

Caracterización del síndrome de Guillain–Barré en el Hospital “Julio Trigo López” durante el período 2000–2009

Marisol Torriente Cortina¹, Adalio Adalmi Felipe Barroso², Jacqueline Fidelina Valdivieso Romero³

¹Especialista de I Grado en Neurología. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana

²Especialista de I Grado en Neurología. Profesor Instructor. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana

³Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana

RESUMEN

Objetivo: Describir las características del síndrome de Guillain–Barré en los pacientes ingresados en el Hospital “Julio Trigo López”, en Arroyo Naranjo, La Habana, Cuba.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes con síndrome de Guillain–Barré, ingresados entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2009, según los criterios diagnósticos de Asbury y Cornblath (modificados por Ropper).

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con una edad media 54,71 años. Los eventos precedentes fueron infección respiratoria (14,3%), gastroenteritis (21,4%), infección respiratoria y gastroenteritis combinadas (7,1%), otras infecciones (14,3%), síndrome febril inespecífico (7,1%) y cirugía (7,1%). No se identificaron factores precedentes en 4 enfermos. En 5 (35,7%) se observaron formas de presentación inusual y/o variantes atípicas. Se observó la disociación albuminocitológica en el 25% de las punciones lumbares realizadas. Fallecieron 7 pacientes (50%) debido a insuficiencia respiratoria (57,1%), bronconeumonía bacteriana (28,6%) y fallo cardiovascular (14,3%).

Conclusiones: El síndrome de Guillain–Barré suele tener una presentación clínica típica, con alta frecuencia de complicaciones y una evolución frecuentemente fatal. Las manifestaciones clínicas son diversas y el valor de las pruebas complementarias es limitado, lo cual plantea dificultades importantes en la orientación inicial del diagnóstico. La entidad representa un gran reto en la práctica clínica cotidiana.

Palabras clave. Complicaciones. Diagnóstico. Mortalidad. Polineuropatía. Síndrome de Guillain–Barré.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain–Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis motora aguda generalizada en Cuba y en el mundo occidental (1,2). Esta enfermedad es también conocida con otros nombres como polineuropatía aguda inflamatoria desmielinizante (siglas en inglés: AIDP).

Es una polirradiculoneuropatía de etiología autoinmune cuyas primeras descripciones detalladas se encuentran en una publicación del investigador francés Jean Baptiste Octave Landry de Thézilla. Fue él quien, en 1859, introdujo el

término de parálisis aguda ascendente. George Charles Guillain y Jean Alexandre Barré, en 1916, también describieron clínicamente la enfermedad que hoy lleva su nombre y añadieron el rasgo distintivo de la disociación albuminocitológica. De los casos descritos en esta ocasión fue Strohl quien tuvo a su cargo los estudios neurofisiológicos.

La invalidez transitoria o permanente que produce, la evolución potencialmente fatal, las variantes clínicas atípicas que pueden dificultar el diagnóstico precoz y la presencia de episodios de explosiones epidemiológicas dentro de su baja incidencia convierten al síndrome de Guillain–Barré en un trastorno relevante en la práctica clínica. Son numerosas las publicaciones nacionales e internacionales que confirman esta afirmación, al analizar el comportamiento clínico y el tratamiento de esta neuropatía. En Cuba, han ocurrido dos “brotos” del síndrome de Guillain–Barré: el primero en La Habana, después de la epidemia de dengue

Correspondencia: Dra. Marisol Torriente Cortina. Avenida del Rosario 16 entre Cantera e I, Rosario, Arroyo Naranjo, La Habana. CP 11900. Cuba. Correo electrónico: marisol@infomed.sld.cu

hemorrágico de 1977–1978 y el segundo en 1994, en el municipio de Arroyo Naranjo, en relación con una epidemia de gastroenteritis por enterobacteria (2,3).

Teniendo en cuenta que el Hospital Clínico–Quirúrgico “Julio Trigo López” está ubicado en el municipio Arroyo Naranjo, se ha generado en nosotros el interés por conocer cuáles son las características de esta enfermedad en los pacientes que han sido ingresados en esta institución.

El área sanitaria de este centro abarca el municipio ya mencionado de la provincia La Habana, con una población adulta estimada en 173 744 habitantes (31 de diciembre de 2008) y los municipios de San José de Las Lajas, Madruga, Nueva Paz, San Nicolás, Güines, Batabanó y Melena del Sur de la provincia de Mayabeque, con una población adulta total de 456 480 habitantes (4).

Se pretendió con esta investigación identificar los factores precedentes, las variantes clínicas, la evolución y causas de mortalidad en los pacientes con esta enfermedad en dichas áreas de población.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre la base de la revisión de las historias clínicas de una serie consecutiva de casos de los pacientes de edad mayor o igual a 15 años que ingresaron del Hospital Clínico–Quirúrgico “Julio Trigo López” con un SGB en el período comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2009.

En todos los pacientes se evaluó sexo, edad, procedencia, estadia hospitalaria, factores precedentes (infección, cirugía, tóxicos, vacunación), manifestaciones clínicas, estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo, complicaciones y en los casos fallecidos, la causa de muerte.

Criterios de inclusión

Se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de SGB al egreso y cuyas características clínicas y paraclínicas coincidían con los criterios de Asbury y Cornblath (5,6) para el diagnóstico del SGB o con alguna de sus variantes (7,8).

Los estudios de velocidad de conducción y electromiografía no se consideraron obligatorios para el diagnóstico.

Registro de datos

Se elaboró un formulario para esta investigación con el fin de registrar la información de las historias clínicas, el cual evaluó 26 aspectos divididos en 6 secciones principales: datos generales, datos clínicos y evolución, estudio del líquido cefalorraquídeo, otros exámenes complementarios, complicaciones y tratamiento.

Se consideró disociación albuminocitológica en el líquido cefalorraquídeo a una proteinorraquia mayor de 0,40 g/L y la celularidad no más de 10 leucocitos (mononucleares)/mm³.

Para clasificar la evolución de los pacientes se consideró la clasificación de Eiben y Gerson (9), que comprende cuatro grupos:

- Grupo I: Toma motora inicial de miembros inferiores, con progresión al tronco, musculatura respiratoria, miembros superiores y pares craneales.
- Grupo II: Similar a la anterior, exceptuando la toma de pares craneales.
- Grupo III: Toma motora estacionaria de miembros inferiores o sin progresión.
- Grupo IV: Toma motora inicial en miembros inferiores y pares craneales sin interesar el tronco ni la musculatura respiratoria.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se limitó a estadística descriptiva. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y porcentajes. Para los cálculos mencionados se utilizó el programa SPSS 11.5.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 19 historias clínicas de pacientes ingresados con el diagnóstico de SGB, y se excluyeron 5 casos, que no cumplían con los criterios de Asbury y Cornblath, modificados por Ropper. La muestra final obtenida fue de 14 casos.

De estos, 9 (64,3%) eran varones y 5 (35,7%) eran mujeres, lo que refleja una relación hombre–mujer de 1,8 a 1. La edad media en el momento del ingreso fue de 54,71 años, (rango: 15–81 años, SD \pm 25,13).

El grupo de edad más afectado fueron los pacientes mayores de 75 años con 4 casos (28,6%), seguidos por los demás grupos de edades de la siguiente forma: 15–24 años: 3 (21,4%), 55–64 años: 3 (21,4%), 65–74 años: 2 (14,3%) y los grupos de 25–34 y 35–44 años, cada uno con un caso (7,1%).

El 60% de los pacientes procedía de Arroyo Naranjo. El 40% restante fue referido desde los municipios de la provincia Mayabaque.

La población de 14 pacientes requirió, en total, 205 días de hospitalización, con una media de 14,64 días (rango: 1–45 días, SD \pm 12,2).

Características clínicas

Factores precedentes

En las historias clínicas de 4 pacientes (28,6%) no se registró la existencia de antecedente alguno antes del inicio de las manifestaciones neurológicas. En 2 enfermos el cuadro clínico fue precedido por infección respiratoria aguda (14,3%), gastroenteritis en 3 (21,4%), infección respiratoria combinada con gastroenteritis en 1 (7,1%), síndrome febril inespecífico en 1 (7,1%) y otras infecciones virales en 2 (14,3%). Estos casos que se recogieron como otras infecciones, en uno el factor precedente fue una conjuntivitis aguda viral y

en el otro una infección por el virus del dengue. Se recoge el dato de un paciente que fue intervenido quirúrgicamente (circuncisión) 8 días antes del inicio de los síntomas. No hubo casos precedidos por vacunación.

Síntomas neurológicos iniciales

Los afectados con SGB se presentaron inicialmente con diferentes tipos de síntomas neurológicos, como paresia de las extremidades, afectación de los pares craneales o combinaciones de los diferentes tipos de síntomas (**Tabla 1**). Al momento del ingreso los pacientes se encontraban entre el primero y cuarto día de progresión de la enfermedad (promedio 1,71 días; SD \pm 1,07).

Tabla 1. Variables y su codificación

Síntomas neurológicos iniciales	Total
Paresia de extremidades	
En miembros inferiores	2
En miembros inferiores y superiores	4
En miembro inferior derecho	1
Afectación de los pares craneales	
Diplejía facial	1
Parálisis facial unilateral y debilidad de miembros inferiores	1
Disfonía y debilidad de miembros superiores e inferiores	1
Disartria y debilidad de miembros superiores e inferiores	1
Síntomas sensitivos	
Parestesias y debilidad en miembros inferiores	2
Dolor y debilidad en miembros inferiores	1

Fuente: Historias clínicas

De los 14 pacientes, sólo uno se presentó como diplejía facial aislada (7,15%). Un caso tuvo un cuadro recidivante, con un episodio anterior sin secuelas. Ningún afectado tuvo debilidad muscular aislada de los miembros superiores y en un caso la asimetría fue relevante con la instalación de una hemiparesia derecha en el primer día de evolución, en el cual al segundo día progresó a cuadriparesia.

Patrón de progresión de las manifestaciones clínicas. Variantes regionales y/o inusuales

La progresión de los síntomas y signos en las extremidades fue ascendente en 8 enfermos (57,1%). Dentro de este grupo, la progresión fue atípica en un solo caso, con paresia inicial de los miembros inferiores seguido de afectación de los pares craneales. La progresión fue descendente en 4 afectados (28,6%).

Los trastornos de la deglución por afectación de los pares craneales se presentaron en la evolución clínica de 4 casos.

De acuerdo a la clasificación de Eiben y Gerson, 6 pacientes quedaron incluidos en el grupo I (42,9%), 2 en el grupo II (14,3%) y 3(21,4%) en cada uno de los grupos III y IV.

Complicaciones

La insuficiencia respiratoria aguda se presentó en 6 pacientes (42,9%), la cual recibió tratamiento con ventilación mecánica en 3 de ellos. La duración de la ventilación fue variable, entre 8 y 25 días (media: 17,3 días). No hubo casos que recibieran soporte ventilatorio mediante técnicas de ventilación no invasiva.

Los trastornos autonómicos cardiovasculares se presentaron en total en 7 enfermos, de ellos: hipertensión arterial en 7, taquicardia en 3 y ambas alteraciones en 3 de ellos. Se constataron disfunciones vesicales en 2 casos (14,3%), que consistieron en retención urinaria y disfunciones intestinales en 1 paciente (7,1%; íleo paralítico). Consideradas en su conjunto, las alteraciones autonómicas se registraron en el 71,4% de los afectados. La insuficiencia respiratoria y los trastornos autonómicos cardiovasculares fueron más frecuentes en los pacientes clasificados dentro del grupo I de Eiben y Gerson (**Tabla 2**).

Tabla 2. Clasificación de Eiben y Gerson en los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

Complicación	Grupo				Total
	I	II	III	IV	
Insuficiencia respiratoria	5	1	-	-	6
Disautonomía cardiovascular	4	1	1	1	7
Disautonomía intestinal	1	-	-	-	1
Disautonomía vesical	-	-	1	1	2

Fuente: Historias clínicas

Mortalidad

Fallecieron 7 enfermos (50%): 4 debido a insuficiencia respiratoria (57,1%), 2 por bronconeumonía bacteriana (28,6%) y 1 por fallo cardiovascular (14,3%).

La causa de muerte fue confirmada en la necropsia en el 85,7% de los casos. El mayor número de fallecidos (6; 85,7%) se encontró en el grupo I de Eiben y Gerson.

Estudios del LCR

En 8 historias clínicas se registraron los resultados del estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo de, al menos, una punción lumbar (PL). De estos resultados, en 2 no obtuvieron los datos cuantitativos de los parámetros a estudiar. En un solo caso se realizó una segunda PL. En las restantes historias clínicas no figuraba la realización del estudio del LCR.

La PL se realizó entre el primero y séptimo días de evolución de la enfermedad neurológica (media: 2,4

días). De los estudios realizados, 2 (25%) mostraron disociación albuminocitológica.

Otros exámenes complementarios

Se realizaron exámenes neurofisiológicos en 2 enfermos, mostrando en ambos casos una polineuropatía motora predominantemente desmielinizante, con ligera afectación axonal. No se realizaron estudios serológicos ni coprocultivos.

Tratamiento

Todos los pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, a una dosis de 400mg/kg/día durante cinco días. No se utilizó plasmaféresis, ni corticoterapia.

DISCUSIÓN

Como referimos en la introducción de esta investigación el área sanitaria del Hospital Clínico–Quirúrgico “Julio Trigo López” abarca una extensa región, predominantemente rural y es el centro de referencia para la atención de esta población adulta. Una investigación similar se realizó en esta institución en la pasada década (10), con respecto a la cual encontramos diferencias en cuanto a datos demográficos y de mortalidad. En general, los resultados son similares a la bibliografía revisada aunque deseamos destacar algunos aspectos, esperando que esta investigación renueve el interés por esta entidad y sus características clínico – epidemiológicas.

El predominio de pacientes del sexo masculino y de la tercera edad corresponde con el incremento de la incidencia de la enfermedad en dicho sexo y en relación directa con la edad (2,5–6,9,11–13).

El cuadro clínico suele estar precedido por infección del tracto respiratorio o gastroenteritis en el 60% de los casos (2,11). El porcentaje ligeramente inferior de estos factores en esta investigación arroja interrogantes sobre la minuciosidad del interrogatorio médico, siendo una de las limitaciones propias de los estudios retrospectivos. La cirugía como antecedente aislado en un paciente recuerda la importancia de considerarla dentro de la anamnesis de los pacientes con debilidad motora simétrica aguda.

Los síntomas iniciales del SGB pueden ser variados e inespecíficos (8,14–16) y el diagnóstico es difícil en aquellos pacientes que comienzan con afectación aislada de los pares craneales (17). Es difícil la distinción entre SGB recurrente y polineuropatía crónica inflamatoria crónica. Los criterios más importantes a favor de plantear un SGB recurrente (12,18–19) en el paciente descrito fueron: un período asintomático prolongado (tres años y medio) y una fase breve de 5 días de progresión. Lo relevante en

el paciente que debutó con una hemiparesia es que tenía antecedentes de hipertensión arterial controlada y en el curso de la enfermedad presentó precozmente un trastorno disautonómico, que generó elevación de la tensión arterial y se produjo un infarto cerebral en el curso de SGB, que se constató en la tomografía de cráneo y en la necropsia. En la literatura analizada encontramos un caso descrito cuyo inicio fue asimétrico con una hemiparesia derecha, que progresó a cuadriparesia y se atribuyó al propio SGB (17).

La insuficiencia respiratoria y los requerimientos de ventilación artificial se observaron en una proporción mayor a lo descrito en la literatura (9,13) debido al número de pacientes con progresión ascendente y afectación de la musculatura del tronco, así como a la frecuencia de complicaciones autonómicas cardiovasculares.

La frecuencia de disociación albuminocitológica fue menor que lo habitualmente se observa (6,7) por cuatro razones fundamentales: 1) La mayoría de los pacientes ingresó en la primera semana de evolución de la enfermedad, período en el que se ha comprobado que este estudio puede arrojar un resultado falsamente negativo (20,21), 2) Hubo historias clínicas donde no se reflejó el valor cuantitativo de los parámetros estudiados, 3) Hay pacientes a los que no se le realizó la punción lumbar y 4) Sólo en un caso se consideró repetir el proceder.

El reporte de baja frecuencia de mortalidad y buen pronóstico para estos pacientes (2,6,10,20) no fue la regla en este estudio debido la frecuencia de pacientes que evolucionaron gravemente y las complicaciones a estos asociadas.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación muestran que en el área sanitaria del Hospital “Julio Trigo López”, en un período de 10 años, los pacientes con SGB fueron predominantemente del sexo masculino, de la tercera edad, procedentes de regiones urbanas. La gastroenteritis fue el factor precedente más frecuente. El diagnóstico se realizó mayormente a partir de los elementos clínicos, teniendo estos pacientes como forma de presentación clínica más usual la cuadriparesia y la parálisis ascendente. Los pacientes con un patrón ascendente de progresión del déficit neurológico tuvieron un pronóstico más sombrío con una alta frecuencia de complicaciones disautonómicas cardiovasculares y respiratorias y también con una mayor mortalidad. La insuficiencia respiratoria fue la causa más frecuente de muerte.

Exhortamos a la realización de estudios neurofisiológicos y coprocultivo a todo paciente con

diagnóstico de SGB, puesto que este permite una completa clasificación y una adecuada evaluación de la probable infección desencadenante y del pronóstico.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a Ana Margarita Fuertes Elizalde, Profesora Auxiliar de Inglés, por su ayuda en la traducción al inglés del reporte escrito de esta investigación y a Malena Melkis Viltres Abreu y Yenía Escobar Ortega por sus esmerados esfuerzos en la recolección de los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tellería-Díaz A, Calzada-Sierra DJ. Síndrome de Guillain-Barré. *Rev Neurol*. 2002;34:966-76.
- Lestayó-O'Farrill Z., Hernández-Cáceres J. L. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain-Barré. Consensos y discrepancias. *Rev Neurol*. 2008;46:230-7.
- Estrada-González JR, Goyenechea A, Herrera C. Brote de polirradiculoneuritis aguda tipo Landry-Guillain-Barré-Ströhl durante una epidemia de dengue. *Rev Cub Hig Epidem*. 1981;19:252-65.
- Oficina Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Ciudad de La Habana 2008 [Internet] 2008 [citado 20.01.2010]. Disponible en: <http://www.one.cu/aed2008>
- Pascual-Pascual SI. Aspectos actuales de las neuropatías inflamatorias agudas y crónicas. Síndrome de Guillain-Barré y polineuritis crónica inflamatoria desmielinizante. *Rev Neurol*. 2002;35:269-76.
- Ramírez-Zamora M, Burgos-Ganuzo CR, Alas-Valle DA, Vergara-Galán PE, Ortez-González CI. Síndrome de Guillain-Barré en edad pediátrica. Perfil epidemiológico, clínico y terapéutico en un hospital de El Salvador. *Rev Neurol*. 2009;48:292-6.
- Buompadre MC, Gañez LA, Miranda M, Arroyo HA. Variantes inusuales del síndrome de Guillain-Barré en la infancia. *Rev Neurol*. 2006;42:85-90.
- Vázquez L, Gómez J. R., Caudales L. A., Vázquez A. Síndrome de Guillain Barré Strohl. Variedad Miller Fisher. *Rev Cubana Med Intens Emerg* [Internet] 2005 [citado 20.01.2010];4(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol4_1_05
- Hernández E, Balí D, Cruz MR, Moreno O. Presentación clínica y evolución del síndrome de Guillain-Barré en una unidad de cuidados intensivos. *Reva Cubana Med*. 2002 [citado 20.01.2010];4(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol4_6_02
- Miralles F, Gutiérrez JA, González M, Guerra R. Síndrome Guillain-Barre en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Cubana Med*. 1996 [citado 20.01.2010];35(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol35_3_96/medsu396.htm
- Aladro-Benito Y, Conde-Sendín MA, Muñoz-Fernández C, Pérez-Correa S, Alemany-Rodríguez MJ, Fiuza-Pérez MD et al. Síndrome de Guillain-Barré en el área norte de Gran Canaria e isla de Lanzarote. *Rev Neurol*. 2002;35:705-10.
- Fernández-Ortega JF, de Rojas-Román JP, Núñez-Castain MJ, Miralles-Martín E, Bravo-Utrera M. Síndrome de Guillain-Barré en Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Neurol*. 2001;33:318-24.
- Parellada J, Hidalgo AO. Comportamiento de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barre Grave. Estudio cooperativo en dos Hospitales Clínico-Quirúrgicos. *Rev Cubana Med Intens Emerg*. [Internet] 2002 [citado 20.01.2010]; 1(1) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/miesu102.htm
- Sera RA, García M, González FB, Hernández R. Síndrome de Guillain-Barré, variante Miller-Fisher y estado de coma profundo. *Rev Ciencias Médicas La Habana*. [Internet] 2008 [citado 20.01.2010];14(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_2_08/habsu208.htm
- Páez E. Síndrome de Guillain Barré. Comunicación breve. *Rev Neurol*. 2001;32:996.
- Santos LA, Herrera C, López M, Domínguez M. Síndrome de Guillain Barré imitando Muerte Encefálica. *Rev Ecuatoriana Neurol*. [Internet] 2006 [citado 20.01.2010];15(2-3). Disponible en: http://www.medicosecuador.com/revneuro/vol15_n2-3_2006/index.html
- Cerisola-Cardoso A, Capote-Moreira G, Scavone-Mauro C. Síndrome de Guillain-Barré en pediatría. Diferentes formas de presentación y dificultades en el diagnóstico precoz. *Rev Neurol*. 2007;44:725-32.
- Pou-Serradell A. Neuropatías disímunes adquiridas. Sintomatología clínica y clasificación. *Rev Neurol*. 2000;30:501-10.
- Grand-Maison F, Feasby TE, Hahn AF, et al. Recurrent Guillain-Barré syndrome: clinical and laboratory features. *Brain*. 1992;115:1093.
- Monteiro JP, Fonseca S, Proença J, Calhau P, Braga M, Fonseca MJ. Síndrome de Guillain-Barré en edad pediátrica. Experiencia de la Unidad de Neuropediatría de un hospital portugués. *Rev Neurol*. 2006; 42:144-9.
- Ropper AH. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med*. 1992;326:1130-6.

Characterization of Guillain-Barre syndrome in "Julio Trigo López" hospital from 2000 to 2009

ABSTRACT

Objective: To describe the features of Guillain-Barre syndrome in patients hospitalized at "Julio Trigo López" Hospital, in Arroyo Naranjo, Havana, Cuba.

Methods: A longitudinal and retrospective study was made. After reviewing of medical records, all patients who were hospitalised in this institution from January 1st, 2000 to December 31, 2009 that meet the Asbury and Cornblath criteria, modified by Ropper for diagnosis of Guillain-Barre syndrome.

Results: 14 patients were studied. The mean age on admission was 54.71 years old. Guillain-Barre syndrome was preceded by respiratory infection (14.3%), gastroenteritis (21.4%), respiratory infection combined with gastroenteritis (7.1%), other infections (14.3%), unspecific febrile syndrome (7.1%) and surgery (7.1%). No previous factors were identified in 4 cases. Unusual or atypical variants were seen in 5 (35.7%) and albuminocytological dissociation was observed in 25% of the patients who had undergone lumbar puncture. 7 cases (50%) died due to breathing inadequacy (57.1%), bacterial bronchopneumonia (28.6%) and cardiovascular failure (14.3%).

Conclusions: Guillain-Barre syndrome has a typical clinical presentation with a high frequency of complications and it is often fatal. The clinical features are diverse and the value of the routine exams is sometimes limited in the first steps of management. This entity represents a major challenge to daily neurological practice.

Key words. Complications. Diagnosis. Guillain–Barré Syndrome. Mortality. Polyneuropathy.

Recibido: 23.12.2011. **Aceptado:** 27.12.2011.

Cómo citar este artículo: Torriente Cortina M, Felipe Barroso AA, Valdivieso Romero JF. Caracterización del síndrome de Guillain–Barré en el Hospital “Julio Trigo López” durante el período 2000–2009. Rev Cubana Neurol Neurocir. [Internet] 2012 [citado día, mes y año];2(1):3–8. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>

© 2012 Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía – Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía

www.sld.cu/sitios/neurocuba – www.revneuro.sld.cu

ISSN 2225–4676

Director: Dr.C. A. Felipe Morán – **Editor:** Dr. P. L. Rodríguez García