1º CONGRESSO SUL-AMERICANO, 2º CONGRESSO BRASILEIRO E 3º CONGRESSO PAULISTA DE
Urgências e Emergências Pediátricas
02 a 05 de maio de 2018 - Centro de Convenções Frei Caneca - São Paulo - SP

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Guillain Barré - Relato De Caso

Autores: TIAGO ARTUR LYRA LEITE;LORENA BORGES QUEIROZ;TATIANA SANTOS RODRIGUES;THALITA ALVES DE OLIVEIRA;ANA BARBARA MAROJA DE QUEIROZ;PEDRO PAULO PEREIRA CAIXETA;FERNANDA P P DE CARVALHO;MAYARA A DE MOURA FRAZÃO;TABATHA ANDRADE G C B GOMES;AMANDA GIFONI ARAGÃO;ANDRESSA MARY CARDOSO DE SOUSA;JULIANE MACHADO MARCHESE

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença neurológica aguda caracterizada por paralisia flácida e arreflexia, associada a aumento da proteinorraquia. Ocorre principalmente após quadros infecciosos. Surge como parestesia, dor e paresia de membros inferiores, com tempo de evolução variável, podendo acometer, em casos mais graves, musculatura respiratória. As variantes mais encontradas da SGB são: polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda inflamatória (AIDP), neuropatia axonal motora aguda (AMAN) e neuropatia axonal sensitivo motora aguda (AMSAN). A eletroneuromiografia (ENMG) é mandatória para diferenciá-las. OBJETIVO: Despertar a atenção para a suspeita clínica mesmo em apresentações atípicas da SGB na emergência. METODOLOGIA: Sexo feminino, 11 anos, admitida na emergência por dor em ombros bilateralmente, seguida de perda de força em mão direita e membros superiores (MMSS). Evoluiu com perda completa de força em membro inferior esquerdo (MIE) e disfagia. Na história médica recente, relatava quadro de gastroenterite há 15 dias do quadro atual. Exame neurológico: plegia de MIE e MMSS, força grau 2 em membro superior direito, rebaixamento do sensório, língua desviada para esquerda, reflexos patelar e cutâneo plantar abolidos à esquerda. Submetida a tomografia de crânio e coluna lombossacra, ambas normais. Evoluiu com desconforto respiratório progressivo, sendo admitida na UTI Pediátrica em insuficiência respiratória aguda, aparentemente por fraqueza muscular. Radiografia de tórax exibia atelectasia de lobo inferior esquerdo. Não respondeu a ventilação não invasiva e optou-se pela intubação orotraqueal. Punção lombar evidenciou dissociação proteíno-citológica. Recebeu Imunoglobulina EV por dois dias. ENMG foi sugestiva de polineuropatia aguda, padrão axonal, com sinais desnervatórios ativos/recentes. Paciente não suportou desmame da ventilação mecânica e foi feita traqueostomia. Exame neurológico atual com força grau 4 em membro inferior direito, grau 3 em MIE e grau 1 em MMSS. RESULTADOS: Não se aplica. CONCLUSÃO: A SGB é uma neuropatia rara, com risco de dano neurológico permanente e morte, que exige medidas de suporte e monitorização. O padrão de envolvimento axonal é mais grave que a AIDP e depende da extensão da lesão. A forma AMAN responde por 10-20% dos casos de SGB no Ocidente e é mais prevalente no sexo feminino (1:3). Em crianças, há evidências que apontam para benefício da Imunoglobulina (Ig) e a recuperação na forma axonal é mais lenta do que na AIDP após a Ig.