



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Guillain-Barré Em Paciente Com Encefalopatia Crônica Não Progressiva: Um Desafio Diagnóstico

Autores: LAURA CRISTINA FERREIRA PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), FERNANDO DE VELASCO LINO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BIANCA PIMENTA AIRES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ANA LUIZA CAMARGO PINTO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), VERÔNICA RACHEL CUNHA KERSTING (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), SAMANTHA ARNAUT OLIVEIRA MENDES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), HELOISE FERNANDES DA SILVA BASTOS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BIANCA ROCHA DE AGUIAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

Resumo: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma neuropatia periférica desmielinizante aguda e imunomediada, sendo a causa mais comum de paralisia flácida. Caracterizada por paralisia flácida simétrica ascendente progressiva, disautonomia, diminuição ou abolição dos reflexos tendinosos e déficits sensoriais. A maioria dos casos é precedida por infecções do trato respiratório superior ou diarreia, principalmente por *Campylobacter jejuni* e citomegalovírus. O diagnóstico é clínico, mas auxiliado por eletroneuromiografia (ENMG) e análise do líquido mostrando dissociação albuminocitológica. O tratamento é feito com imunoglobulina intravenosa (IgIV) ou plasmaferese. O prognóstico em crianças é favorável, mas 20% dos pacientes permanecem severamente incapacitados e 5% morrem de complicações. Lactente, 11 meses, com diagnóstico prévio de encefalopatia crônica não progressiva (ECNP), epilepsia, microcefalia, espasticidade e lesão de plexo braquial ao nascimento. Admitido em hospital com quadro de obstrução nasal, coriza e tosse iniciados há 5 dias, que evoluiu com crises convulsivas, flacidez de membros e diminuição da movimentação principalmente em membros inferiores. Ao exame físico, apresentava reflexos profundos diminuídos em membros superiores (MMSS) e ausentes em membros inferiores (MMII), e hipotonia generalizada em membros. Realizou análise do líquido evidenciando proteína: 127 mg/dL e citometria: 4 células/mm³. No segundo dia de internação, iniciou IgIV 1 g/kg, sendo feita duas doses. No 5º dia de internação, apresentou resolução da flacidez e melhora da movimentação dos MMII e MMSS. Recebeu alta hospitalar após 11 dias de internação, mantendo acompanhamento com neuropediatra. Não foi possível realização de ENMG por não comparecimento do paciente ao exame. A SGB é precedida por infecções do trato respiratório superior ou diarreia, como o ocorrido com o paciente que iniciou quadro com sintomas de vias aéreas superiores. Além disso, a SGB é caracterizada por paralisia flácida e arreflexia profunda, conforme evidenciado no caso. O paciente apresentou achado típico em análise do líquido: dissociação albuminocitológica, colaborando com o diagnóstico. Realizou tratamento conforme preconizado, com IgIV 1 g/kg por 2 dias, evoluindo com melhora dos sintomas. Dessa forma, apesar do paciente possuir ECNP prévia, através de um olhar clínico minucioso, foi possível diagnóstico e intervenção imediatos, resultando em desfecho favorável. A SGB é a principal causa de paralisia flácida. O diagnóstico é clínico e pode ser dificultado por algumas comorbidades como ECNP. A ENMG e a análise do líquido podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento adequado com IgIV ou plasmaferese contribui para melhores desfechos. Apesar do prognóstico em crianças ser favorável, aproximadamente 20% dos pacientes podem permanecer severamente incapacitados e 5% morrem de complicações como embolia pulmonar, parada cardíaca e sepse. Portanto, o diagnóstico e intervenção precoces são essenciais.