ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA COMO HERRAMIENTA CLAVE EN EL MANEJO Y LA TOMA DE DECISIONES EN UN PACIENTE CRÍTICO CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REPORTE DE CASO

Jorge Sepulveda-Hidalgo[1], Ricardo Pino[1]

1. Hospital Clinico Herminda Martin

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda y autoinmune que compromete el sistema nervioso periférico. Se caracteriza por la aparición de paraparesia o tetraparesia flácida, con o sin compromiso de los nervios sensitivos y autonómicos, pudiendo asociarse a debilidad muscular bulbar y a falla ventilatoria. Su incidencia global es de 1–2 casos por cada 100.000 personas, estimándose en 2,1 por 100.000 en Chile. Un 70% desarrolla complicaciones infeccisosas de tracto respiratorio, con requerimentos de ventilacion mecanica prolongada y traqueostomia. La ecografía a pie de cama se ha consolidado como una herramienta útil en pacientes críticos, ya que permite valorar la estructura pulmonar mediante ecografía pleuropulmonar y la función diafragmática mediante mediciones de desplazamiento y fracción de acortamiento diafragmático. Además, en pacientes candidatos a traqueostomía, entrega información anatómica sobre la vía aérea extratorácica. Se presenta el caso de un hombre de 48 años, con antecedentes de obesidad, que ingresó con tetraparesia flácida arreflexia, requiriendo intubación endotraqueal, ventilación mecánica e ingreso a UCI. Recibió cinco dosis de inmunoglobulina endovenosa y siete sesiones de plasmaféresis, sin lograr mejoría motora significativa. Durante su hospitalización se realizaron evaluaciones seriadas de ecografía pleuropulmonar y diafragmática al ingreso, cuarto y séptimo día. El Lung Ultrasound Score (LUS) modificado progresó de 5 a 12 puntos, evidenciando bronchograma aéreo dinámico (BAD) en puntos PLAPS, lo que permitió sospechar un proceso inflamatorio agudo, confirmado por cultivo positivo para Staphylococcus aureus, iniciándose tratamiento con vancomicina. La ecografía diafragmática mostró desplazamiento y fracción de acortamiento de 0 cm y 0% en todas las mediciones, confirmando ausencia de actividad diafragmática y justificando mantener ventilación en modos controlados, prolongada y planificar traqueostomía precoz. La evaluación ecográfica de vía aérea extratorácica evidenció una distancia pretraqueal de 2,35 cm, medio-traqueal de 3,55 cm, solo dos anillos visibles y vasos venosos pretraqueales, anticipando un acceso difícil lo que recalco la necesidad de fibrobroncoscopia y permitiendo seleccionar una cánula tipo XL. La traqueostomía percutánea fue realizada por dos operadores, sin incidentes. Se utilizó un ecógrafo Sonosite Edge II con transductores convexo (2–5 MHz) y lineal (6–13 MHz). En relación con los aspectos bioéticos, se obtuvo la autorización del Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martin. Este caso evidencia que la ecografía integrada al examen físico en pacientes críticos con SGB e IR permite detectar tempranamente injurias pulmonares, monitorizar la función diafragmática, orientar estrategias ventilatorias, identificar oportunamente la necesidad de traqueostomía, seleccionar la cánula decuada y aportar seguridad al procedimiento