

ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE CÉRVICO-FARÍNGEO-BRAQUIAL EN EL HOSPITAL PARA EL NIÑO DE TOLUCA. REPORTE DE CASO

ADOLESCENT WITH GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME: CERVICO-PHARYNGEAL-BRACHIAL VARIANT AT THE CHILDREN'S HOSPITAL OF TOLUCA. CASE REPORT

Osskar Iván Rincón Ardila¹, Dignora Marcela Rincón Ardila², José Ignacio Beltrán Nuño³

Recibido: 15 de Junio de 2025.

Aprobado: 15 de Julio de 2025

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una enfermedad desmielinizante aguda que causa el rápido desarrollo de debilidad progresiva y bilateral de las extremidades y a menudo de los músculos faciales, respiratorios y de deglución. Es considerado como la causa más frecuente de parálisis flácida reportándose una incidencia mundial de 0.6 a 4 por 100 000 habitantes por año. Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven (15-34 años) y otra en ancianos (60-74 años), es rara en niños menores de un año. **Presentación de caso:** un adolescente con disminución aguda y progresiva de miembros superiores y posteriormente inferiores que conllevo adicionalmente a datos de dificultad respiratoria que requirieron manejo avanzado de la vía aérea, posteriormente se inició manejo con inmunoglobulina humana y se realiza estudio tipo velocidades de conducción con evidencia de la variante “Síndrome de Guillain-Barré variante Cérvico-Faríngeo-Braquial” (SGB CFB). **Conclusión:** Aunque el SGB es una patología recurrente secundario a procesos infecciones, consideramos que la variante previamente descrita no se presenta de forma frecuente por lo que es prudente exponer el caso y evaluar el seguimiento del paciente.

Palabras clave: Síndrome de Guillain Barre, Variante Faríngeo/Cervical/Braquial, polineuropatía, hiporeflexia, sistema nervioso.

ABSTRACT

Introduction: Guillain Barré syndrome (SGB) is an acute demyelinating disease that causes the rapid development of weakness of the extremities and often of the facial, respiratory and swallowing muscles. It is the most common cause of flaccid paralysis, reported with an incidence of 0.6 cases in 100 000 people per year. **Case report:** an adolescent with acute and progressive decrease of upper and later lower limbs that additionally led to data of

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



respiratory distress that required advanced management of the airway, later management with immunoglobulin was started and a conduction speed study was conducted with evidence of "SBG PCB" variant. **Conclusion:** Although SGB is a recurrent pathology secondary to infection processes, we consider that the previously described variant does not occur frequently, so it is prudent to present the case and evaluate the patient's follow-up.

Key words: Guillain Barre Syndrome, hyporeflexia, polyneuropathy, nervous system, pharyngeal/cervical/brachial variant.

Introducción:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda, caracterizada por parálisis motora, hiporreflexia, síntomas sensitivos mínimos, afectación de pares craneales y, en la mayoría, evidencia de neuropatía desmielinizante; Se ha sugerido que el sistema inmune, activado por diferentes agentes infecciosos desarrolla una reacción cruzada entre epítopes del antígeno infeccioso y antígenos de la membrana de la célula de Schwann (forma desmielinizante) o de los nódulos de Ranvier del nervio motor (forma axonal).

La variante Cérvico-Faríngeo-Braquial del SGB es una condición rara y solo se han informado algunos casos. Esta variante no causa debilidad generalizada en las extremidades como en el tipo de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), que es la forma más común de SGB.

Suele afectar a los músculos orofaríngeos especialmente a los músculos bulbares, cuello y músculos proximales de miembros superiores. Las proteínas elevadas en el LCR y las características

desmielinizantes en los estudios de conducción nerviosa son otras características que respaldan el diagnóstico.

Caso clínico

Se trata de paciente masculino de 11 años de edad sin antecedentes heredofamiliares de importancia además cuenta con esquema de vacunación completo corroborado por cartilla y sin alteraciones en el neurodesarrollo, inicia su padecimiento caracterizado por accesos de tos no emetizante ni cianozante asociado a alzas térmicas de hasta 37.7, posteriormente inicia con datos de disminución de la fuerza en miembros superiores e inferiores asociado a datos de dificultad respiratoria por lo que inicialmente indican manejo con ibuprofeno, bencilpenicilina sin respuesta clínica por lo que acude a valoración a la unidad de urgencias; al ingreso orientado en las tres esferas, ruidos respiratorios presentes con estertores bilaterales basales, disminución de la fuerza en miembros superiores 3/5 (Escala Daniels) por lo que ingresa para abordaje como parálisis flácida en estudio.

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



Posterior al ingreso (24 horas) inicia con datos de dificultad respiratoria con requerimiento de dispositivo de alto flujo, posteriormente con datos de deterioro neurológico con evidencia de Glasgow 7/15 (O2 / V2 / M3) además con aumento de pérdida de fuerza en extremidades y arreflexia por lo que se realiza maniobras avanzadas de la vía aérea, por lo anterior se deja diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre y se inicia manejo con Inmunoglobulina (2 gr/kg/do) además se solicita electromiografía (Tabla 2,3 y 4) la cual reporta (Neuroconducción motora: Se obtuvieron potenciales de acción musculares compuestos con morfología normal a dispersa y amplitud severamente disminuida para nervio Ulnar y Tibial de manera bilateral y peroné derecho y tibial izquierdo, peroné izquierdo y tibial derecho con respuesta ausente; y disminución leve a moderada para mediano, axilar y femoral de manera bilateral. Nervio frénico bilateral con amplitud normal. Latencias distales y proximales normales para todos los nervios evaluados de manera bilateral. Velocidades de conducción normales para todos los nervios evaluados de manera bilateral. Disminuida en peroné izquierdo; Neuroconducción sensitiva: Se obtuvieron potenciales de acción nerviosos sensitivos con morfología, amplitudes y latencias normales de manera bilateral para nervio Mediano y Ulnar. Sural bilateral con respuesta ausente; Pruebas Especiales: Reflejo H ausente de manera bilateral en músculo sóleo. Onda F Ausente de manera bilateral para nervio Mediano, Ulnar, Tibial y Peroné. Por lo anterior es valorado por el servicio de neurología quien indica que cuenta con velocidades de neuroconducción con daño axonal

compatibles con un síndrome de Guillain barre Cérvico-Faríngeo-Braquial por lo que sugieren vigilar el desarrollo de disautonomias y valoración por rehabilitación.

Dentro de la evolución del paciente se encuentra lograr disminuir gradualmente de parámetros de ventilación mecánica invasiva además evaluando secuelas del paciente se valora con el servicio de otorrinolaringología quien realiza traqueostomía y posteriormente valorado por el servicio de cirugía pediátrica quien realiza funduplicatura y gastrostomía.

Posterior al egreso continuando con seguimiento por el servicio de cirugía pediátrica, logrando realizar retiro de gastrostomía con adecuada tolerancia y además en espera de retiro de traqueostomía, adicionalmente se encuentra en seguimiento por el servicio de rehabilitación (fortalecimiento de cintura escapular y pélvica, fortalecimiento de paravertebrales y abdominales, ejercicios funcionales de colcho de 4 puntos, hincado y bípedo, transiciones y transferencias, marcha en hincado, reeducación de dorsiflexores, tríceps sural, tibial anterior y peroneos bilateral). Estrategias de equilibrio y coordinación), así como seguimiento por el servicio de neurología.

Discusión

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda, caracterizada por parálisis motora, hipoarreflexia, síntomas sensitivos mínimos, afectación de pares craneales y, en la mayoría, evidencia de neuropatía desmielinizante.¹

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



En el 90% de los casos el LCR presenta hiperproteínorraquia con menos de 10 células en el momento de mayor debilidad.¹

Se ha sugerido que el sistema inmune, activado por diferentes agentes infecciosos, desarrolla una reacción cruzada entre epítopes del antígeno infeccioso y antígenos de la membrana de la célula de Schwann (forma desmielinizante) o de los nódulos de Ranvier del nervio motor (forma axonal);¹ a partir de los hallazgos anatomopatológicos y electrofisiológicos, se reconocen diferentes subtipos: neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), neuropatía motora axonal aguda (AMAN), neuropatía sensitivo motora axonal aguda (AMSAN).¹

La variable Cérvico-Faríngeo-Braquial de SGB fue reportada por primera vez por Roper et al. en 1986, la enfermedad terminó sin afectar la potencia de las piernas.² Llamó a esta condición CFB y la consideró una variante regional de SGB.²

Por lo general, la CFB se presenta como una parálisis bulbar grave y progresa lentamente a parálisis facial, oftalmoplejía y debilidad de los flexores del cuello y los músculos proximales de las extremidades superiores;² los otros criterios para el diagnóstico de la variante CFB son similares a los del SGB agudo e incluyen arreflexia, aumento de la proteína del LCR y enfermedad desmielinizante en los estudios de conducción nerviosa.²

Es considerado como la causa más frecuente de parálisis flácida reportándose

una incidencia mundial de 0.6 a 4 por 100 000 habitantes por año.⁹ Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven (15-34 años) y otra en ancianos (60-74 años), es rara en niños menores de un año.⁹ El trastorno suele aparecer unos días o semanas después de que la persona presentó síntomas de infección viral respiratoria o intestinal;⁹ en algunas ocasiones el embarazo, las cirugías o las vacunas pueden desencadenar el síndrome.⁹

El tratamiento puede ser general (Preservación de la capacidad ventilatoria, así como de la vía aérea;³ monitorización cardiovascular; tratamiento de trastornos autonómicos (arritmias, hipertensión/hipotensión arterial);³ prevención y/o tratamiento precoz de las infecciones;³ nutrición e hidratación adecuadas; prevención de escaras cutáneas) además un tratamiento específico (Gammaglobulina intravenosa: dosis total de 2 g/kg; plasmaféresis; neurorrehabilitación).³

El pronóstico del SGB en niños es generalmente bueno.³ Más del 90% de los casos de PDIA y casi la totalidad de los casos de Síndrome de Miller Fisher se recuperan íntegramente.³ La severidad del cuadro clínico es importante como factor pronóstico del SGB.³ El 40% de los niños afectados pierde la marcha durante la fase aguda de la enfermedad y alrededor de un 15% necesita soporte ventilatorio; los niños con las formas más severas de SGB tardarán entre 6 meses y un año en alcanzar la recuperación completa.³ Un 5-10% queda con secuelas sensitivas y/o motoras menores,

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



generalmente distales en las extremidades inferiores; la mortalidad publicada en la literatura es de 1-5%.³

Conclusión

Aunque el síndrome de Guillain Barre es frecuente, la variable Cérvico-Faríngeo-Braquial no tiene una presentación muy común en pacientes pediátricos, por lo anterior, se debe conocer una aproximación diagnóstica inicial, además de herramientas adicionales a la clínica que conduzcan a un diagnóstico definitivo que permita el tratamiento oportuno, la rehabilitación temprana y se eviten así secuelas a largo plazo.

Agradecimientos

A él Hospital para el Niño de Toluca y a la Universidad Autónoma del Estado de México por ser fuente de inspiración y contribución científica a la comunidad, además de permitirnos la formación como profesionales.

Referencia

1. M, B., L, G., & M, M. (2016, 16 enero). NCBI - WWW Error Blocked Diagnostic. PubMed. Recuperado 4 de septiembre de 2022, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16450322/>
2. B, H. (2006, 2 junio). An Acute Pharyngeal-Cervical-Brachial (PCB) Variant of Guillain-Barre Syndrome Presenting with Isolated Bulbar Palsy. PubMed. Recuperado 4 de septiembre de 2022, de http://www.e-mjm.org/2006/v61n2/Guillain_Barre_Syndrome.pdf

3. Ortiz González CI, Conradi ÁD. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia. An Pediatr Contin [Internet]. 2013 [citado el 17 de enero de 2023];11(2):98–103. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-1696281813701240>
4. García, F. M. (2012, 1 septiembre). Síndrome de Guillain-Barré: variante faringo-cervico-braquial | Anales de Pediatría. Anales de Pediatría. Recuperado 4 de septiembre de 2022, de <https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-guillain-barre-variante-faringo-cervico-braquial-articulo-S1695403312001816>
5. J.B., W. (2010, 15 octubre). Sci-Hub | Guillain Barre syndrome: Clinical variants and their pathogenesis. Journal of Neuroimmunology, 231(1–2), 70–72 | 10.1016/j.jneuroim.2010.09.017. Journal of Neuroimmunology. Recuperado 4 de septiembre de 2022, de <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2010.09.017>
6. Murakami, N., Tomita, Y., & Koga, M. (2015, 15 mayo). Sci-Hub | An adolescent with pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré syndrome after cytomegalovirus infection. Brain and Development, 28(4), 269–271 | 10.1016/j.braindev.2005.08.004. Pubmed. Recuperado 4 de septiembre de 2022, de <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.braindev.2005.08.004>
7. Moscona-Nissan A, López-Hernández JC, Seidman-Sorsby A, Cruz-Zermeño M, Navalón-Calzada A. Pharyngeal–Cervical–Brachial Variant of Guillain–Barré Syndrome. Cureus. 2021 Oct 14
8. Tayade K, Chakraborty S, Tripathi M, Vibha D, Rajesh B, Singh K, et al. A

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



teenager with ophthalmoparesis and dysphagia Case presentation. ACUTE MEDICAL CARE [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 12];22(6):575–82. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9761421/pdf/clinmed-22-6-575.pdf>

9. Sitio Web del IMSS [Internet]. Diagnóstico y tratamiento síndrome de guillain-barré segundo y tercer nivel de atención; 3 de mayo de 2016 [consultado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/089GER.pdf>

Tabla 1. Estudios de laboratorios

Biometría Hemática	Hemoglobina 15.3 Hematócrito 44.9 Leucócitos 14000 Neutrófilos 78.7% Linfócitos 15.2% Plaquetas 558000
Química sanguínea	VSG: 26 PCR: 0.258 Creatinina 0.75 Urea 31.5 BUN 14.72 Sodio 137.9 Potasio 4.13 Cloro 102.61 Magnesio 1.97 Fosforo 5.46 Calcio 9.91

Tabla 2. Electromiografía – Conducción motora

Nervio	Latencia ms	Amplitud mV	Segmento	Latencia diferencia	Distancia	Velocidad de conducción
TIBIAL						
Tobillo Izq	4 ms	0.19 mV	Tobillo Izq – HP Izq	74 ms	340 mm	46 m/s
HP Izq	11.4 ms	0.19 mV		ms	mm	m/s
Tobillo Der	NR ms	NR mV	Tobillo Der – Hp Der	ms	340 mm	m/s
HP Der	NR ms	NR mV		ms	mm	m/s
PERONEAL						
Tobillo Izq	NR ms	NR mV	Tobillo Izq – HP Izq	ms	290 mm	m/s
Fíbula Izq	NR ms	NR mV		ms	mm	m/s
Tobillo Der	3.1 ms	0.55 mV	Tobillo Der – Hp Der	7.8 ms	290 mm	37 m/s
Fíbula Der	11 ms	0.94 mV		ms	mm	m/s

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



FEMORAL						
Vasto medial Izq	5.2 ms	4.75 mV		ms	mm	m/s
Vasto lateral Izq	6.1 ms	3.57 mV	Vasto medial Izq – Vasto Der	0.6 ms	mm	m/s
Vasto medial Der	5.8 ms	2.01 mV		ms	mm	m/s
Vasto medial Der	4.6 ms	3.03 mV	Vasto lateral Izq – Vasto Der	1.5 ms	mm	m/s
MEDIANO						
Muñeca Izq	3.9 ms	2.19 mV	Muñeca Izq – Bíceps Izq	3.8 ms	200 mm	53 m/s
Bíceps Izq	7.7 ms	2.09 mV		ms	mm	m/s
Muñeca Der	4 ms	1.51 mV	Muñeca Der – Bíceps Der	3.6 ms	200 mm	56 m/s
Bíceps Der	7.6 ms	1.48 mV		ms	mm	m/s
ULNAR						
Muñeca Izq	3.2 ms	0.53 mV	Muñeca Izq – Codo Izq	3.2 ms	180 mm	56 m/s
Codo Izq	6.4 ms	0.23 mV		ms	mm	m/s
Muñeca Der	4.7 ms	0.17 mV	Muñeca Der – Codo Der	3.3	180 mm	55 m/s
Codo Der	8 ms	0.09 mV		ms	mm	m/s
AXILAR						
Erb Izq	2.5 ms	1.99 mV	Erb Izq – Deltoides medial	2.5 ms	mm	m/s
Erb Dere	2.8 ms	1.09 mV	Erb Der – Deltoides medial	2.8 ms	mm	m/s
FRENICO						
Diafragma Izq	6.7 ms	1.47 mV	Diafragma izquierdo – Diafragma derecho	0.1 ms	mm	m/s
Diafragma Der	6.8 ms	1.06 mV	Diafragma derecho – Diafragma izquierdo	0.1 ms	mm	m/s

Tabla 3. Electromiografía – Onda H

Cómo citar este artículo: Rincón Ardila OI, Rincón Ardila DM, Beltrán Nuño JI. Adolescente con síndrome de Guillain-Barré: variante cérvico-faríngeo-braquial en el Hospital Para El Niño De Toluca. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):64-72. Julio 2025, ISSN 2981-5800



Nervio	Latencia M	Amplitud M	Latencia H	Amplitud H	M-H Amp
Tibial Izq	3.2 ms	4.89 mV	NR	NR	NR
Tibial Der	4.7 ms	2.08 mV	NR	NR	NR

Tabla 4. Electromiografía – Conducción Sensitiva

Nervio y sitio	Latencia inicial	Latencia pico	Amplitud	Segmento	Diferencia latencia	Distancia	Velocidad de conducción
SURAL							
Sural Izq	NR ms	NR ms	NR μ V	14 cm prox-Sural izquierdo	Ms	100 mm	m/s
Sural Der	NR ms	NR ms	NR μ V	14 cm prox-Sural derecho	Ms	100 mm	m/s
MEDIANO							
Mediano Izq	2.3 ms	3.0 ms	35 μ V	Mid palma – Mediano Izq	2.3 ms	120 mm	53 m/s
Mediano Der	2.0 ms	2.9 ms	34 μ V	Mid palma – Mediano Der	2.0 ms	120 mm	59 m/s
ULNAR							
Inar Izq	1.8 ms	2.6 ms	31 μ V	14 cm prox-Ulnar izquierdo	1.8 ms	100 mm	56 m/s
Ulnar Der	1.9 ms	2.5 ms	17 μ V	14 cm prox-Ulnar derecho	1.9 ms	100 mm	53 m/s

¹ Pediatra, Universidad Autónoma del Estado de México, Hospital para el niño, Toluca – Estado de México, ivan25r@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3188-1977>.

² Médico general, Hospital para el niño, Toluca – Estado de México, <https://orcid.org/0009-0003-2169-6449>.

³ Neurólogo Pediatra, Médico adscrito, Hospital para el niño, Toluca – Estado de México - <https://orcid.org/0009-0009-2185-032>.