

UM CASO ATÍPICO DE SÍNDROME DE GUILAN BARRÉ EM UBÁ-MG: RELATO DE CASO

ATYPICAL CASE OF GUILAN BARRÉ SYNDROME IN UBÁ-MG: CASE REPORT

JOICE DE FÁTIMA LAUREANO MARTINS SILVA ¹ ; TIAGO FREITAS MELO ^{1a} ;
KAMILLA MILIONE NOGUEIRA REIS ¹ ; MARIANY MILIONE NOGUEIRA REIS ¹ ;
ÁLVARO MOREIRA RIVELLI ²

¹ Discente Medicina UNIFAGOC | ² Docente Medicina UNIFAGOC



^a tiagoomelo@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) trata-se de uma polirradiculopatia desmielinizante, possuindo apresentação típica, caracterizando-se por comprometimento periférico ascendente, simétrico e progressivo. O diagnóstico é clínico e o tratamento é realizado por meio de imunoglobulina intravenosa (IgIV) e plasmaférese. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de apresentação atípica da SGB com desfecho favorável após tratamento com IgIV. **Relato de caso:** LATA, sexo masculino, 37 anos, no dia 09/08/2019, relata perda de força motora e “formigamento” em membro superior esquerdo (MSE); no dia seguinte, as mesmas manifestações foram notadas no membro superior direito (MSD) e em membro inferior esquerdo (MIE); no dia 11/08/2019, após a perda da força motora do membro inferior direito (MID), foi levada para atendimento médico em consultório de neurologia do município de Ubá, MG; ao exame físico apresentava força motora reduzida à direita e à esquerda, reflexos osteotendinosos (ROT) 1, sensibilidade preservada; foi solicitado ressonância magnética, eletroneuromiografia e punção líquórica, evidenciando aumento de proteínas. Após uma semana do tratamento com IgIV e melhora dos sintomas, paciente recebeu alta hospitalar. **Conclusão:** A SGB possui, como manifestação típica, comprometimento periférico ascendente, simétrico e progressivo, demonstrando que a apresentação clínica neste relato segue curso atípico, evidenciado por parestesia, perda da força motora descendente assimétrica, associado com aumento de proteínas na punção líquórica, que foram suficientes para fechamento do diagnóstico de SGB. Portanto, o presente estudo demonstra que tais manifestações contribuíram para que o diagnóstico de SGB fosse confirmado.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré. Polineuropatia. Manifestações neurológicas.

ABSTRACT

Introduction: Guillain-Barré Syndrome (GBS) is a demyelinating polyradiculopathy, with a typical presentation, characterized by ascending, symmetrical and progressive peripheral involvement. The diagnosis is clinical and treatment is carried out by means of intravenous immunoglobulin (IgIV) and plasmapheresis. **Objective:** The objective of this study is to report a case of atypical presentation of GBS with favorable outcome after treatment with IgIV. **Case report:** LATA, male, 37 years old, on 08/09/2019, reports loss of motor strength and “tingling” in the left upper limb (MSE), and, the following day, the same manifestations were noted in the limb upper right (MSD) and left lower limb (LEM); on 08/11/2019 after loss of motor strength of the right lower limb (MID), she was taken to medical care in a neurology practice in the city of Ubá, MG; physical examination showed reduced motor strength on the right and on the left, osteotendinous reflexes (ROT) 1, preserved sensitivity, being requested magnetic resonance, electroneuromyography and cerebrospinal fluid puncture showing an increase in proteins. One week after treatment with IgIV and improvement of symptoms, the patient was discharged. **Conclusion:** GBS has, as a typical manifestation, ascending, symmetrical and progressive peripheral involvement, demonstrates that the clinical presentation in this report follows an atypical course, evidenced by paresthesia, loss of asymmetric downward motor strength, associated with increased proteins in the cerebrospinal puncture that were sufficient for closure the diagnosis of GBS, therefore, the present study demonstrate that such manifestations contribute to the diagnosis of GBS was confirmed.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome. Polyneuropathy. Neurological manifestations.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) foi diagnosticada pela primeira vez em 1916 por Guillain, Barré e Strohl¹. Trata-se de uma polirradiculopatia desmielinizante aguda com grande associação a processos inflamatórios com desmielienização, principalmente dos nervos motores, podendo atingir os nervos sensitivos. É comum em infecções virais, que envolvem imunologicamente antígenos mielínicos sendo a maior causa de paralisia flácida². A incidência da doença é de 0,16 a 4 por 100.0003.

A apresentação típica caracteriza-se por comprometimento periférico ascendente, simétrico e progressivo. Em todos os quadros relata-se que as manifestações motoras predominam em relação às sensoriais. A afecção pode vir acompanhada de parestesia, dor em queimação com progressão rápida e severa em 25-30 % dos casos, podendo comprometer os músculos respiratórios⁴.

Alguns pesquisadores descrevem a SGB como uma tríade composta por fraqueza muscular progressiva, arreflexia e alterações liquóricas (proteínas >45 mg/dL sem aumento da celularidade)⁵. O agente causador mais comum é *Campylobacter jejuni*, que provoca infecção do trato gastrointestinal. Também foi reportada a síndrome sucedida de Citomegalovírus e Vírus Epstein Barr⁶; recentemente, outros agentes foram reportados, como: dengue, zika, e febre chikungunya⁷.

O tratamento da SGB em sua fase aguda compreende o uso de Imunoglobulina Humana intravenosa e Plasmaférese; também é necessária reabilitação física envolvendo uma equipe interdisciplinar⁸.

O presente relato demonstra um caso atípico de SGB, o qual foi precedido de episódio de diarreia, servindo de parâmetro e aprimoramento da prática médica.

RELATO DE CASO

LATA, sexo masculino, 37 anos, pardo, autônomo, procedente e residente em Ubá-MG, foi atendido no dia 12 de agosto de 2019 em um consultório de neurologia no município de Ubá, MG, no dia 09/08/2019 após parestesia e perda da força motora que iniciou no membro superior esquerdo (MSE); no dia seguinte, apresentou parestesia e perda da força motora em membro superior direito (MSD) e o mesmo sintoma em membro inferior esquerdo (MIE). No dia 11/08/2019 perdeu a força motora do membro inferior direito (MID). Ao exame físico do dia 12/08/19, paciente apresentou Glasgow¹⁵, orientado no tempo e espaço, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, reflexos fotomotores preservados, motilidade ocular extrínseca (MOE) preservadas, força motora grau III/V a direita, e força motora grau IV/V a esquerda, reflexos osteotendinosos (ROT) 1. Não foi possível avaliar dismetria e diadococinesia, sensibilidade preservada em todos os seguimentos, cutâneo plantar em flexão bilateralmente. O quadro acima foi precedido de episódios de diarreia nos dias 01 a 03 de agosto, após ingestão de camarão.

Assim, paciente apresentou quadro de perda de força súbita em MSE e MIE e depois acometimento bilateralmente, porém, de forma assimétrica, negou febre e admitiu infecção anterior. Mesmo com a apresentação do quadro atípico, ou seja, assimétrico e não ascendente caudal-cranial, levantou-se como hipótese diagnóstica a síndrome de Guillan Barré (SGB), considerando esse quadro de perda de força motora súbita sucedida de infecção.

Para confirmação da suspeita clínica norteadas pela clínica do paciente, solicitou-se Punção Liquórica (Tabela 1), Ressonância magnética e Eletroencefalografia, após admissão em um hospital filantrópico de Ubá-MG. Na Tabela 1 encontram-se os dados da avaliação do Líquor.

Tabela 1: Resultado da Punção Liquórica

LCR – Líquido Cefalorraquidiano	
Células	02 células/mm ³
Proteína	141,4 mg/dL
Glicose	41 mg/dL

Nesses resultados do líquido, não se observa aumento de celularidade, porém observa-se aumento de proteínas 141,4 mg/dL, ou seja, maior que 45mg/dL preconizado, associado a perda muscular progressiva e arreflexia é suficiente para fechar o diagnóstico de SGB, o qual era diagnóstico suspeito.

No dia 15/08/19, iniciou-se a imunoglobulina, dose total de 30g fracionadas (6 frascos de 5g), seguindo recomendações constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Síndrome de Guillain Barré (2015)⁹; antes do início da medicação foi realizado novo exame físico neurológico, o qual o paciente ainda apresentava-se vigil, orientado no tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes, reflexos fotomotores preservados, porém força motora grau 0/V a direita, e força motora grau 0/V a esquerda, ROT 1, não foi possível avaliar dismetria e diadococcinesia, sensibilidade preservada em todos os seguimentos, cutâneo plantar sem flexão bilateralmente. Apresentou Mingazini MSE e MIE positivo. Apresenta ataxia de marcha com marcha talonante. Em relação à escala de Hughes et o paciente pode ser classificado como grau 3, sendo capaz de deambular com bengala ou suporte.

No dia 19/08/19 paciente apresentou melhoras em relação à força motora e também melhoras significativas em relação à escala de Hugles, passando de grau 3 para grau 2.

No dia 22/08/19 paciente obteve alta hospitalar, com melhora na força global apresentando grau IV/V, Migazinni Sustentado, Força motora distal grau III/V, reflexo no cotovelo D II/V e reflexo no cotovelo E I/V. Reflexo patelar continua 0/V, global IV/V e apresenta Hugles grau 3.

DISCUSSÃO

A SGB apresenta incidência anual de 1 - 4 por 100.000 habitantes; sendo assim, é considerada a maior causa de paralisia flácida generalizada no mundo. A epidemiologia revela que o pico de incidência ocorre entre 20-40 anos de idade, com maior frequência no sexo masculino¹⁰. Esses dados epidemiológicos corroboram com as descrições do paciente do relato de caso, que é do sexo masculino e tem 37 anos de idade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019)¹¹, várias infecções têm sido associadas à SGB, sendo a infecção por *Campylobacter* a mais comum, que causa diarreia. Também pode ser causada por Zika, dengue, chikungunya, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, sarampo, vírus de influenza A, *Mycoplasma pneumoniae*, enterovirus D68, hepatite A, B, C, HIV, entre outros. Outro estudo evidencia que aproximadamente de dois terços dos indivíduos com SGB referem antecedente infeccioso agudo, como infecção do trato respiratório ou gastrointestinal ocorrida uma a três semanas antes. De acordo com a anamnese do paciente analisado neste relato, ele apresentou três dias consecutivos de episódios diarreicos após ingestão de camarão e o início dos sintomas ocorreu nove dias após o primeiro episódio de diarreia.

A apresentação típica da SGB tem como sintomas: fraqueza muscular, paralisia, déficit de sensibilidade, parestesia, dor que se inicia em membros inferiores e atinge todo o corpo, e redução dos reflexos e são simétricos¹². Isso demonstra que a apresentação clínica do presente relato segue um curso atípico, evidenciado por uma parestesia e perda da força motora descendente e assimétrica.

Segundo Malta et al. (2017), o SGB apresenta 3 estágios: progressão, estabilização e regressão; e grande parte dos casos ocorre de maneira esporádica, sem sazonalidade e com letalidade entre 5 e 15%. Outro estudo revela que até 20% ficam inválidos depois de um ano mesmo realizando tratamento correto¹³.

O diagnóstico se sustenta primeiramente pelas manifestações clínicas e, posteriormente, por exames eletrofisiológicos e análise do líquido cefalorraquidiano¹⁴. Como o caso acima apresentava um curso clínico atípico, foram solicitados exames complementares; no líquor, observou-se aumento de proteínas maior que 45mg/dL associado a perda muscular progressiva e arreflexia, que foram suficientes para fechar o diagnóstico de SGB.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Síndrome de Guillain Barré (2015)⁹ prevê a disponibilidade dos medicamentos IgIV e do procedimento plasmaférese para tratamento dessa síndrome. A IgIV tem sido o tratamento de escolha na maioria dos países, apesar de seu mecanismo de ação ser pouco compreendido. Ela apresenta eficácia similar à da plasmaférese, porém evita as complicações relacionadas a segunda modalidade terapêutica, como: hipotensão, necessidade de cateter venoso e trombofilia. A administração do IgIV é indicada na dose 0,4 g/kg/dia, por via intravenosa. Ao paciente em questão, foi indicado IgIV, conforme dose recomendada por 5 dias. Após o sétimo dia do início do tratamento com IgIV, o paciente obteve alta hospitalar.

Os achados deste estudo demonstram que essa síndrome (SGB) pode trazer consequências negativas, como a redução da qualidade de vida, por meio da perda da independência funcional. Porém, um diagnóstico e o início do tratamento precoces reduzem essas eventuais consequências clínicas⁹. Embora exista progresso na descrição deste relato de caso com aquisição de conhecimento clínico e epidemiológico, é evidente a necessidade de mais estudos sobre casos atípicos da SGB, como uma forma de ressaltar sua importância para um diagnóstico e o tratamento precoces, que sejam capazes de proporcionar melhores prognósticos.

REFERÊNCIAS

- 1- Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2004 Jun 26;363(9427):2186-8.
- 2- Doorn Van PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol*. 2008 Oct;7(10):939-50. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70215-1.
- 3- McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. A systematic literature review 2009;32(2):150-63. doi: 10.1159/000184748. Epub 2008 Dec 17.
- 4- Khan F. Rehabilitation in Guillain Barre syndrome. *Aust Fam Physician*. 2004;33(12):1013-7.
- 5- Gnutzmann LV, Plewka J, Suldotski MT, Felisberto M, Nesi V. Análise dos valores de referência do líquido cefalorraquidiano. *Revista Brasileira de Análises Clínicas* 2016;48(3):189-97.
- 6- Atkinson SB, Carr RL, Maybee P, Haynes D. The challenges of managing and treating Guillain-Barré syndrome during the acute phase. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25(6):256-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-200611000-00003>
- 7- Stegmann-Planchard S, Gallian P, Tressières B, Leparç-Goffart I, Lannuzel A, Signaté et al. Chikungunya, a Risk Factor for Guillain-Barré Syndrome *Clinical Infectious Diseases*, 09 July 2019.
- 8- Haldeman D, Zulkosky K. Treatment and nursing care for a patient with Guillain-Barré syndrome. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(6):267-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-200511000-00004>
- 9- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain-Barré 2015. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/20/MINUTA-de-Portaria-SAS-PCDT-Guillain-Barr---ATUALIZADO-11-11-2015.pdf>
- 10- Freitas, Mayanna et al. Qualidade de vida de pacientes com Guillain-Barré: uma revisão. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 319-327, ago. 2019 [acesso em 27 abr. 2020]. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200004&lng=pt&nrm=iso.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Síndrome de Guillain-Barré. Brasília, DF; 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/guillain-barre>.
- 12- Tuacek TA, Tsukimoto GR, Figliolia CS, Cardoso MCC, Tsukimoto DR, Rosa CDP, Imamura M, Battistella LR. (2013). Neuropatias - Síndrome de Guillain-Barré: reabilitação. *Revista Acta Fisiátrica*, 20(2):89-95. DOI: 10.5935/0104-7795.20130015.
- 13- MALTA et al., 2017. Guillain-Barré syndrome and other neurological manifestations possibly related to Zika virus infection in municipalities from Bahia, Brazil, August 2015, *Epidemiologia Serviços de Saúde*,

Brasília, 26(1):9-18, jan-mar 2017 DOI: 10.5123/S1679-49742017000100002.

14- Castro JC et al, Uliana MS, Ledismar JS. Miller Fisher Variant of Guillain-Barré Syndrome: case report, 2012.