-Barré syndrome (GBS). *Presse Med*. 2013 Jun;42(6 Pt 2):e193-201.
- Organización mundial de la salud (OMS), Síndrome de Guillain-Barre, 15 de agosto de 2023.
- Forsberg, A. Press, R. Holmqvist, L. Residual disability 10 years after falling ill in Guillain-Barré syndrome: a prospective follow-up study. *J. Neurol. Sci*. 2012; 317, 74–79.
- Simatos, N. Vincent, P. Yu, B. Bastien, R. Sweeney, A. Influence of exercise on patients with Guillain-Barré syndrome: a systematic review. *Physiother. Can*. 2016; 68, 367–376.
- Garssen, M. P., Van Koningsveld, R. & Van Doorn, P. A. Residual fatigue is independent of antecedent events and disease severity in Guillain-Barré syndrome. *J. Neurol*. 2006; 253, 1143–1146
- Bernsen, R. de Jager, A. Kuijer, W. Van der Meche, F. Suurmeijer, T. Psychosocial dysfunction in the first year after Guillain-Barré syndrome. *Muscle Nerve*. 2010; 41, 533–539.
- Barzaga, I. De la Cruz, M. Claro, O. González, B. Granda, M. Rehabilitación de un paciente con un síndrome de Guillain Barré. *ccm*. 2017 ; 21(3): 946-952.
- Tanoyue, F. Rubio, D. Quadros, F. Rizzo, L. Intensive rehabilitation model in Guillain-Barre syndrome: a case report. *Acta Fisiatr*. 2016;23(1):42-45



- Gawande, I. Akhuj, A. Samal, S. Effectiveness of Physiotherapy Intervention in Guillain Barre Syndrome: A Case Report. Cureus. 2024; 16(1): e52062.
- Jha, J. Khan, H. Gupta, S. Physiotherapy for Guillain–Barré syndrome: A case report. MGM Journal of Medical Sciences. 2024; 11(1):p 173-176
- Benetti, N. Moler, M. Jerez, J. Pereyra, A. Rehabilitación neurológica en la variante faringo-cérvico-braquial del síndrome de Guillain-Barré: reporte de un caso pediátrico. AJRPT. 2024;6(2):p62-69
- Murillo, I. Ramirez, J. Arrambí, C. Morales, J. Lugo, J. Lopez, R. Variante faringo cérico braquial del síndrome de Guillain-Barré. Reporte de caso. Neurolarg.2024;16(3):159–163.
- Barzegar, M. Toopchizadeh, V. Golalizadeh, D. Pirani, A. Jahanjoo, F. A predictive model for respiratory failure and determining the risk factors of prolonged mechanical ventilation in children with Guillain-Barre syndrome. Iranian Journal of Child Neurology. 2020; 14(3), 33.
- Alarcon, RA. USO DE EXOESQUELETOS EN LA REHABILITACIÓN DE LA MARCHA EN PACIENTES CON GUILLAIN- BARRÉ Propuesta de Proyecto de Investigación. Tesis de Máster Universitario. Barcelona. Universidad de Barcelona. 2024. Disponible en:
https://siidon.guttmann.com/files/tfm_alarcon_guajardo_roman_antonio.pdf

