



Reporte de Caso

Síndrome de Guillain-Barré posdengue. Reporte de caso
Post-dengue Guillain-Barré syndrome. Case report

Dimitri Dueña Valdivia^{1*}. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9830-0794>
Javier García Zacarías¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2980-848X>
Mario Pérez Rodríguez¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2148-6594>
Sulema de la Caridad Hernández Batista². ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5761-0104>
María José López Pino². ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4908-815X>

¹Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba.
²Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: dimitriduenasvaldivia@gmail.com



RESUMEN

Fundamento: El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen desconocido, se presenta como enfermedad posinfecciosa por arbovirus, con evidencia emergente del dengue como desencadenante de esta complicación neurológica.

Objetivo: Ilustrar el curso clínico, los desafíos diagnósticos y terapéuticos de la asociación entre dengue y síndrome de Guillain-Barré grave, asimismo contribuir a la literatura acerca del tema.

Reporte del caso: Presentamos el caso de un paciente de 27 años de edad con antecedentes de infección por virus del dengue 2 semanas antes; tenía debilidad ascendente rápida, tetraplejía, diplegía facial e insuficiencia respiratoria. El estudio de conducción nerviosa de nervios periféricos confirmó una polineuropatía desmielinizante; disociación albumina citológica en líquido cefalorraquídeo. Ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos, ventilación mecánica, inmunoglobulina intravenosa (IVIg) 0.4 g/kg/día por 5 días, soporte multidisciplinario. Luego 7 días de ventilación mecánica, se inició destete exitoso.

Conclusiones: Este caso refuerza la asociación entre dengue y síndrome de Guillain-Barré grave; destaca la importancia del diagnóstico temprano, el manejo en Unidad de Cuidados Intensivos y la necesidad de vigilancia en áreas endémicas.

DeCS: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ; VIRUS DEL DENGUE; ENFERMEDADES ENDÉMICAS; ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES; INFORMES DE CASOS.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré; dengue; virus del dengue; enfermedades endémicas; enfermedades desmielinizantes; polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda; complicación neurológica del dengue; inmunoglobulina intravenosa; reporte de caso.

ABSTRACT

Background: Guillain-Barré syndrome is an acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy of unknown origin, it appears as a post-infectious disease caused by arboviruses, with emerging evidence of dengue as a trigger for this neurological complication.

Objective: To illustrate the clinical course, diagnostic and therapeutic challenges of the association between dengue and severe Guillain-Barré syndrome, likewise to contribute to the literature about the subject.

Case report: We present the case of a 27-year-old patient with a history of dengue virus infection two weeks before; he had rapidly ascending weakness, tetraplegia, facial diplegia and respiratory failure. Nerve conduction studies of peripheral nerves confirmed a demyelinating polyneuropathy; cerebrospinal fluid showed albuminocytologic dissociation. He was admitted to the Intensive Care Unit, mechanical ventilation, intravenous immunoglobulin (IVIg) 0.4 g/kg/day for 5 days, multidisciplinary support. After 7 days of mechanical ventilation, successful weaning was initiated.

Conclusions: This case reinforces the association between dengue and severe Guillain-Barré syndrome; it highlights the importance of early diagnosis, intensive care management, and the need for surveillance in endemic areas.

MeSH: GUILLAIN-BARRE SYNDROME; DENGUE VIRUS; ENDEMIC DISEASES; DEMYELINATING DISEASES; CASE REPORTS.

Keywords: Guillain-Barré syndrome; dengue; virus del dengue; enfermedades endémicas; enfermedades desmielinizantes; acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy; neurological complication of dengue; intravenous immunoglobulin; case report.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía inflamatoria aguda, autoinmune, potencialmente grave, de origen desconocido, pero con mayor frecuencia posinfecciosa: como infecciones gastrointestinales o respiratorias altas; con una prevalencia global de 1.9 casos por 100 000 habitantes; Se destaca la región de Asia Pacífico y Norteamérica donde alcanzan tasas de 6,4 y 4.2 casos por 100 000 habitantes, respectivamente; ⁽¹⁾ se conocen desencadenantes como *C. jejuni*, *Cytomegalovirus*, entre otros.

El virus del dengue es un arbovirus que se transmite con mayor frecuencia por el mosquito *Aedes aegypti*; ⁽²⁾ el complejo del virus del dengue (DENV) pertenece al género *flavivirus*, de la familia *flaviviridae* que agrupa 70 especies; ⁽³⁾ es un desencadenante reconocido, pero menos común.

El dengue se ha relacionado con varias manifestaciones neurológicas como mielitis, encefalomielitis y síndrome de Guillain-Barré. Los pacientes con dengue pueden desarrollar flaccidez aguda y parálisis como complicación. En las regiones donde hay dengue hiperendémico, la detección de la enfermedad del dengue puede ser importante en pacientes que presentan parálisis flácida aguda; los serotipos más frecuentes son DENV-2 y DENV-3. ^(4,5)

Presentamos un caso de síndrome de Guillain-Barré grave con insuficiencia respiratoria después de haber padecido dengue, para ilustrar el curso clínico, los desafíos diagnósticos y terapéuticos de la asociación entre dengue y síndrome de Guillain-Barré grave, asimismo contribuir a la literatura sobre esta asociación.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes médicos relevantes, fue a consulta por fiebre alta, cefalea, mialgias y exantema, con diagnóstico clínico epidemiológico de dengue; 14 días después del inicio de la fiebre, presentó parestesias en los pies que progresaron a debilidad simétrica ascendente; en 72 h la debilidad involucró miembros superiores, tronco y rostro, con dificultad para la masticación, disfagia y disnea progresiva. Ingresó a urgencias con tetraplejía (fuerza 0/5 en extremidades), arreflexia generalizada, diplejía facial periférica y signos de insuficiencia respiratoria aguda (taquipnea, uso de musculatura accesoria, capacidad vital reducida).

La exploración neurológica mostró cuadriplejía flácida, parálisis facial periférica bilateral, disfagia y dificultad respiratoria con hipoxemia; las funciones cognitivas superiores estaban conservadas. Las características clínicas eran compatibles con un síndrome de Guillain-Barré. El estudio de conducción nerviosa de nervios periféricos confirmó una polineuropatía desmielinizante aguda.

Evaluación diagnóstica e intervención terapéutica

Investigaciones paraclínicas:

1. Laboratorio: Hemograma completo, plaquetas, ácido úrico, creatinina, glucosa, urea, TGP, TGO, LDH, electrolíticos séricos que resultaron normales. Líquido cefalorraquídeo (LCR): proteínas 75 mg/dl, glucosa normal, 2 leucocitos/mm³.
2. Neurofisiología: Los estudios de conducción nerviosa mostraron hallazgos compatibles con una polineuropatía desmielinizante aguda: velocidades de conducción motoras notablemente reducidas, latencias distales prolongadas, dispersión temporal y bloqueos de la conducción parcial.
3. Otros: Gasometría al ingreso con hipoxemia, radiografía de tórax normal.

Diagnóstico diferencial: Se descartaron otras enfermedades graves que cursan con debilidad muscular severa y trastornos de la ventilación como mielitis transversa aguda por la ausencia de nivel sensitivo ni alteración esfinteriana; botulismo, por no referir el antecedente de ingestión de alimentos enlatados, ni en conservas caseras, ni presentar síntomas digestivos, ni alteraciones

pupulares al examen físico; crisis miasténica porque esta no afecta los reflejos osteotendinosos ni presenta síntomas sensitivos.

Diagnóstico final: Síndrome de Guillain-Barré (variante AIDP), posinfección por dengue.

Tratamiento y evolución.

El paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos; requirió intubación orotraqueal y ventilación mecánica el segundo día del ingreso por deterioro de la capacidad vital (menor de 15 ml/kg. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IVIg) a dosis de 0.4 g/kg/día durante 5 días, iniciando 48 h después del inicio de la debilidad.

Se le indicó estudio de trombofilias, analgesia, soporte nutricional enteral y fisioterapia pasiva diaria.

La evolución fue estabilización neurológica a los 5 días, destete exitoso de la ventilación mecánica el duodécimo día. Luego a los 18 días fue trasladado a la sala de neurología e inició la rehabilitación intensiva. A los 45 días se le dio alta hospitalaria, presentaba fuerza 3/5 en miembros superiores y 2/5 en inferiores, capaz de sentarse con apoyo.

Fue remitido a un centro de rehabilitación especializado.

El paciente firmó el consentimiento informado para la publicación de este reporte.

DISCUSIÓN

El síndrome de Guillain-Barré se define como una polirradiculoneuropatía monofásica aguda mediada inmunológicamente. Se manifiesta comúnmente como una paresia y parálisis ascendente con arreflexia generalizada que puede llegar a comprometer incluso los músculos respiratorios con una progresión inminente hasta alcanzar la falla ventilatoria; esta cuenta como una de las principales complicaciones, entre otras que pueden llegar a causar la muerte.⁽⁶⁾

El dengue es la arbovirosis con mayor número de casos reportados en la Región de las Américas, con brotes que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En 2022, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52, se notificaron 2.811.433 casos de dengue, fue el tercer año de mayor registro en el número de casos de dengue, superado por los años 2016 y 2019.⁽⁷⁾

Aunque la infección proporciona décadas de inmunidad protectora contra el serotipo infectante, la infección secundaria con un serotipo diferente aumenta el riesgo de enfermedad grave. El dengue es una enfermedad febril que afecta a lactantes, niños y adultos; puede ser asintomática o cursar con síntomas que van desde una fiebre moderada a una fiebre alta incapacitante, con dolor de cabeza intenso, dolor retroocular, dolor muscular y en las articulaciones y exantema. La enfermedad puede evolucionar a dengue grave, caracterizado por choque, dificultad para respirar, sangrado grave y complicaciones graves de los órganos.

En una serie de casos de dengue infantil de la India, el 28 % de los 71 niños ingresados durante 1 año presentó algún tipo de complicación neurológica: encefalopatía (40 %), encefalitis (30 %), déficit motor (15 %), mielitis transversa (5 %), encefalomielitis aguda diseminada (5 %) o síndrome de Guillain-Barré (5 %).⁽⁸⁾

Las complicaciones neurológicas asociadas al dengue ya se han reportado en Cuba; entre las manifestaciones reportadas están el síndrome de Guillain-Barré y la meningoencefalitis como las más representativas.⁽⁹⁾ El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es uno de los más reportados en diferentes investigaciones realizadas a nivel mundial.^(10,11)

La presentación clínica del síndrome de Guillain-Barré causada por el dengue es similar a la que se produce por otros agentes etiológicos infecciosos; se caracteriza por una paraparesia progresivamente ascendente como principal signo clínico aparejado al aumento de la concentración de proteínas y la falta de células en el LCR,⁽¹²⁾ lo cual coincide con este reporte.

Los criterios elaborados por la Colaboración Brighton se han recomendado en las directrices basadas en la evidencia de la práctica clínica nacional e internacional desde 2010.⁽¹³⁾

El caso presentado coincide con la literatura donde el SGB posdengue suele presentarse de 1 a 4 semanas después de la infección, con un fenotipo frecuente desmielinizante (AIDP), aunque se reportan también formas axonales.^(14,15)

La presentación grave con insuficiencia respiratoria (hasta un 30 % en algunas series) y disfunción craneal resalta el potencial severo de esta asociación. El mecanismo fisiopatológico propuesto es el mimetismo molecular entre proteínas virales NS1, E y componentes de la mielina (glicolípidos) o axón, desencadenando una respuesta autoinmune cruzada mediada por anticuerpos y linfocitos T. En regiones endémicas, el SGB debe considerarse un diagnóstico diferencial en cualquier paciente con debilidad aguda y antecedente reciente de dengue. Los profesionales de salud deben estar alerta a los síntomas neurológicos en la fase de convalecencia del dengue.

Al tratarse de un síndrome posinfeccioso, la terapia específica consiste en el empleo de IVIg o de plasmaféresis, aunque estos deben administrarse en la fase temprana sobre todo en las dos primeras semanas para lograr un tratamiento efectivo.⁽¹⁶⁾

En el presente caso resaltamos la importancia del diagnóstico precoz de la infección por el virus del dengue y del creciente número de casos con complicación neurológica sobre todo relacionado con el síndrome de Guillain-Barré.

La principal fortaleza en este caso fue la descripción detallada clínica, neurofisiológica y de evolución bien documentada. La limitación fue que es un reporte de un solo caso. No se realizaron estudios avanzados de anticuerpos antigangliósidos. La causalidad directa dengue-SGB es difícil probar.

CONCLUSIONES

Se reafirma que el dengue puede desencadenar formas graves de síndrome de Guillain-Barré, por ello se debe tener un alto índice de sospecha para el diagnóstico y tratamiento temprano, lo cual es crucial para su pronóstico. Serían necesarios estudios prospectivos que pudieran establecer mejor la incidencia, los factores de riesgo y los fenotipos clínicos del SGB asociados al dengue.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bragazzi NL, Kolahi AA, Nejadghaderi SA, Lochner P, Brigo F, Naldi A, et al. Global, regional, and national burden of Guillain-Barré syndrome and its underlying causes from 1990 to 2019. *J Neuroinflammation* [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 1];18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12974-021-02319-4>
2. Salles TS, da Encarnação Sá-Guimarães T, de Alvarenga ESL, Guimarães-Ribeiro V, de Meneses MDF, de Castro-Salles PF, et al. History, epidemiology and diagnostics of dengue in the American and Brazilian contexts: a review. *Parasit Vectors* [Internet]. 2018 Apr 24 [cited 2025 Nov 1];11(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13071-018-2830-8>
3. Tamayo Escobar OE, García Olivera TM, Escobar Yendez NV, González Rubio D, Castro Peraza O. La reemergencia del dengue: un gran desafío para el sistema sanitario latinoamericano y caribeño en pleno siglo XXI. *MEDISAN* [Internet]. 12 de abril de 2019 [citado 13 Dic 2025];23(2):308-324. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n2/1029-3019-san-23-02-308.pdf>
4. Li GH, Ning ZJ, Liu YM, Li XH. Neurological Manifestations of Dengue Infection. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 1];7:449. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2017.00449>
5. Puccioni-Sohler M, Rosadas C, Cabral-Castro MJ. Neurological complications in dengue infection: a review for clinical practice. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2013 Sep [cited 2025 Nov 1];71(9B):667-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130147>
6. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barré syndrome and variants. *Neurol Clin* [Internet]. 2013 [cited 2025 Nov 1];31(2):491-510. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2013.01.005>
7. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica Dengue en la Región de las Américas [Internet]. Washington: OPS/OMS; 5 de julio 2023. [citado 13 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-07/2023-jul-phe-actualizacion-dengue-sp-final.pdf>
8. Sil A, Biswas T, Samanta M, Konar MC, De AK, Chaudhuri J. Neurological manifestations in children with dengue fever: an Indian perspective. *Trop Doct* [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 1];47(2):145-149. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0049475516679788>
9. Padilla-Docal B, Iglesias-Gonzalez IM, Martínez-Larrarte JP, Gonzalez-Losada C, Dorta-Contreras AJ. Proceso neuroinflamatorio en pacientes con el virus del dengue. *Rev Neurol* [Internet]. 2017 [citado 13 Dic 2025];64(4):188-90. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6404.2016422>
10. Tassara MP, Guilarde AO, Rocha BAM da, Féres VC de R, Martelli CMT. Neurological manifestations of dengue in Central Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2017 [cited 2025 Dec 14];50(3):379-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0444-2016>
11. Osnaya-Romero N, Perez-Guille MG, Andrade-García S, Gonzalez-Vargas E, Borgaro-Payro R, Villagomez-Martinez S, et al. Neurological complications and death in children with dengue virus

- infection: report of two cases. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis* [Internet]. 2017 [cited 2025 Dec 14];23:25. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40409-017-0115-x>
12. Soares CN, Cabral-Castro M, Oliveira C, Faria LC, Peralta JM, Freitas MRG de, et al.. Oligosymptomatic dengue infection: a potential cause of Guillain Barré syndrome. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2008 [cited 2025 Dec 14];66(2a):234-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000200018>
13. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, van Doorn PA, Jacobs BC. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain* [Internet]. 2014 Jan [cited 2025 Dec 14];137(Pt1):33-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/brain/awt285>
14. Sanchez-Landers M, Rodriguez-Benites AF. Síndrome de Guillain-Barre asociado a dengue previo: reporte de caso. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. [citado 13 Dic 2025];42(1):88-91. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.421.13893>
15. Ordinola-Calle DD, Contreras-Adrianzén W, Gastiaturú Rodríguez DY, Paz Jara CM. Síndrome de Guillain-Barré asociado a dengue en un hospital de Perú: reporte de caso. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 26 de junio de 2025 [citado 13 Dic 2025];88(2):176-82. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v88i2.5932>
16. Jasti AK, Selmi C, Sarmiento-Monroy JC, Vega DA, Anaya JM, Gershwin ME. Guillain-Barré syndrome: causes, immunopathogenic mechanisms and treatment. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2016 Nov [cited 2025 Dec 14];12(11):1175-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666X.2016.1193006>



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Recibido: 05/12/2025

Aprobado: 20/02/2026

Publicado: 11/03/2026

