

VÍNCULO ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA Y EL SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ



Una infección vírica transmitida por mosquitos está causando en Brasil cientos de casos de un infrecuente síndrome que da lugar a un cuadro paralítico que se prolonga durante semanas o meses. Este síndrome recibe el patronímico de *Guillain Barré*; y el virus etiológico es el virus *Zika* (escrito a veces, de modo abreviado: *Zika-v*).

Además esta infección vírica en mujeres embarazadas conlleva un riesgo relativamente importante de microcefalia del recién nacido, un síndrome ya conocido pero muy poco común, que hace que los niños tengan un diámetro craneal muy bajo en relación al tamaño corporal. La *microcefalia* tiene un penoso peaje: retraso irreversible del desarrollo cerebral.

La infección por el virus *Zika* (de modo abreviado: *Zika-v*), lejos de constreñirse a las regiones del noreste de Brasil donde se notificaron los primeros casos, se está

expandingo por Centroamérica y Sudamérica, junto con la proliferación del vector transmisor, el mosquito *Aedes aegypti*. [El virus *Zika* es, técnicamente un **arbovirus**, apócope de **arthropod borne virus**, cuya transcripción al español es: virus “nacido” de los artrópodos].



Cuando se redacta este informe (febrero 2016) [hay más de 20 países afectados](#), donde lo más que pueden hacer las autoridades sanitarias es recomendar a las mujeres que eviten quedar embarazadas.

La alarma inicial surgió por la relación entre el virus *Zika* y los casos de microcefalia neonatal. Sin embargo, la infección por el virus *Zika* también parece estar relacionada con el síndrome *Guillain Barré*, un cuadro clínico paralizante causado por una reacción autoinmune, de la que el paciente se recupera lenta y penosamente a lo largo de semanas o incluso meses. Sin embargo algunos casos terminan en fallecimiento por deterioro de la función cardíaca y respiratoria.

El síndrome *Guillain Barré* era tan poco común en Brasil que las autoridades no registraban los casos. Sin embargo, al aumentar su número de modo espectacular durante el

último año, las autoridades sanitarias han requerido a los médicos que den cuenta de todos los casos que diagnostiquen. En algunas regiones la incidencia del síndrome *Guillain Barré* se ha incrementado hasta un 20% durante el último año. La enfermedad es, para quien la padece, una experiencia terrible: primero las piernas, luego los brazos y, finalmente, hasta los músculos de la cara se paralizan, dejando al enfermo paralizado, inexpresivo y sin capacidad de hablar. El paciente precisa ventilación mecánica para contrarrestar la parálisis de los músculos respiratorios. Tras semanas o meses de total incapacidad, se inicia una muy lenta recuperación, aunque el enfermo puede precisar silla de ruedas durante largo tiempo. Muchos pacientes describen la enfermedad como “si estuvieran encerrados, aprisionados en su propio cuerpo”. Se trata de una situación muy angustiosa, prolongada durante mucho tiempo, tras la que llega una lenta y muy penosa recuperación.

La vinculación inequívoca entre infección por virus *Zika* y síndrome *Guillain Barré* exige confirmación clínica y epidemiológica. Expertos del CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) prefieren tener más datos, declarando “anecdóticos” los casos comunicados hasta ahora. No obstante, el CDC está financiando un estudio retrospectivo y prospectivo que defina una relación causal.

El CDC confirmó el primer caso de microcefalia por infección con virus *Zika* en Hawái la tercera semana de enero (2016). La madre probablemente se contagió en Brasil, a donde había viajado durante su embarazo.

Aun cuando no se ha establecido una relación indubitada entre infección por virus *Zika* y síndrome *Guillain-Barré*, en diversos países, como Colombia y Venezuela, hay una clara correlación entre el número de infecciones por virus

Zika y el de casos del síndrome *Guillain-Barré*. Si en los países mencionados el número de casos del síndrome *Guillain-Barré* es de 14 al mes, entre el 1 de diciembre (2015) y el 6 de enero (2016) se han comunicado 46, dos con resultado de muerte.

De 22 historias clínicas examinadas, la mitad daban cuenta de haber sufrido fiebre y eritema (dos síntomas característicos de infección por virus *Zika*) entre una y dos semanas antes de que debutasen con el cuadro paralizante.

El síndrome *Guillain Barré* también puede desencadenarse tras otras infecciones víricas, siendo también un efecto adverso extremadamente infrecuente de la administración de vacunas.

La incidencia del síndrome *Guillain-Barré* es muy parecida a la que se observó en Brasil durante el bienio 2003-2004 tras una epidemia de dengue. El tratamiento del síndrome *Guillain-Barré* consiste en extraer los anticuerpos del plasma del paciente. La sangre así tratada se introduce de nuevo en el paciente. La técnica se denomina *plasmaféresis*. La primera vez que se empleó fue en el año 1959. El fundamento de la técnica es la remoción de los anticuerpos que desencadenan la reacción autoinmune.

El síndrome *Guillain-Barré* debuta al cabo de varios días, a veces algunas semanas, de haber padecido una infección respiratoria o gastrointestinal. La prevalencia del síndrome *Guillain-Barré* es de aproximadamente 0,01‰ (1 caso por cada 100.000 personas). La última vez que se registró un aumento de su incidencia por encima de la prevalencia residual fue durante una campaña de vacunación en Estados Unidos contra la gripe porcina.

Con anterioridad al brote actual que está teniendo lugar en Brasil, otra epidemia de infección por el virus *Zika* se produjo en diversas islas del océano Pacífico en el año 2007.

La infección aparecía con virulencia cada vez en una isla en la que la población no había desarrollado inmunidad natural contra la infección. Sin embargo durante el más reciente brote epidémico de 2013 que afectó a la Polinesia francesa, incluyendo Taití y otras 30 islas, se notificaron 74 cuadros clínicos del síndrome *Guillain-Barré* (42 con confirmación clínica), cuando la prevalencia habitual es de 5 casos anuales.

[El primer caso conocido del síndrome *Guillain-Barré* en una paciente con infección previa por el virus *Zika* fue una mujer polinesia de 40 años.](#) Fue hospitalizada en Taití con parálisis muscular progresiva, primero en las piernas, más tarde en brazos y cara, padeciendo así mismo artralgias generalizadas. Por suerte no hubo afectación de los músculos respiratorios. Tras una *plasmaféresis* inicial, recibió varios ciclos de tratamiento por perfusión intravenosa con inmunoglobulinas exógenas al objeto de reconstituir una carga inmunitaria suficiente pero carente de los anticuerpos desencadenantes del síndrome. Poco a poco la paciente recuperó el tono muscular recibiendo el alta médica tras dos semanas de hospitalización, continuando su recuperación ambulatoria.

Muestras de sangre de la paciente se enviaron a un laboratorio militar de Marsella, Francia. Se estableció que la paciente había contraído la infección por el virus *Zika*, pero también por dengue, si bien el recuento de anticuerpos mostró que esta última infección no era reciente.

Para complicar las cosas, la polinesia francesa tuvo un brote epidémico de dengue tras la epidemia por el virus *Zika*. Ambas infecciones son transmitidas por el mismo mosquito, *Aedes aegypti*. Sin embargo el cuadro clínico del dengue da lugar a fiebre más elevada y muchos más dolores que el causado por el virus *Zika*. Probablemente cuando las

dos infecciones han coexistido en una determinada área, la infección por *Zika* ha pasado relativamente desapercibida porque su sintomatología es mucho más llevadera.

Existe la creencia que el virus *Zika* llegó a Brasil, bien durante el reciente campeonato mundial de fútbol; o algunas semanas después, durante una [competición de canoas](#) en la que participaron regatistas polinesios.

Zaragoza, a 4 de febrero de 2016

Dr. José Manuel López Tricas
Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria
Farmacia Las Fuentes
Florentino Ballesteros, 11-13
50002 Zaragoza