

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ENTEROVIRUS D68 O CMV

Formoso Leal L, Escolar Martín JM, Monteagudo Vilavedra E, Rivas Vázquez M, Maroño García L, Lendoiro Fuentes M, Carballeira González I.

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Guillain Barré → **polineuropatía aguda inmunomediada**, que se caracteriza por:

- **Parálisis flácida ascendente y simétrica.**
- **Arreflexia.**
- Alteración sensorial: parestesias, dolor lumbar y de extremidades.
- Disautonomía: arritmias, hipotensión, íleo paralítico...

Diagnóstico: los **criterios clínicos** + estudio del LCR + hallazgos electrofisiológicos.

Tratamiento: medidas de soporte + inmunoglobulinas intravenosas + rehabilitación +/- plasmaféresis.

CASO CLÍNICO

♂ 8 años: debilidad muscular progresiva de MMII y dificultad para la deambulación (un mes de clínica).

AP: Cuadro catarral leve una semana antes del inicio del cuadro.

EF: **debilidad muscular distal + incapacidad para la marcha autónoma + arreflexia generalizada.**

Ingreso

- PL: disociación albúmino-citológica leve.
- EMG: Retraso global de las ondas F en MMII e

MMSS = **SGB incipiente.**

Tratamiento: **Inmunoglobulina humana**

inespecífica (1g/kg/d, 2 días), fisio y rehabilitación.

1ª semana de ingreso

Mejoría clínica con deambulación
prácticamente autónoma

- Microbiología: IgG e IgM para **CMV positivas** (PCR de CMV positivo) e IgM *M. Pneumoniae* límite.
Tratamiento: Azitromicina oral y ganciclovir IV 14d.

2ª semana de ingreso:

Deterioro motriz → **incapacidad para la marcha y diplopía binocular con parálisis del VI par.**

- EMG: aumento de latencia distal y bloqueos parciales de conducción con caída de amplitudes con ondas F ausentes →

polineuropatía severa mixta desmielinizante.

- RMN: Engrosamiento y marcado realce de la raíces de la cola de caballo → **SGB severo.**

- Anticuerpos: **antigangliosido GM2 +** (débil banda).

- Microbiología: estudio de heces: positividad para **Enterovirus D68.**

Tratamiento: **Inmunoglobulina intravenosa** (400 mg/kg/d, 5 días).



Situación actual tras 6 meses del ingreso:

Recuperación total a nivel motor: fuerza conservada 5/5. Estabilidad, marcha y carrera normal.

Leve tendencia al agotamiento precoz (12 minutos en cinta). Independiente. Visión normal, sin diplopía.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico final es **Síndrome de Miller-Fisher** como variante del SGB (afectación oftalmológica).

El **CMV** es la 2º causa más frecuente de SGB, asociando a antigangliósido GM2 + y mal pronóstico.

Relación creciente de la infección por **Enterovirus D68** con la parálisis flácida aguda y con el SGB.