

## Tratamiento fisiátrico en síndrome de Guillain-Barré postinfeccioso por virus Zika

### Physiatric Treatment for Post infectious Guillain-Barré Syndrome by Zika Virus

Naomi de la Caridad Bonilla Pedroso<sup>1</sup>  
Alejandro Terry Zamora<sup>1</sup>  
Jacqueline del Carmen Martínez Torres<sup>1</sup>  
José Ángel García Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía inflamatoria aguda, de etiología autoinmune, con expresión clínica en los nervios periféricos y sus raíces espinales. El objetivo es mostrar la mejoría-curación de un paciente portador de Guillain Barré tratado durante 90 días con agentes físicos, marcha, reeducación muscular facial y periférica. Paciente masculino de 50 años, con antecedentes de infección por virus Zika, que ingresó en terapia intermedia con dolor y parestesias en miembros inferiores, disminución de la fuerza muscular, dificultad para caminar y toma de pares craneales. Tres semanas después de iniciado el cuadro, ingresó en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas para recibir tratamiento rehabilitador integral con oxigenación hiperbárica, magnetoterapia, electroterapia y kinesiología. El tratamiento fue efectivo para la evolución positiva del paciente y su incorporación sin limitaciones a las actividades diarias.

**Palabras clave:** Síndrome Guillain-Barré; virus Zika; rehabilitación.

## ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS) is an acute inflammatory polyneuropathy of autoimmune etiology clinically shown in the peripheral nerves and spinal roots. The objective is to show the improvement-cure of a patient carrying Guillain Barré. He was treated for 90 days with physical agents, walking, facial and peripheral muscle reeducation. We present a case of a 50-year-old male patient with a history of Zika virus infection, who was admitted to intermediate therapy presenting pain and parenthesis in his lower limbs, decreased muscle strength, difficulty at walking and cranial nerve involvement. Three weeks after this condition started, he was admitted at the Medical Surgical Research Center to receive comprehensive rehabilitation treatment with hyperbaric oxygenation, magneto-therapy, electrotherapy and kinesiology. The treatment was effective for the positive evolution of this patient and his reintegration without limitations to daily activities.

**Keywords:** Guillain Barré Syndrome; Zika virus; rehabilitation.

---

## INTRODUCCIÓN

Cada año la literatura médica recoge un número de reportes que tratan numerosos aspectos relacionados con el Síndrome Guillain Barré Strohl (cuadro descrito por estos autores en 1916).

Este síndrome es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de carácter progresivo; debido a la inflamación de los nervios periféricos, secundaria a factores autoinmunes.<sup>(1)</sup> Está relacionado a infecciones previas. Sin embargo, las observaciones hechas hasta ahora no pueden considerarse definitivas ya que un número de ellas favorecen la tesis de que se trata de una enfermedad vírica que actúa de forma aguda en el sistema nervioso, mientras que otros la asocian a una reacción alérgica de determinadas estructuras, que tal vez se encuentren relacionadas con mecanismos previos de sensibilización por invasión vírica o bacteriana. La secuencia de eventos que conllevan a las manifestaciones clínicas no se ha podido dilucidar y existen dudas con respecto al mecanismo de la lesión.<sup>(1,2)</sup>

Más del 40 % de los pacientes requieren rehabilitación porque el síndrome genera discapacidad muy frecuentemente. Los niños tienen un mejor pronóstico que los adultos y un menor índice de secuelas. La mayoría de los afectados evolucionan con el tiempo hacia la mejoría-curación, sin necesidad de que tenga que usarse el arsenal terapéutico que puede brindar la medicina física y rehabilitación y que puede acelerar el proceso de recuperación y curación de secuelas a los portadores de este síndrome.<sup>(3,4,5)</sup>

El objetivo de este trabajo es mostrar la mejoría-curación de un paciente portador de Guillain Barré tratado durante 90 días con agentes físicos, marcha, reeducación muscular facial y periférica.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 50 años de edad, color de piel negra, de profesión periodista, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial prescrita hace casi dos décadas y cardiopatía isquémica diagnosticada hace más o menos cuatro años. Fue compensado con tratamiento medicamentoso.

Expresó que una noche, 21 días antes de su ingreso, comenzó con un dolor en ambos tobillos que aumentó hacia la madrugada hasta volverse insoportable (10/10 en la escala del dolor), por lo que decidió tomar una tableta de metocarbamol y un supositorio de piroxicam, con lo cual logró aliviarse.

Al día siguiente comenzó con rash generalizado y diarreas, que él asoció con una intoxicación alimentaria por ingesta de maní. En los días sucesivos continuó con decaimiento, dolor de cabeza, calambres en los miembros inferiores y dolor en los hombros.

Cinco días después del inicio de los síntomas, la pasta dental salía involuntariamente de su boca cuando se cepillaba los dientes. No tenía fuerzas para cerrar la boca. Sentía mucho cansancio y dificultad para incorporarse de la cama.

Como el cuadro clínico empeoró, al otro día fue ingresado en la sala de cuidados intermedios de su centro hospitalario más cercano. Presentaba debilidad muscular severa, calambres en miembros inferiores, toma de pares craneales (V, VII y XII) y pérdida del equilibrio durante la marcha.

Luego de la estabilización clínica del paciente con los procedimientos realizados durante la hospitalización inicial, fue ingresado en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas para la realización de tratamiento rehabilitador.

### Examen físico inicial:

Paciente normolíneo que ambula con apoyo de un bastón una distancia de 20-30 metros, por presentar debilidad muscular en miembros inferiores, con aumento de la base de sustentación, a pasos cortos, inestabilidad en la marcha, no balanceo de brazos, que adopta en el lecho decúbito activo indiferente, facies con borramiento del surco nasogeniano mayor en la hemicara derecha, con dificultad para la mímica facial, masticar y tragar, así como para la comunicación oral (aparentemente por debilidad de la musculatura facial).

**Soma:** Dolor en dedos de ambas manos, disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, con nota muscular 3, que dificulta la marcha y las actividades de la vida diaria (AVD), como cepillarse los dientes, masticar, tragar y caminar. Dolor en región lumbar localizado que no se irradia y que aumenta con el cambio de sedestación a bipedestación. Genus recurvatum de ambas rodillas.

**Cara:** Dificultad para realizar movimientos de la mímica facial por afectación del VII par (rama motora), dificultad para realizar apertura de la boca y la masticación por afectación del V par (rama motora).

**Sistema nervioso:** Arreflexia osteotendinosa, tono muscular disminuido, maniobras de Barré y minganzini positivos para miembros inferiores. Romberg simple y sensibilizado positivos. Afectación de rama motora de pares craneales V, VII y XII.

### **Tratamiento rehabilitador integral realizado:**

- Oxigenación hiperbárica: 15 sesiones
- Magnetoterapia con cama magnética. Intensidad: 50 %, frecuencia: 50 Hz, *total body* por 15 minutos, de lunes a viernes, por 15 sesiones
- Electroterapia estimulativa de la musculatura facial y de miembros inferiores con corrientes farádicas y previo electrodiagnóstico
- Programa de reeducación muscular progresivo en colchón
- Ejercicios de estabilidad y equilibrio sentado y de pie
- · Reeducación progresiva de marcha
- Bicicleta sin carga por 5 minutos durante 3 semanas
- Fue evaluado y tratado por logopedia para la corrección de la mímica facial y el trastorno articulatorio

La hospitalización duró 3 meses y se hizo una evaluación a los 60 días. El paciente dejó de usar el apoyo externo. Mejoró estabilidad y equilibrio para la marcha, que realizó con parámetros normales y aumento progresivo de la distancia hasta llegar a los 200 metros. Se cepillaba los dientes, masticaba, tragaba sin dificultad y comunicaba con fluidez. Sin embargo, se fatigaba al pedalear en bicicleta estática por más de 10 minutos.

### **Tratamiento en esta fase:**

- Magnetoterapia con cama magnética. Intensidad: 50 %, Frecuencia: 50 Hz, *total body*, por 15 minutos, de lunes a viernes, por 15 sesiones.
- Electroterapia estimulativa de la musculatura facial y de miembros inferiores con corrientes farádicas y previo electrodiagnóstico.
- Hivamat para estimulación facial.
- Programa de reeducación muscular progresivo en colchón. Se incluyen ejercicios de fortalecimiento de los 4 miembros y tronco.
- Ejercicios de estabilidad y equilibrio sentado y de pie.
- Reeducación progresiva de marcha. Marcha con obstáculos.
- Bicicleta sin carga con aumento progresivo del tiempo hasta 30 minutos.
- Terapia ocupacional.
- Ejercicios de mímica facial.

### **Evaluación final a los 90 días:**

El estado general del paciente es satisfactorio. Hace todas las actividades del gimnasio. Se explora marcha sin alteración y realiza trote corto. Se reincorpora laboralmente con la recomendación de mantener los ejercicios en el hogar.

## **CONCLUSIONES**

El tratamiento rehabilitador debe aplicarse en un portador de Guillain Barré desde que se compensa clínicamente. Con un tratamiento rehabilitador integral como el realizado a este paciente es posible la evolución hacia la curación-erradicación de secuelas.

### Conflicto de intereses

Las autores declaran que no firmaron ningún acuerdo por el que recibieran beneficios u honorarios y que ninguna entidad comercial pagó a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que están afiliados.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. Cuba: MINSAP; 2017 [citado 17/01/2018] Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario\\_Estad%C3%ADstico\\_de\\_Salud\\_e\\_2016\\_edici%C3%B3n\\_2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf)
2. Lestayo O'Farrill Z. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain-Barré. Consensos y discrepancia. Rev Neurol [Internet]. 2008 Feb [citado 18/01/2018]; 46(4):230-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18327746?dopt=Abstract>
3. González Suárez I, Sanz Gallego I, Rodríguez de Rivera F, Arpa J. Guillain-Barre F. Syndrome: natural history and prognostic factors: a retrospective review of 106 cases. BMC Neurology. [Internet]. 2013 [citado 18/01/2018]; 19(2):95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723666/>
4. Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, Morgan OW. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neuroepidemiology [Internet]. 2011 [citado 17/01/2018]; 36(2): [aprox. 10 pantallas]. Available from: <http://www.karger.com/Article/FullText/324710>
5. Raphaël JC, Chevret S, Hughes R AC, Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [citado 19/01/2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786475>

Recibido: 15/03/2018  
Aprobado: 25/05/2018

*Naomi de la Caridad Bonilla Pedroso.* Correo electrónico: [isispedroso@infomed.sld.cu](mailto:isispedroso@infomed.sld.cu)