

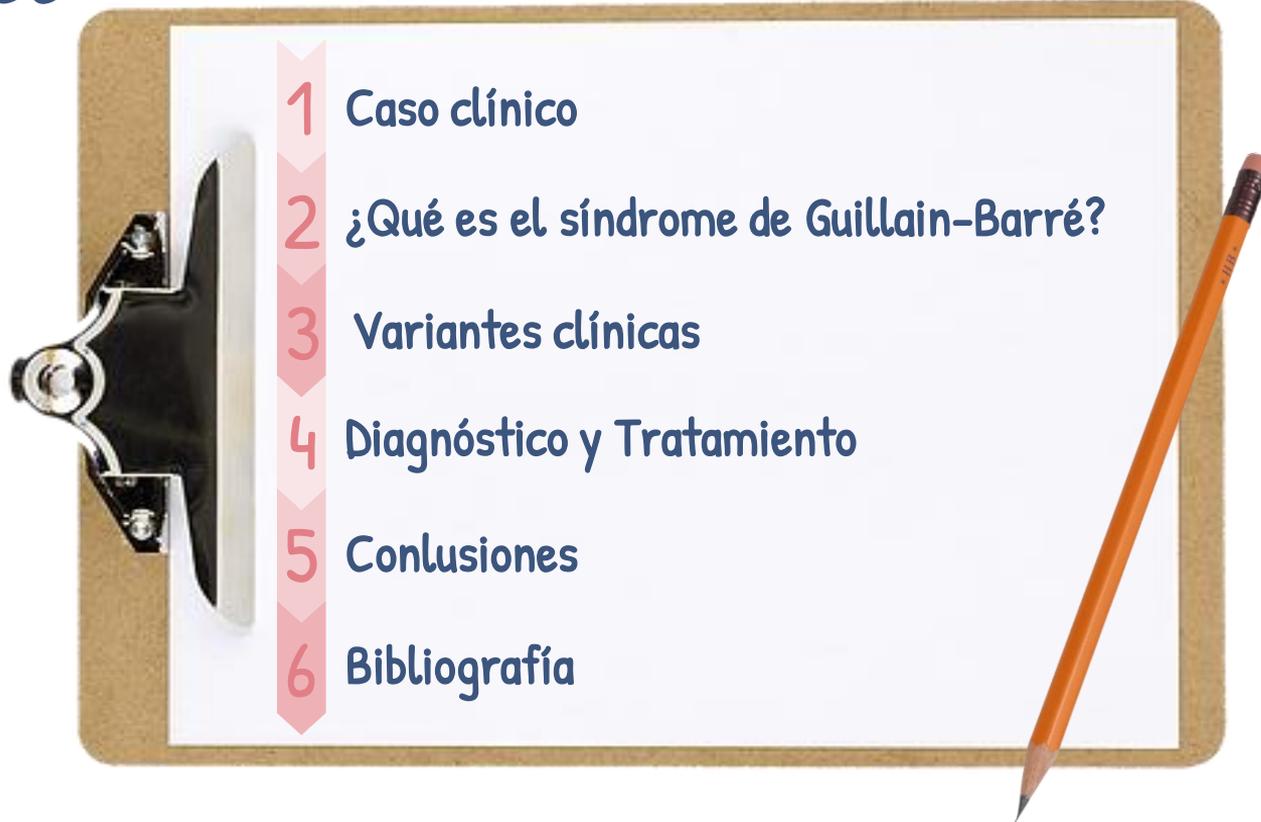
# DEBILIDAD CON REFLEJOS PRESENTES. ¿DESCARTAMOS UN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ?

**Autora:** Laura Hernández Sabater



**Hospital General Universitario de Alicante**

# Índice



# Caso clínico



1

Bipedestación del niño es posible, aunque dolorosa

Dolor en inserción bíceps femoral y gastrocnemios

Imposibilidad para la extensión completa de ambos miembros inferiores

Reflejos rotulianos y aquileos presentes y simétricos

Pulsos pedios y tibial posterior simétricos y preservados en ambos miembros

Varón de 6 años  
Dolor bilateral en miembros inferiores de 9 días de evolución  
Antecedente: cuadro de gastroenteritis aguda 18 días previo

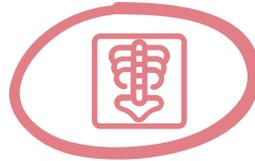
# Caso clínico

## Pruebas complementarias



Ecografía-doppler

Sin alteraciones



Resonancia magnética

Sin alteraciones



Electromiograma

**Polineuropatía  
sensitivo-motora de  
tipo desmielinizante**

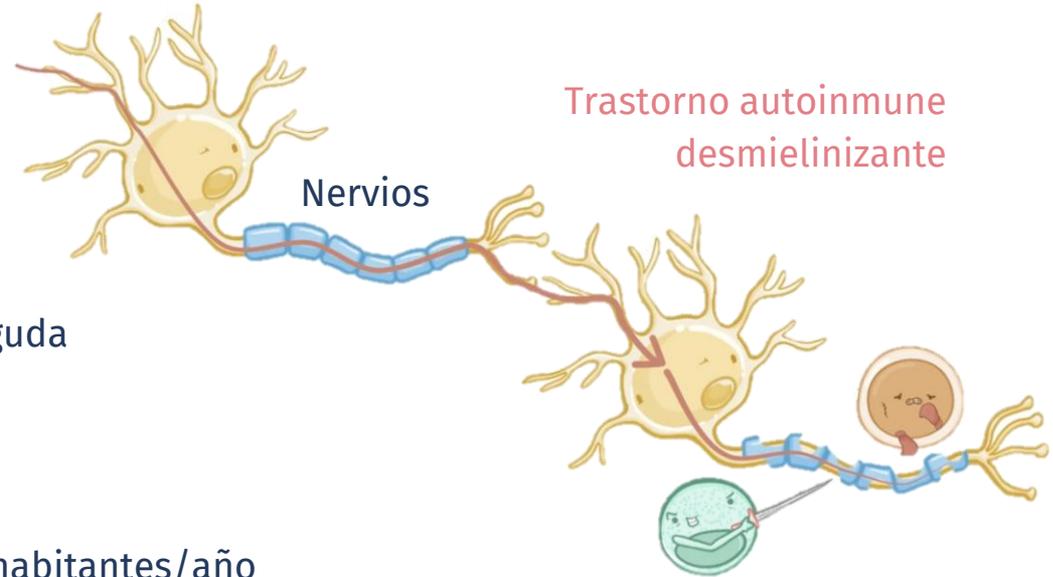


Punción Lumbar

- ✓ Proteínas totales: 214 mg/dL
- ✓ Leucocitos: 5/ $\mu$ L

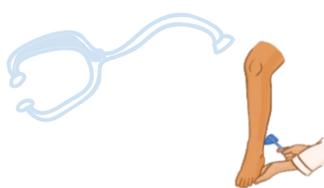


# Síndrome de Guillain Barré



- Polineuropatía inflamatoria aguda
  - Debilidad simétrica
  - Rápidamente progresiva
  - Musculatura bulbar
- **Incidencia:** 1,3 a 2 por 100.000 habitantes/año
- **Mortalidad:** 5-15%

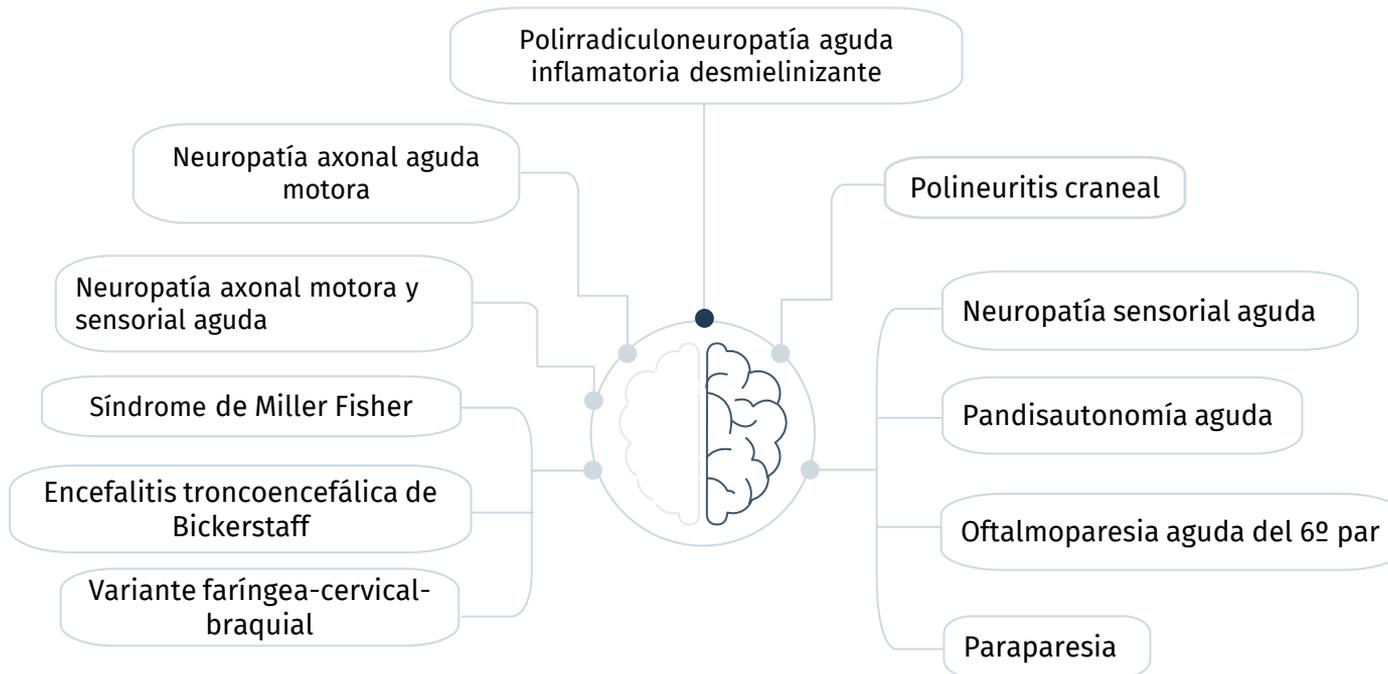
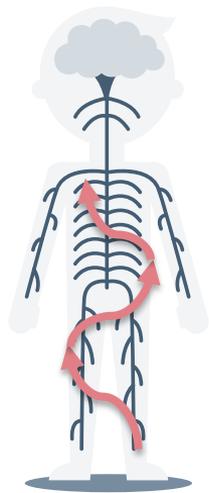




# Variantes clínicas



3





# Diagnóstico

## Criterios clínicos

### Estudio de LCR



1. Proteínas aumentadas
2. Menos de 10 leucocitos/mm<sup>3</sup>

### Estudio electrofisiológico



1. Disminución de la velocidad de conducción y de la amplitud del potencial evocado motor
2. Latencia distal aumentada
3. Bloqueo de la onda F o latencias mínimas de las ondas

# Tratamiento



## Ingreso



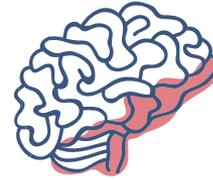
## Fármacos

- Inmunoglobulina intravenosa
- 0,4 g/kg/día durante 5 días consecutivos
- 1 g/kg/día durante 2 días
- Esteroides
- Analgesia: gabapentina

# Conclusiones



- No siempre nos encontramos en la práctica clínica con las manifestaciones más frecuentes de las enfermedades.
- La presentación más frecuente del síndrome de Guillain-Barré es una debilidad progresiva arrefléxica, pero no debemos excluir este cuadro de nuestro diagnóstico diferencial si nos encontramos ante un paciente con reflejos osteotendinosos presentes.
- Estos errores en el proceso diagnóstico pueden causar un retraso del diagnóstico, y por lo tanto del tratamiento, con consecuencias clínicas importantes para nuestro paciente.



# Bibliografía

- 1. Kliegman RM, Tasker RC, Blum N. Síndrome de Guillain-Barré. Nelson Tratado de Pediatría. 21.<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2020. p. 3335-9.
- 2. Pérez-Lledó E, Díaz-Vico A, Gómez-Gosálvez FA. Síndrome de Guillain-Barré: presentación clínica y evolución en menores de 6 años de edad. An Pediatr. 2012;76(2):69-76.
- 3. Pascual SP. Síndrome de Guillain-Barré. Protoc Diagnostico Ter la AEP Neurol Pediatr [Internet]. 2008;82-4. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12-guillain.pdf>
- 4. Ryan MM. Guillain-Barré syndrome in children: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. En: Nordli DR, Kaplan SL, Shefner JM, editores. Uptodate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2021. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)



# ¡Gracias!

¿Alguna pregunta?

[laurahdzsab@gmail.com](mailto:laurahdzsab@gmail.com)

**Hospital General  
Universitario de Alicante**

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon**, and infographics & images by **Freepik** and illustrations by **Stories**