

Presentación atípica del Síndrome de Guillain-Barré en un paciente anciano:

Desafíos diagnósticos y terapéuticos

Atypical Presentation of Guillain-Barré Syndrome in an Elderly Patient: Diagnostic and Therapeutic Challenges.

Melisa Martínez Gómez ^a, David Espinoza Coronel ^b Rodolfo Vidales González ^c

Abstract:

This case report details an atypical presentation of Guillain-Barré Syndrome (GBS) in an 81-year-old male from Hidalgo, Mexico. The patient exhibited an unusual onset with sudden weakness in the right upper limb, progressing to bilateral lower limb weakness and later involving the left upper limb. This presentation diverges from the typical pattern of GBS, which usually begins in the lower extremities. After early diagnosis, empirical treatment with intravenous immunoglobulins was initiated, resulting in a rapid and favorable recovery without complications. The patient's comorbidities, including hypertension and type 2 diabetes, were well-managed during hospitalization. This case underscores the need for recognizing atypical GBS presentations to enable prompt diagnosis and successful treatment outcomes, especially in elderly patients.

Keywords:

Case Study, Guillain-Barré Syndrome, Cerebrospinal Fluid Proteins, Immunoglobulins, Polyradiculoneuropathy

Resumen:

Este informe de caso detalla una presentación atípica del síndrome de Guillain-Barré (SGB) en un hombre de 81 años originario de Hidalgo, México. El paciente presentó un inicio inusual con debilidad repentina en el miembro superior derecho, que progresó a debilidad bilateral en las extremidades inferiores y posteriormente involucró el miembro superior izquierdo. Esta presentación difiere del patrón típico del SGB, que usualmente comienza en las extremidades inferiores. Tras el diagnóstico temprano, se inició tratamiento empírico con inmunoglobulinas intravenosas, lo cual resultó en una recuperación rápida y favorable sin complicaciones. Las comorbilidades del paciente, incluyendo hipertensión y diabetes tipo 2, fueron bien manejadas durante la hospitalización. Este caso la necesidad de reconocer presentaciones atípicas de SGB para permitir un diagnóstico oportuno y resultados de tratamiento exitosos, especialmente en pacientes ancianos.

Palabras Clave:

Estudio de caso, Inmunoglobulinas, Polirradiculoneuropatía, Proteínas del Líquido Cefalorraquídeo, Síndrome de Guillain-Barré.

^a Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud, Área académica de Medicina | Pachuca-Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0004-8530-1730>, Email: ma380992@uaeh.edu.mx

^b Instituto de Ciencias de la Salud, Área académica de Medicina | Pachuca-Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0008-9836-9979>, Email: es470864@uaeh.edu.mx

^c Autor de Correspondencia, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Hospital General Dra. Columba Rivera Osorio, Servicio de Medicina Interna | Pachuca-Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0007-0996-9212>, Email: rodolfovidales@hotmail.com

Introducción

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una neuropatía periférica aguda caracterizada principalmente por parálisis flácida aguda que puede acompañarse de disfunción sensorial o autonómica. 1

La incidencia en América Latina oscila entre 0,71 y 7,63 casos/100.000 personas al año. Históricamente, el SGB se ha relacionado con infecciones (principalmente gastrointestinales por *Campylobacter jejuni*) y vacunas (incluidas las del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 [SARS-CoV-2]); sin embargo, en la mayoría de los casos no se identifica un desencadenante específico. 2

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP) es la forma más común, representando el 90% de los casos. 3

El SGB es causado por una respuesta inmunitaria desencadenada frecuentemente por una infección prodrómica, como la del tracto respiratorio o gastrointestinal. En este proceso, los anticuerpos generados por el cuerpo atacan la mielina que recubre los nervios periféricos, lo que resulta en una desmielinización progresiva. Esto interrumpe la capacidad de los nervios para transmitir señales de manera efectiva, llevando a síntomas como la debilidad muscular y la parálisis. Además, en algunas variantes como la neuropatía axonal motora aguda (AMAN), el ataque se dirige a los axones nerviosos. 1

La evolución del síndrome de Guillain-Barré (SGB) suele seguir una rápida aparición de síntomas que progresan en un período de días a semanas. Los primeros signos comúnmente suelen ser la debilidad u hormigueo de miembros inferiores, que puede extenderse a la parte superior del cuerpo y los brazos. En casos graves, las personas pueden experimentar parálisis, dificultad para respirar y pérdida de reflejos. La fase más intensa de debilidad suele ocurrir dentro de las primeras dos semanas desde la aparición de los síntomas. Después de esto, los pacientes entran en una fase de meseta, donde los síntomas se estabilizan antes de comenzar el proceso de recuperación. 5

Uno de los métodos clave es el análisis de líquido cefalorraquídeo, donde típicamente se encuentra una disociación albúmino-citológica, es decir, niveles elevados de proteínas con un conteo celular normal, lo que refuerza el diagnóstico. Además, los estudios electrodiagnósticos juegan un papel fundamental para confirmar el tipo de SGB. En el tipo desmielinizante (AIDP), se observan latencias prolongadas y una disminución en la velocidad de conducción nerviosa. En las variantes axonales, se identifica una reducción de los potenciales de acción

muscular compuestos (PAMC). Por último, la imagenología, en particular la resonancia magnética (MRI), puede mostrar engrosamiento o realce de las raíces nerviosas espinales, lo que apoya aún más el diagnóstico del SGB en algunos pacientes. 4

El diagnóstico temprano del SGB es crucial para iniciar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones severas, como la insuficiencia respiratoria, que ocurre en hasta el 30% de los casos. El tratamiento temprano con inmunoglobulina intravenosa (IgIV) o plasmaféresis es fundamental para controlar la hiperactividad inmunitaria y acelerar la recuperación. 1

Pregunta de investigación

¿Cómo influye la presentación atípica de debilidad inicial en las extremidades superiores en el diagnóstico temprano y tratamiento del Síndrome de Guillain Barré en pacientes ancianos?

Método

La selección de casos para este estudio se basó en identificar casos clínicos relevantes para la comunidad médica, que ofrezcan información útil para atender a pacientes con manifestaciones similares, generalmente atípicas, y permitan establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos. Se incluyeron casos con manifestaciones inusuales que cumplieran estos criterios; no obstante, se excluyeron aquellos con falta de información relevante, que ya hubieran sido analizados previamente, o en los que el paciente no otorgara su consentimiento para el uso de su información médica.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas estructuradas, con formato de historia clínica, y exploración física del paciente, con el fin de obtener datos personales y clínicos esenciales. También se revisaron casos clínicos documentados anteriormente, contrastando con presentaciones típicas del Síndrome de Guillain-Barré y otros padecimientos neurológicos, para descartar diagnósticos diferenciales.

Para la realización de este estudio fue fundamental el respaldo del Hospital General ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio" y el apoyo de médicos con amplia experiencia, quienes proporcionaron orientación en el desarrollo del estudio. El hospital facilitó el uso de la información del paciente tras obtener el consentimiento informado, garantizando su privacidad y anonimato en todo momento.

El procedimiento metodológico incluyó la obtención del consentimiento informado, recolección de datos mediante entrevista y exploración clínica, revisión documental y

análisis de los hallazgos, con la redacción final de conclusiones. Los datos obtenidos en el paciente, quien presentaba una forma atípica del Síndrome de Guillain-Barré, fueron analizados para identificar patrones clínicos relevantes, especialmente dada la falta de confirmación en pruebas complementarias habituales. Se realizó una comparación detallada de estas manifestaciones clínicas con aquellas observadas en casos típicos de Guillain-Barré y otros diagnósticos neurológicos, con el fin de apoyar un diagnóstico y tratamiento oportunos. Este estudio de caso se desarrolló de manera neutral y transparente, sin intento de manipulación de resultados, y con un fin exclusivamente educativo.

Caso clínico

Paciente masculino de 81 años de edad, habitante del Estado de Hidalgo, ingresa al Servicio de Urgencias el 03 de octubre del año 2024 por presentar pérdida de la fuerza de miembro torácico izquierdo. Refiere comienzo de los síntomas el pasado 26 de septiembre, iniciando con la pérdida de la fuerza muscular del miembro superior derecho, de manera súbita "sin poder sostener una taza de café". Posteriormente a este evento, el 29 de septiembre se agrega además la pérdida de fuerza de extremidades inferiores, de forma progresiva. Finalmente progresó a la pérdida de fuerza del miembro torácico izquierdo que refirió a su ingreso al Servicio de Urgencias. Previamente el paciente acudió al Hospital de Zimapán el 29 de septiembre, en el que fue diagnosticado con síndrome de neurona motora inferior, posteriormente acude a particular en el que es diagnosticado con probable Síndrome de Guillain-Barré de presentación atípica y es remitido para la confirmación diagnóstica, así como el inicio del tratamiento. Además, el paciente refiere síntomas de infección de tracto urinario.

En el examen clínico, el paciente niega antecedentes heredofamiliares de importancia. Refiere etilismo de 22 años de duración, así como 30 años de tabaquismo. Última inmunización de SARS-CoV-2 en enero del 2023. Refiere Hipertensión Arterial de dos años de evolución, tratada con Losartan 50 mg vía oral, cada 24 horas; Diabetes Mellitus tipo II de dos años de evolución tratada con Metformina 850 mg vía oral, cada 24 horas. Niega alergias, traumatismos y transfusiones. Niega haber presentado infecciones o síntomas de tracto respiratorio o gastrointestinal. Refiere prostatectomía sin complicaciones.

A la exploración física se encuentra una frecuencia cardíaca de 67 lpm; frecuencia respiratoria de 19 rpm;

tensión arterial de 176/85 mmHg; temperatura de 37.6° C; saturación de O₂ de 87% y glucosa de 152 mg/dl.

A la exploración neurológica se encuentran funciones mentales superiores conservadas; estado de alerta, consciente y orientado en tiempo, lugar y persona; pupilas isocóricas y normorreflécticas, sin alteración de pares craneales.

En el sistema motor encontramos fuerza de miembros superiores 2/5 en escala de Daniels y fuerza muscular en miembros pélvicos 2/5 en escala de Daniels, de predominio proximal. A la exploración de reflejos se encuentra el reflejo rotuliano, aquileo, bicipital y tricipital hiporreflécticos. No se encuentran datos de importancia cardíacos, respiratorios, y digestivos.

Pruebas diagnósticas

Se realizó examen general de orina (EGO) el 6 de octubre y se encontró lo siguiente: Leucocitos incontables; bacterias moderadas; eritrocitos 15-20 GRS/CGA, nitritos negativos. Por lo que se comienza el tratamiento antimicrobiano con cefalosporinas de tercera generación.

Se realizó también un examen citológico y citoquímico de líquido cefalorraquídeo y no se encontraron datos relevantes: aspecto transparente pH 8.0; densidad 1.010, color agua de roca (transparente); coágulo negativo; recuento de leucocitos 0/mm³; eritrocitos 6/mm³; glucosa 90 mg/dl y proteínas líquido 0.27 g/dl.

También se realizó una resonancia magnética de cráneo la cuál no presenta alteraciones.

Además, se realizaron los siguientes estudios: Biometría hemática, dentro de lo normal; velocidad de sedimentación glomerular dentro de lo normal; electrolitos séricos, normales y perfil de funcionamiento hepático, normal. Se solicitó la realización de una electromiografía; sin embargo, debido a la falta de disponibilidad del estudio en el hospital, no fue posible llevarlo a cabo en esta ocasión. Es por esto que se comienza el tratamiento.

Manejo

Se colocaron puntas nasales a un litro. Se administró solución salina 0.9%, 250cc p/24 horas, se continuó con el tratamiento de las enfermedades previas y el fármaco empleado empíricamente para el padecimiento actual fue: Inmunoglobulina G, 400 mg/Kg/día intravenosa, completando 5 días de tratamiento sin presentar ninguna complicación aparente. El paciente respondió adecuadamente al tratamiento con inmunoglobulina

después de tres dosis, mejorando la fuerza, y obteniendo un 4/5 en miembros superiores a la escala de Daniels, al día tres de iniciado el tratamiento con inmunoglobulinas, y una escala 3/5 en la escala de Daniels en los miembros pélvicos.

Pronóstico

Se mantiene en vigilancia 7 días más, para observar meseta de síntomas neurológicos.

Al alta, tras 5 dosis se observó una escala de Daniels de 4/5 en miembros superiores e inferiores. Sin ninguna complicación al momento, el paciente fue dado de alta.

El riesgo de recaída parece ser mayor en aquellos que han tenido un inicio tardío del tratamiento, un curso de una enfermedad más largo y otros problemas asociados. La recurrencia ocurre en 2-5% de los pacientes. 16

Dada esta situación, y debido a que el inicio del tratamiento del paciente fue temprano, y su curso de la enfermedad fue corto, se espera un buen pronóstico.

Resultados

En este estudio de caso, se evaluaron los hallazgos clínicos, paraclínicos y la respuesta al tratamiento en un paciente con presentación atípica de Síndrome de Guillain-Barré.

A continuación, se resumen los resultados obtenidos:

Parámetro	Hallazgo
Edad y género	81 años, masculino.
Antecedentes personales	Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo y etilismo
Síntomas iniciales	Debilidad súbita en miembro superior derecho, progresivo a las otras extremidades.
Exploración física	Fuerza 2/5 (miembros superiores e inferiores), hiporreflexia generalizada.
Líquido cefalorraquídeo	Proteínas: 0,27 g/dL; glucosa: 90 mg/dL; leucocitos: 0/mm ³
Electrolitos y hemograma	Dentro de rangos normales.
Tratamiento	Inmunoglobulina G intravenosa, 400 mg/kg día durante 5 días.
Evolución clínica	Fuerza mejoró a 4/5 en extremidades superiores

	y 3/5 en extremidades inferiores durante el día 3
Estado de alta	Fuerza 4/5 en todos los miembros, sin complicaciones.

Figura 1. Tabla de datos clínicos, paraclínicos, manejo y respuesta a tratamiento de paciente con Síndrome de Guillain Barré

La respuesta al tratamiento con inmunoglobulina fue rápida y favorable, permitiendo una recuperación funcional sin complicaciones mayores durante la hospitalización. Esto resalta la efectividad de un manejo oportuno en casos atípicos de SGB en pacientes ancianos.

Discusión

El caso presentado ilustra los desafíos en el diagnóstico temprano y el manejo terapéutico de una presentación atípica del Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en un paciente anciano, un contexto que complica aún más el reconocimiento y tratamiento de esta enfermedad. En general, el SGB se caracteriza por una debilidad ascendente, comenzando en las extremidades inferiores; sin embargo, este paciente mostró una debilidad inicial en el miembro superior derecho, lo cual es inusual y contribuyó a la confusión diagnóstica inicial. Además, los síntomas en el paciente anciano fueron progresivos y no se ajustaron completamente a los patrones típicos, lo que resaltó la necesidad de un enfoque diagnóstico integral. La ausencia de infecciones prodrómicas del tracto respiratorio o gastrointestinal, que generalmente preceden a los casos de SGB, así como a los resultados del líquido cefalorraquídeo (LC) sin alteraciones, también representa un reto para el diagnóstico. La debilidad generalizada en todos los miembros y la hiporreflexia presente al ingreso fueron claves para el diagnóstico y la mejora clínica con el tratamiento de inmunoglobulinas. Este caso subraya la relevancia de considerar el SGB incluso en presentaciones inusuales y en ausencia de factores desencadenantes comunes.

Otro aspecto crítico del manejo fue la pronta administración de inmunoglobulina intravenosa, que mostró ser eficaz en la recuperación de la fuerza muscular, observándose mejoría en la puntuación de fuerza de 2/5 a 4/5 en miembros superiores, lo cual refleja una buena respuesta al tratamiento y confirma el diagnóstico de SGB. Este resultado destaca la importancia del tratamiento temprano para evitar complicaciones graves, como la insuficiencia respiratoria,

especialmente en pacientes mayores, quienes tienen mayor riesgo de desenlaces adversos. Finalmente, este caso enfatiza la importancia de diferenciar entre SGB y otros desórdenes neuromusculares en pacientes de edad avanzada. La comparación con condiciones como la Polirradiculoneuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica (PDIC) y la Miastenia Gravis, entre otros, es crucial para evitar diagnósticos erróneos y asegurar un manejo adecuado. Las variantes clínicas de SGB, como las presentaciones con afectación inicial de extremidades superiores, deben ser reconocidas como posibles, especialmente en pacientes mayores, para mejorar los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

Característica	Síndrome de Guillain-Barré (GBS)[11]	Polirradiculoneuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica (PDIC)[12]	Neuropatía Motora Multifocal (NMM)[13]	Miastenia Gravis[14]	Encefalomielitis Diseminada Aguda (ADEM)[15]
Tipo de Enfermedad	Trastorno neurológico autoinmune	Trastorno neurológico autoinmune crónico	Trastorno neurológico autoinmune	Enfermedad neuromuscular autoinmune	Enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central
Inicio	Agudo, días a semanas	Progresivo, semanas a meses	Subagudo, semanas	Fluctuante	Agudo, días a semanas
Curso	Monofásico, autolimitado	Crónico, recurrente o progresivo	Crónico, progresivo	Fluctuante	Monofásico, generalmente autolimitado
Debilidad Muscular	Si, simétrica, inicia en extremidades inferiores	Si, simétrica o asimétrica, puede involucrar todos los miembros	Asimétrica, predominantemente distal	Si, fluctuante, empeora con el esfuerzo	Si, puede afectar extremidades y tronco
Afectación de Nervios Sensitivos	Puede estar presente	Si, frecuente	Rara, predominantemente motor	No	Si, junto con síntomas encefálicos
Reflejos Osteotendinosos	Disminuidos o ausentes	Disminuidos o ausentes	Disminuidos o normales	Normales o disminuidos	Disminuidos
Afectación Autonómica	Puede estar presente (disfunción cardíaca, digestiva)	Puede estar presente	Rara vez presente	No	Puede estar presente
Tratamiento con IVIG	Si	Si	Si	Si (en crisis o casos refractarios)	Si, especialmente en casos graves
Resonancia Magnética	No es diagnóstico, pero puede mostrar raíces nerviosas engrosadas	Puede mostrar realce de raíces nerviosas persistente	Generalmente normal, puede mostrar leve realce	Normal	Puede mostrar lesiones cerebrales

Figura 2. Tabla comparativa entre diferentes enfermedades que comparten rasgos con el Síndrome de Guillain Barre.

Conclusiones

La presentación inicial atípica del Síndrome de Guillain-Barré en un paciente anciano, con debilidad iniciada en los miembros superiores, enfatiza la importancia de considerar variantes menos comunes de la enfermedad. Esto destaca la necesidad de una evaluación neurológica exhaustiva para lograr un diagnóstico oportuno y optimizar el tratamiento, mejorando así los resultados clínicos, y disminuyendo la posibilidad de complicaciones. Es de importancia la investigación de infecciones gastrointestinales, de la vía aérea o vacunas recientes en el paciente, sin embargo, no es un dato decisivo para el diagnóstico. 2

La administración temprana de inmunoglobulina es fundamental para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico. 1

Es esencial considerar diagnósticos diferenciales exhaustivos, como los descritos en la tabla dos, incluyendo otras neuropatías periféricas, para garantizar un manejo clínico óptimo.

La realización de estudios complementarios como el análisis de LCR, la RM y la electromiografía son importantes para la confirmación diagnóstica, sin embargo, se pueden tener valores normales y no por eso descartar el diagnóstico de SGB. 4

Este caso subraya la importancia de la personalización del tratamiento en pacientes mayores con comorbilidades, maximizando la posibilidad de recuperación funcional.

Al ser un caso leve y tratarse de manera inmediata, el paciente tiene la posibilidad de recuperarse totalmente en pocas semanas, incluso algunos meses, sin que haya complicaciones. 16

La duración de la estancia hospitalaria podría alargarse en pacientes de edad avanzada, con el fin de monitorizar el avance de la enfermedad, además de las comorbilidades previas del paciente. 16

Referencias

- [1] Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten. Primaria* 2009; 41(6): 342-48.
- [2] Silva G, Galeano E, Correa J. Compliance with the treatment. *Acta Médica Colombiana* 2005; 30(4): 268-73.
- [3] Viesca TC. Paternalismo médico y consentimiento informado. En: Márquez-Romero R, Rocha-Cacho WV, editors. *Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. 1st ed. México: UNAM; 2017: 1-22.
- [4] Grady P, Lucio-Gough L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Panam. J. Public. Health*. 2015; 35(9): 187-194.
- [5] Cañete-Villafranca R, Guilhem D, Brito-Pérez K. Paternalismo médico. *Rev. Med. Elect*. 2013; 35(2): 144-152.
- [6] Caballo C, Pascual A. Entrenamiento en habilidades de automanejo en personas con enfermedades crónicas: un estudio cuasi-experimental. En: Universidad de Salamanca, editor. *IX Jornadas Científicas Internacionales de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca; INICO; 2012: 1-12.
- [7] Millaruelo-Trillo JM. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Aten. Primaria* 2010; 42(1): 41-47.
- [8] Bonal-Ruiz R, Cascaret-Soto X. Reflexión y debate ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN*. 2009; 13(1): 1-10.

- [9] Lorig K, Ritter PL, Villa F, Piette JD. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement. *Diabetes Care* 2008; 31(3): 408–14.
- [10] Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Off. J. Int. Soc. Nephrol.* 2013; 3(1): 1–163.
- [11] UHealth Neurosciences. (n.d.). Guillain-Barré Syndrome. Recuperado el 26 de octubre de 2024, de <https://med.uth.edu>
- [12] National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). *Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (CIDP)*. Recuperado el 26 de octubre de 2024, de <https://www.ninds.nih.gov>
- [13] Mayo Clinic. (2023). *Multifocal motor neuropathy (MMN)*. Recuperado el 26 de octubre de 2024, de <https://www.mayoclinic.org>
- [14] National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). *Myasthenia Gravis Fact Sheet*. Recuperado el 26 de octubre de 2024, de <https://www.ninds.nih.gov>
- [15] Cleveland Clinic. (n.d.). *Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)*. Recuperado el 26 de octubre de 2024, de <https://my.clevelandclinic.org>
- [16] Andary, M. T., Oleszek, J. L., Maurelus, K., & White-McCrimmon, R. Y. (2017). Guillain-Barre Syndrome. Medscape Reference. Retrieved October 6, 2017, from <https://emedicine.medscape.com/article/315632-overview>