

REPORTE DE CASO

# Rehabilitación neurológica en la variante faringo-cérvico-braquial del síndrome de Guillain-Barré: reporte de un caso pediátrico

*[Neurological rehabilitation in the pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré syndrome: a pediatric case report]*

Nalia Benetti<sup>1\*</sup> , Milagros Moler<sup>1</sup> , Javier Jeréz<sup>1</sup> , Agustina Pereyra<sup>1</sup> 

## Resumen

**Introducción:** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la principal causa de parálisis en niños, y la variante faringo-cérvico-braquial (FCB) es poco común. Esta variante atípica se asocia con secuelas y requiere rehabilitación prolongada. Dado el enfoque predominante durante el tratamiento agudo, este estudio describe la evolución motora, respiratoria y funcional de un niño con SGB, variante FCB, en un centro de neurorrehabilitación durante el período subagudo.

**Presentación del caso:** Un niño de 11 años ingresó con cuadriparesia flácida y un mayor compromiso en los miembros superiores (MMSS), traqueotomizado y dependiente para las actividades de la vida diaria. Recibió un programa de evaluación y abordaje interdisciplinario intensivo. Logró la decanulación, la marcha y la independencia funcional con adaptaciones, y fue dado de alta luego de 16 semanas.

**Conclusión:** La evolución del caso concuerda con lo reportado en la literatura sobre la presencia de secuelas y los tiempos prolongados de recuperación de la variante FCB. El niño recibió rehabilitación interdisciplinaria intensiva durante 16 semanas y, aún luego de un año, continuaba presentando debilidad a nivel distal de los MMSS y fatiga. Estos hallazgos resaltan la importancia de una intervención temprana y una rehabilitación integral en pacientes pediátricos con esta variante particular del SGB.

**Palabras clave:** síndrome de guillain-barré; pediatría; variante faringo-cervico-braquial; rehabilitación neurológica; grupo de atención al paciente; evaluación del resultado de la atención al paciente.

\* Correspondencia: [nalibenetti5@gmail.com](mailto:nalibenetti5@gmail.com)

<sup>1</sup> Instituto Fleni Escobar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

## Abstract

**Introduction:** The Guillain-Barré syndrome (GBS) is the primary cause of paralysis in children, with the pharyngeal-cervical-brachial (PCB) variant being rare. This atypical form is associated with sequelae and requires prolonged rehabilitation. Given the predominant focus during acute treatment, this study describes the motor, respiratory, and functional clinical course of a child with GBS, PCB variant, in a neurorehabilitation center during the subacute period.

**Case presentation:** An 11-year-old boy was admitted with flaccid quadriplegia and greater involvement of the upper limb (UL), tracheotomized, and dependent for activities of daily living. He underwent an intensive interdisciplinary evaluation and treatment program. The patient achieved decannulation, gait, and functional independence with adaptations, and was discharged after 16 weeks.

**Conclusion:** The clinical course of the case aligns with the literature regarding the presence of sequelae and prolonged recovery times of the PCB variant. The child underwent intensive interdisciplinary rehabilitation for 16 weeks and, even after one year, continued to experience weakness in the distal UL and fatigue. These findings highlight the importance of early intervention and comprehensive rehabilitation in pediatric patients with this particular variant of GBS.

**Keywords:** guillain-barre syndrome; pediatrics; pharyngeal-cervical-brachial variant; neurological rehabilitation; patient care team; patient outcome assessment.

## Introducción

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) se presenta como la principal causa de parálisis flácida aguda en niños.<sup>(1)</sup> Dentro de sus variantes atípicas, la faringo-cérvido-braquial (FCB) es poco frecuente y se caracteriza por debilidad en la orofaringe y en los miembros superiores (MMSS). El diagnóstico se confirma a través de anticuerpos antigangliósidos GT1a. Esta variante muestra dos patrones electrofisiológicos, y el patrón axonal es el más comúnmente asociado y reportado.<sup>(2,3,14)</sup> El tratamiento específico en niños implica el uso de inmunoglobulina y plasmaféresis, junto con un programa de rehabilitación.<sup>(4)</sup>

Se ha informado que el pronóstico de las formas axonales es menos favorable.<sup>(2,5)</sup> En un estudio francés de 110 niños, el 29 % de los pacientes con forma axonal presentaron secuelas.<sup>(2)</sup> Luego de un seguimiento de dos años, todos los niños del grupo eran capaces de caminar, con excepción de uno. A su vez, un estudio con 43 niños reportó que, después de la fase aguda, todos los pacientes con la variante FCB requirieron rehabilitación prolongada y, al año de seguimiento, aún presentaban paresia residual y requerían asistencia para la marcha.<sup>(3)</sup>

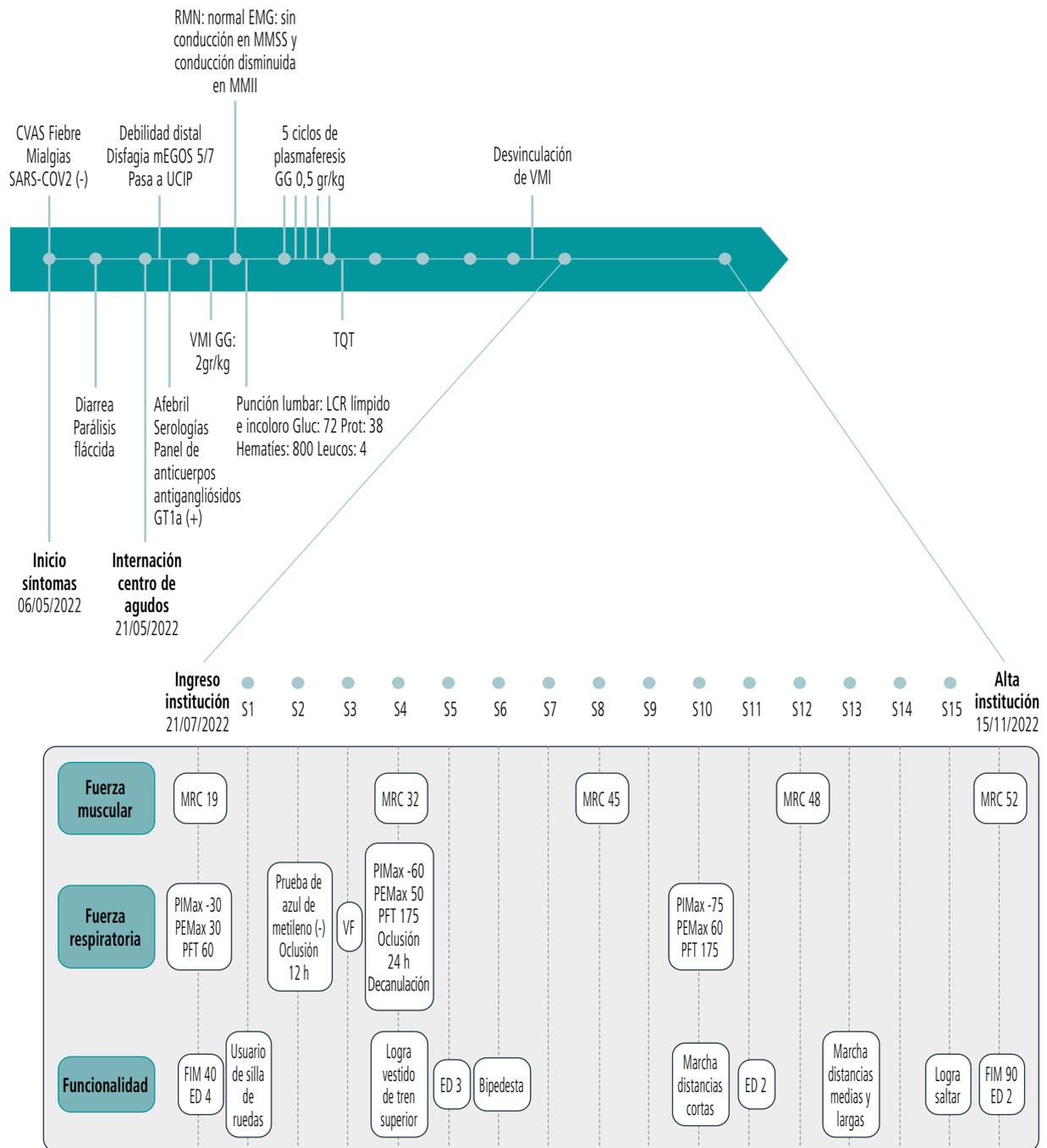
La evidencia disponible se centra en el tratamiento durante la etapa aguda y en la población adulta.<sup>(4,6)</sup> Hasta el momento, no hemos encontrado investigaciones que describan las intervenciones realizadas durante el proceso de rehabilitación en niños con SGB. Por lo tanto, el objetivo de este reporte de caso fue describir la

evolución motora, respiratoria y funcional de un niño con diagnóstico de SGB, variante FCB, que recibió tratamiento interdisciplinario durante el período subagudo en un centro de rehabilitación neurológica.

## Presentación del caso

El caso corresponde a un niño de 11 años de edad, previamente sano, que inició con síntomas 15 días previos a su internación en el centro de agudos, con un cuadro de vía aérea superior, fiebre y diarrea durante tres días. No presentaba antecedentes médicos ni familiares relevantes. En cuanto al aspecto motor, ingresó a un centro de agudos con debilidad distal en MMSS y compromiso de la deglución. Con relación al aspecto respiratorio, el niño requirió ventilación mecánica invasiva (VMI) por presentar tos inefectiva y permaneció 48 días con VMI y desvinculación prolongada. Con respecto al aspecto funcional, obtuvo un puntaje de 5/7 en la escala modificada de resultados Erasmus para el síndrome de Guillain-Barré (mEGOS, por sus siglas en inglés), lo que implica un riesgo del 23 % de no poder caminar en 6 meses.<sup>(7)</sup> Se realizó un panel de anticuerpos antigangliósidos GT1a, cuyo resultado fue positivo. Recibió 5 ciclos de gammaglobulina y plasmaféresis (Figura 1).

Durante su internación en el centro de agudos, además del tratamiento médico mencionado, se llevaron a cabo movilizaciones pasivas de MMSS y activas de miembros inferiores (MMII) una vez al día. Asimismo, se inició progresión a sedestación en cama con asisten-



**Figura 1.** Línea de tiempo. Diagrama de los principales síntomas, características clínicas, diagnóstico, intervenciones y resultados desde el inicio de los síntomas hasta su alta de la institución.

**CVAS:** cuadro de vía aérea superior; **mEGOS:** siglas en inglés de escala modificada de resultados Erasmus para el síndrome de Guillain-Barré; **UCIP:** unidades de cuidados intensivos pediátricos; **VMI:** ventilación mecánica invasiva; **GG:** gammaglobulina; **RMN:** resonancia magnética nuclear; **EMG:** electromiograma; **MMSS:** miembros superiores; **MMLI:** miembros inferiores; **LCR:** líquido cefalorraquídeo; **TQT:** traqueotomía; **MRC:** siglas en inglés de Consejo de Investigación Médica; **PIMax:** presión inspiratoria máxima; **PEFMax:** presión espiratoria máxima; **PFT:** pico flujo tosido; **VF:** válvula fonatoria; **FIM:** siglas en inglés de medida de independencia funcional; **ED:** escala de discapacidad.

cia de tronco y cabeza, se llevaron a cabo transferencias a una silla para aliviar los puntos de presión y se proporcionaron instrucciones de posicionamiento a los cuidadores.

Ingresó al centro de rehabilitación neurológica a las 8 semanas desde el inicio del cuadro, momento en el cual se confirmó el diagnóstico de polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria de tipo axonal, variante clínica FCB. En cuanto al aspecto motor, presentaba cuadriparesia flácida y arreflexia, con mayor compromiso de los MMSS, debilidad y alteración en las funciones oromotoras. Con relación al aspecto respiratorio, se encontraba traqueotomizado con una cánula N.º 5 sin balón y con una válvula fonatoria diurna. En cuanto al aspecto funcional, requería asistencia máxima para realizar todas las actividades de la vida diaria (AVD). Se movilizaba en silla de ruedas y no lograba bipedestación ni marcha. Se alimentaba por vía oral con dieta modificada: consumía alimentos semisólidos y líquidos mediante sorbete. Recibía medicación mediante sonda nasogástrica.

Este reporte de caso fue elaborado siguiendo la lista de verificación de reportes de caso (CARE, por sus siglas en inglés) (Material complementario 1)<sup>(8)</sup> y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución (#022/22, fecha de aprobación 05-12-2022). El padre del paciente firmó el consentimiento informado.

### **Intervención terapéutica**

El abordaje interdisciplinario se realizó desde las áreas de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia y psicología, con el acompañamiento de pediatras y neuropediatras. Cada una de las disciplinas proporcionó al paciente dos sesiones diarias de 30 minutos, de lunes a sábado. Los objetivos compartidos se centraron en que el paciente consiguiese fortalecer la musculatura postural, orofacial y de MMSS y MMII; lograrse la decanulación; aumentase los volúmenes y las capacidades respiratorias; y alcanzase el máximo nivel de independencia posible en las actividades de autocuidado, movilidad, educación y juego. Además, se buscó fomentar una participación activa en la comunidad luego del alta.

Se implementó un plan integral que incluyó el fortalecimiento muscular de MMII y MMSS, con hincapié en la musculatura de muñeca, mano y zona media. Se progresó gradualmente hacia posturas desafiantes para mejorar el control postural, y se incorporó un entrenamiento aeróbico para potenciar la resistencia. Además, se llevaron a cabo ejercicios contra resistencia, se utilizaron estímulos térmicos y vibratorios destinados a mantener

el trofismo y la movilidad de estructuras oromotoras, y se realizaron la mayoría de las praxias orolinguales.

Dentro del enfoque respiratorio, se siguió un protocolo específico de decanulación del servicio de kinesiología (Material complementario 2) hasta lograr una decanulación exitosa. Simultáneamente, se implementó un entrenamiento respiratorio destinado a mejorar la capacidad pulmonar y fortalecer los músculos respiratorios mediante juegos y dispositivos, como el incentivador/ejercitador pulmonar tipo Triflo, Threshold IMT/PEEP. Además, se implementaron actividades de coordinación fonorespiratoria mediante instrumentos musicales y ejercicios de vocalización.

En cuanto a la funcionalidad, se implementaron múltiples estrategias, como adecuaciones del entorno físico y la utilización de productos de apoyo, para fomentar la independencia y mejorar la participación en diversas AVD, actividades lúdicas y actividades escolares. Además, se diseñó un plan de movilidad y transiciones posturales personalizado para mejorar la fuerza, el equilibrio y la coordinación. Se realizó una progresión gradual hacia la marcha independiente en diferentes superficies y entornos, y se incluyeron habilidades motoras avanzadas, como el salto y la carrera. También, junto con el área de psicología, se abordaron aspectos emocionales y conductuales, con el fin de asegurar un enfoque holístico para la rehabilitación.

No se observaron eventos adversos durante la intervención. En el Material complementario 3, se detallan las intervenciones, según la plantilla para la descripción y replicación de intervenciones (TidiER, por sus siglas en inglés).<sup>(9)</sup>

### **Seguimiento y resultados**

Se llevaron a cabo evaluaciones sistemáticas y semanales de fuerza muscular, función respiratoria y funcionalidad, así como evaluaciones de estructuras oromotoras y habilidades alimentarias. La recopilación meticulosa de datos se realizó a partir de historias clínicas y registros detallados. La progresión del paciente durante las 16 semanas de su estadía en la institución se refleja en la Figura 1. A su vez, en la Tabla 1, se detallan los cambios en la fuerza muscular y funcionalidad, con la primera y última evaluación y el cambio absoluto.

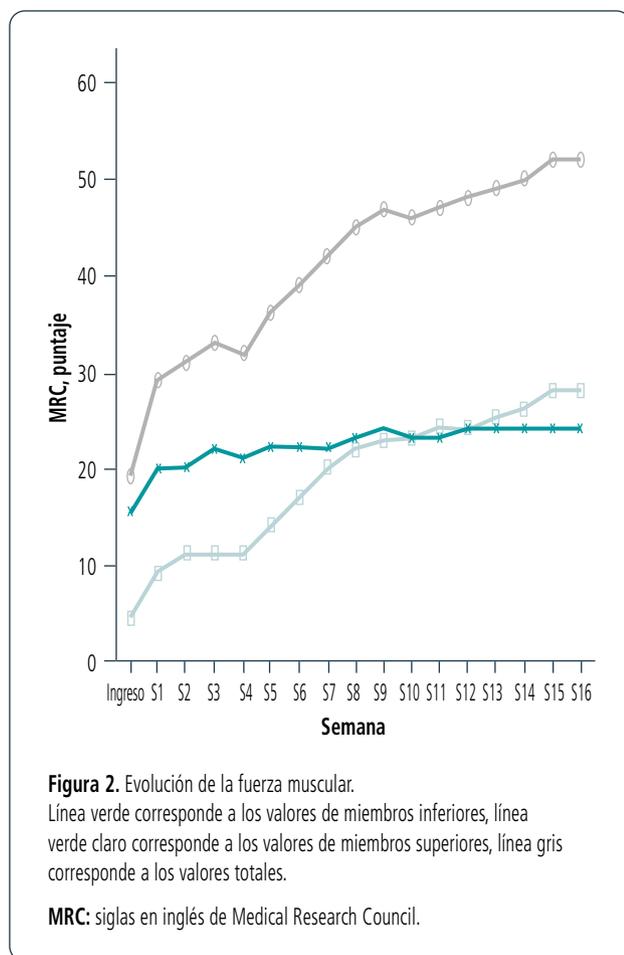
### **Evaluación motora**

Se evaluó la fuerza muscular con la escala del Medical Research Council (MRC, por sus siglas en inglés), que abarca seis grupos musculares bilaterales.<sup>(10)</sup> El puntaje de la MRC al ingreso fue de 19/60 (4 para los MMSS y 15 para los MMII). La Figura 2 ilustra cómo la suma

**Tabla 1. Cambios en la fuerza muscular y en la funcionalidad**

Variables	Primera evaluación	Última evaluación	Cambio absoluto
<b>Fuerza muscular</b>			
MRC MMSS, puntos	4	28	24
MRC MMII, puntos	15	24	9
MRC total, puntos	19	52	33
<b>Funcionalidad</b>			
FIM, porcentaje	48,4	95,2	46,8
Escala de discapacidad, puntos	4	2	-2

**MRC:** siglas en inglés de Medical Research Council; **MMSS:** miembros superiores; **MMII:** miembros inferiores; **FIM:** siglas en inglés de medida de independencia funcional.



de los puntajes iniciales totales (línea gris) se compone de la fuerza de los MMSS (línea verde clara) y de los MMII (línea verde). Al ingreso, se observó una debilidad considerable en los MMSS, con valores musculares cercanos a 0. En cambio, los MMII presentaban valores más altos que alcanzaron un equilibrio hacia la semana

10. Al momento del alta, se registró una mejora sustancial en el puntaje de la escala del MRC, y se alcanzaron valores de 52/60, con una distribución de 28 para los MMSS y 24 para los MMII. Si bien se evidencia una mejora general, persiste debilidad en la musculatura intrínseca de la mano y abdominopélvica, aspectos que no se evalúan en la escala del MRC.

### Evaluación respiratoria

La fuerza respiratoria se midió mediante la presión inspiratoria máxima (PIMax) y la presión espiratoria máxima (PEMax). La fuerza de la tos se evaluó mediante el pico flujo tosido (PFT). Estas evaluaciones siguieron un protocolo del servicio de kinesioterapia (Material complementario 4). Al ingreso, se obtuvieron los siguientes valores: PIMax, -30 cm H<sub>2</sub>O; PEmax, 30 cm H<sub>2</sub>O; y PFT, 60 L/min. En la semana 4, luego de la oclusión de la cánula durante 24 h, se logró una decanulación exitosa con los siguientes valores: PIMax, -75 cm H<sub>2</sub>O; PEmax, 60 H<sub>2</sub>O; y PFT, 175 L/min. De esta manera, se aseguró la capacidad de ventilación propia y una tos adecuada.

### Evaluación de la funcionalidad

La funcionalidad se evaluó con la versión pediátrica de la medida de independencia funcional (WeeFIM, por sus siglas en inglés) y la escala de discapacidad (ED) del SGB.<sup>(11,12)</sup> Al ingreso, el paciente obtuvo un coeficiente de independencia de 48,41 % (máxima asistencia para las AVD), con una discapacidad funcional de 4/6 (usuario de silla de ruedas). Al egreso, realizaba las AVD de manera independiente (95,23 %) y requería el uso de adaptaciones. Obtuvo un puntaje de 2 en la ED (marcha sin ayuda), lo que reflejaba dificultad para correr.

### Otras evaluaciones

Las estructuras oromotoras y habilidades alimentarias se evaluaron mediante observación clínica del paciente, basándose en un protocolo del servicio de fonología (Material complementario 5). Al ingreso, el niño se alimentaba con semisólidos y sólidos blandos, ingería líquidos con adaptaciones, y la medicación era administrada por vía alternativa. A los cinco días, logró alcanzar una dieta general, por lo que se le retiró la sonda nasogástrica. En cuanto a las estructuras oromotoras, presentaba hipotonía y gran dificultad en la realización de praxias, mayormente en las linguales y en las que involucran las mejillas.

La tolerancia a la intervención se evaluó desde el área de psicología, y se observó buena motivación y adherencia a las pautas de tratamiento.

La participación social se evaluó mediante una entrevista telefónica realizada a los seis meses y al año después del alta de rehabilitación. Se utilizó la escala de participación de niños y adolescentes (CASP, por sus siglas en inglés), que mide el grado en que los niños participan en actividades en el hogar, la escuela y la comunidad, según lo informado por los cuidadores familiares, en comparación con niños de la misma edad.<sup>(13)</sup> A los 6 meses, los resultados mostraron que el niño obtuvo un porcentaje de participación del 81 %. El área de participación más restringida fue el hogar, con un porcentaje promedio del 79 %. Le siguió la escuela con un valor del 80 %. Posteriormente, la participación en el barrio y la comunidad registró un porcentaje del 81 %. Por último, la realización de actividades en el hogar y en la comunidad obtuvo un valor promedio de participación del 83 %. Al año, el nivel de participación reportado por el cuidador fue del 100 % en todas las áreas. Sin embargo, el padre del paciente refirió que el niño frecuentemente manifestaba «no sentir las piernas» y cansarse rápidamente al realizar actividades que requerían resistencia, como salir a correr, y que esta sensación persistía hasta el día siguiente. En contraste, según el padre, esta situación no se presentaba durante actividades más explosivas, como jugar al fútbol o nadar. Este testimonio está relacionado con la fatiga residual a largo plazo, que es común en pacientes con esta condición.

## Discusión

Se reporta el caso de un niño de 11 años con una variante atípica del SGB. Estas variantes requieren de una rehabilitación prolongada tras la fase aguda debido a que presentan mayor porcentaje de secuelas y mayor grado de discapacidad a largo plazo. El reconocimiento de estas variantes atípicas es crucial, ya que permite detectar precozmente las complicaciones e implementar estrategias de tratamiento específicas.<sup>(3)</sup> La variante FCB es poco común en la población pediátrica. Aunque existen reportes de casos que se centran en el diagnóstico y tratamiento de la fase aguda, así como en su seguimiento al año, no hemos encontrado reportes que aborden el tópico de la rehabilitación neurológica en la fase subaguda de esta variante.<sup>(14,15,16)</sup>

Durante la fase aguda, el paciente experimentó una rápida exacerbación de los síntomas y requirió ventilación mecánica prolongada. Estos hallazgos son consistentes con la literatura, que sugiere que las variantes atípicas en pediatría tienden a progresar más rápidamente desde el inicio de los síntomas hasta alcanzar su máxima gravedad, lo que requiere un mayor grado de soporte

ventilatorio.<sup>(3)</sup> Durante la internación en nuestro centro, se implementó un programa interdisciplinario e individualizado de rehabilitación neurológica de alta intensidad. Aunque la evidencia científica respalda la necesidad de este enfoque en la rehabilitación del SGB, actualmente no existen directrices definidas acerca del tipo de intervención más adecuada en esta población.<sup>(17)</sup> Una reciente revisión sistemática, que incluyó tres estudios realizados en adultos, identificó diversas intervenciones de rehabilitación que están asociadas con una mejora en el bienestar del paciente con SGB.<sup>(18)</sup> Uno de esos artículos recomienda que un programa de rehabilitación de alta intensidad y diferentes tipos de intervenciones pueden ayudar a reducir la discapacidad motora en pacientes con SGB.<sup>(19)</sup> Sin embargo, la falta de conclusiones definitivas sobre la eficacia de la rehabilitación resalta la escasa calidad de la evidencia disponible.

En el lapso de las 16 semanas de su estadía en el centro, se observaron avances clínicamente significativos para el paciente, ya que presentó mejoras en la fuerza muscular y la independencia funcional. Aun así, al momento del alta, continuaba presentando debilidad a nivel distal de MMSS y dificultad para correr. Estos resultados fueron similares a los de Murakami N. et al., quienes reportan el caso de un adolescente, en el cual dos meses después del inicio de la enfermedad continuaba con debilidad para la prensión manual, y quince meses después presentaba dificultad para correr.<sup>(16)</sup>

Mediante el seguimiento al año desde el momento del alta, según lo referido por el padre, se identificaron como secuelas la debilidad de la musculatura intrínseca de la mano y la fatiga frente a actividades con mayor demanda. Estas se condicen con la literatura respecto a las secuelas a largo plazo en el SGB y a los mayores tiempos de recuperación de las variantes atípicas.<sup>(3)</sup> La fatiga es una manifestación común, y la mayoría de estos pacientes la experimentan un año después de la fase aguda. Esto destaca la importancia de examinar la fatiga en los niños que han padecido SGB.<sup>(20)</sup>

Este reporte de caso fue reforzado por el uso de medidas objetivas y evaluaciones estandarizadas para demostrar la evolución del paciente luego del programa de rehabilitación neurológica. Cabe destacar que los resultados se centran en un único caso, lo que limita su generalización a otras variantes del SGB o poblaciones pediátricas. A su vez, nuestro mayor análisis se centró en el período de internación, lo que limita la comprensión de los resultados a largo plazo. Además, para el área de participación social se utilizó la escala CASP, la cual presenta desafíos en su capacidad para detectar cambios

a lo largo del tiempo, ya que la adaptación transcultural, la fiabilidad y la validez en niños con SGB no han sido establecidas.

Este estudio ofrece valiosas implicancias clínicas sobre la rehabilitación neurológica en estos pacientes y resalta la importancia de un enfoque interdisciplinario. Además, destaca la necesidad de investigaciones futuras centradas en el proceso de la rehabilitación, con el fin de disminuir la brecha actual en la literatura que se concentra principalmente en la etapa aguda de la enfermedad. Asimismo, subraya la importancia de la derivación temprana a centros de salud especializados para alcanzar la máxima independencia posible y disminuir los costos en salud.

## Conclusión

El programa interdisciplinario de rehabilitación aplicado durante el período subagudo en un niño con la variante FCB del SGB demostró mejoras significativas en la fuerza muscular. Aunque persistió debilidad distal en los MMSS, el paciente alcanzó buenos valores musculares en MMII y MMSS. Además, se observó una notable mejora en la función respiratoria, que permitió la decanulación, y en la funcionalidad, ya que el paciente logró la marcha e independencia con adaptaciones en las AVD. Sin embargo, después de un año, el niño presentaba secuelas consistentes con lo reportado en la literatura.

Este reporte proporciona un respaldo sobre la eficacia de la rehabilitación neurológica interdisciplinaria en pacientes pediátricos con variantes atípicas del SGB. Sin embargo, se requieren más investigaciones para comprender completamente el impacto a largo plazo de estas intervenciones y optimizar el manejo terapéutico de esta población.

## Agradecimientos

Al Licenciado en Terapia Ocupacional Ezequiel Paulenas y a la Licenciada en Kinesiología y Fisiatría Debora Parisi del Instituto Fleni Escobar. A la Coordinadora Médica Dra. Monica Ferrea, al Subdirector médico de Fleni, sede Escobar Dr Carlos Debassa

---

Para obtener el material complementario de este estudio enviar un mail a [info@ajrpt.com](mailto:info@ajrpt.com)

## Fuente de financiamiento

Sin financiamiento.

## Conflicto de intereses

Las autoras y los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Contribución de las autoras y los autores

Conceptualización, curación de datos, investigación: NB, MM, JJ, AP; metodología: NB, MM, JJ; administración del proyecto: NB, MM; supervisión: JJ; validación, visualización: NB, MM; redacción – borrador original, redacción – revisión y edición: NB, MM, JJ, AP.

Recibido: 28 de marzo de 2024. Aceptado: 9 de junio de 2024.

## Editor responsable

Pablo Dolce

## Referencias

1. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome Worldwide. *Neuroepidemiology*. 2009;32(2):150–63. doi: 10.1159/000184748
2. Estrade S, Guiomard C, Fabry V, Baudou E, Cances C, Chaix Y, et al. Prognostic factors for the sequelae and severity of Guillain-Barré syndrome in children. *Muscle Nerve*. 2019; 60(6):716-723. doi: 10.1002/mus.26706
3. Lin JJ, Hsia SH, Wang HS, Lyu RK, Chou ML, Hung PC, et al. Clinical variants of Guillain-Barré syndrome in children. *Pediatr Neurol*. 2012;47(2):91-6. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.011
4. Erazo Torricelli R. Síndrome de Guillain Barré en pediatría [Guillain Barré syndrome in pediatrics]. *Medicina (B Aires)*. 2009;69(1/1):84-91. doi:10.47739/2573-1173/1012
5. Tekgul H, Serdaroglu G, Tutuncuoglu S. Outcome of axonal and demyelinating forms of Guillain-Barré syndrome in children. *Pediatr Neurol*. 2003;28(4):295-9. doi: 10.1016/s0887-8994(02)00626-4
6. Leonhard SE, Mandarakas MR, de Assis Aquino Gondim F, Bateman K, Brito Ferreira ML, Cornblath DR, et al. Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos [Evidence based guidelines. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps]. *Medicina (B Aires)*. 2021;81(5):817-836. doi: 10.1038/s41582-019-0250-9
7. Doets AY, Lingsma HF, Walgaard C, Islam B, Papri N, Davidson A, et al. Predicting Outcome in Guillain-Barré Syndrome: International Validation of the Modified Erasmus GBS Outcome Score. *Neurology*. 2022;98(5):e518-e532. doi: 10.1212/WNL.00000000000013139
8. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017;89:218-235. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
9. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687. doi: 10.1136/bmj.g1687.
10. Compston A. Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942.
11. Msall ME, DiGaudio K, Duffy LC, LaForest S, Braun S, Granger CV. WeeFIM. Normative sample of an instrument for tracking functional independence in children. *Clin Pediatr (Phila)*. 1994;33(7):431-8. doi: 10.1177/000992289403300709

12. Hughes RA, Newsom-Davis JM, Perkin GD, Pierce JM. Controlled trial prednisolone in acute polyneuropathy. *Lancet*. 1978;2(8093):750-3. doi: 10.1016/s0140-6736(78)92644-2
13. Bedell G. Further validation of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). *Dev Neurorehabil*. 2009;12(5):342-51. doi: 10.3109/17518420903087277
14. MacLennan SC, Fahey MC, Lawson JA. Pharyngeal-cervical-brachial variant Guillain-Barré syndrome in a child. *J Child Neurol*. 2004;19(8):626-7. doi: 10.1177/088307380401900812
15. Thapa R, Biswas B, Mallick D, Mukherjee S. Pharyngeal-cervical-brachial variant of pediatric Guillain-Barre´ syndrome with antecedent acute Hepatitis a virus infection. *J Child Neurol*. 2009;24(7):865-867. doi: 10.1177/0883073809332695
16. Murakami N, Tomita Y, Koga M, Takahashi E, Katada Y, Sakuta R, Nagai T. An adolescent with pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré syndrome after cytomegalovirus infection. *Brain Dev*. 2006;28(4):269-71. doi: 10.1016/j.braindev.2005.08.004
17. Khan F, Ng L, Amatya B, Brand C, Turner-Stokes L. Multidisciplinary care for Guillain-Barré syndrome. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011;47(4):607-12. doi:10.1002/14651858.cd008505
18. Sulli S, Scala L, Berardi A, Conte A, Baione V, Belvisi D, et al. The efficacy of rehabilitation in people with Guillain-Barré syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *Expert Rev Neurother*. 2021;21(4):455-461. doi: 10.1080/14737175.2021.1890034
19. Khan F, Pallant JF, Amatya B, Ng L, Gorelik A, Brand C. Outcomes of high- and low-intensity rehabilitation programme for persons in chronic phase after Guillain-Barré syndrome: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011;43(7):638-46. doi: 10.2340/16501977-0826
20. Estublier B, Colineaux H, Arnaud C, Cintas P, Baudou E, Chaix Y, et al. Long-term outcomes of paediatric Guillain-Barré syndrome. *Dev Med Child Neurol*. 2024;66(2):176-186. doi: 10.1111/dmnc.15693



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com). Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)

**Citar este artículo como:** Benetti N, Moler M, Jeréz J, Pereyra A. Rehabilitación neurológica en la variante faringo-cérvico-braquial del síndrome de Guillain-Barré: reporte de un caso pediátrico. *AJRPT*. 2024;6(2):62-69.

Participe en nuestra revista



@ajrptther

Lo invitamos a visitar e interactuar a través de la página  
[www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)



Envíenos sus manuscritos