



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Guillain-Barré Pós Arbovirose

Autores: PATRÍCIA DE SÁ MADER (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), LUANA SGORLON LEIRAS GOMES (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), NATHÁLIA DA FONSECA GONÇALVES (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), SUSANA VILLELA MOREIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), VICTOR ROCHA RIBEIRO DE SOUZA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), NATÁLIA ARAÚJO LEITE DA COSTA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), FÁTIMA TEREZA ROSALINA RIBEIRO DE ASSIS MOURA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), PATRICIA REZENDE PIOTROWICZ (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), RENATA CARDOSO NASCIMENTO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), LILIA MARIA SERRA COSTA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), ANTOINETTE CITTADINO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)

Resumo: INTRODUÇÃO: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia autoimune, caracterizada por paralisia ascendente arreflexa. Em geral, precedida por quadro infeccioso. RELATO DO CASO: BLASR, masculino, 3anos, iniciou há 21 dias quadro de dor articular e febre. Diagnosticado clinicamente como Chikungunya, evoluiu progressivamente com dificuldade para deambular e dor em membros, tratado como miosite pós-viral. Apresentou piora importante até plegia, com arreflexia dos membros inferiores. Aventada possibilidade de SGB e realizada punção lombar (PL). Resultado do líquido cefalorraquidiano(LCR) com 2cel/mm e 238mg/dl proteína. Apresentou melhora após uso de imunoglobulina humana venosa(IGIV). DISCUSSÃO: Um quadro infeccioso prévio dispara resposta imune gerando reação cruzada contra a mielina e/ou axônio do nervo periférico causando a SGB. Aproximadamente 2/3 dos casos, apresentam infecção do trato respiratório ou gastrointestinal. O agente precipitante mais freqüente é o Campilobacter Jejuni. Outros precipitantes são: Citomegalovírus, Epstein barr, Mycoplasma e Influenzae. Possui incidência de 0,3 a 1,3 casos para 100.000 pessoas, sendo menos comum na pediatria. Apresenta mortalidade de 3-4 geralmente secundária a falha respiratória. A apresentação clássica inclui parestesia, fraqueza simétrica ascendente e com piora em horas a dias, podendo comprometer musculatura respiratória. Nos pré-escolares, também são sintomas comuns recusa para deambular e dor. O diagnóstico é baseado na apresentação clínica associada à análise do LCR, com dissociação proteíno-citológica, alterações características em eletroneuromiografia (ENMG) e ressonância magnética (RNM) do SNC. Seu tratamento compreende suporte clínico, uso de IGIV e plásmáfereze. Mais de 85 das crianças tem boa resposta e melhor prognóstico que adultos, voltando a deambular, em geral, após um ano. CONCLUSÃO: Paciente com diagnóstico clínico de Chikungunya, evoluindo com quadro compatível com SGB e dissociação albumino-citológica no LCR. Apresentou melhora quando tratado com IGIV. O quadro em questão demonstra a importância do pediatra incluir a SGB como complicação das arboviroses.