

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ NO PÓS COVID-19 NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

VI Congresso Cearense de Ginecologia e Obstetrícia, 1ª edição, de 22/07/2021 a 24/07/2021
ISBN dos Anais: 978-65-89908-46-3

VASCONCELOS; Carlos Augusto Cavalcante de¹, NETO; José Vieira da Nóbrega², DIAS; Luise Vasconcelos Paula Pessoa³, COUTO; Jully Graziela Coelho Campos⁴, NETO; Pedro Saboia Neto⁵, JÚNIOR; Elson José de Almeida⁶

RESUMO

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma afecção rara, caracterizada como uma polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante, de origem imunomediada, progressiva, ascendente e simétrica, normalmente desencadeada por infecções ou outros eventos imunogênicos. A doença afeta principalmente o sistema nervoso periférico, dividindo-se em, pelo menos, 7 entidades específicas, classificadas de acordo com características clínicas avaliadas mais precisamente no transcorrer da evolução. São os subtipos: 1) aguda inflamatória desmielinizante (tipo clássico); 2) aguda motora axonal; 3) aguda motora e sensorial; 4) síndrome de Miller-Fisher; 5) polineurite crônica; 6) faringo-cervico-braquial e a 7) encefalite de Bickerstaff. Embora mais prevalente nos homens, a ocorrência dessa neurossíndrome em indivíduos do sexo feminino não é incomum, sobretudo no contexto epidemiológico de arboviroses e doenças tropicais. O acometimento de mulheres gestantes ou puérperas por SGB já é bem descrito na literatura, muitas vezes com desfechos dramáticos e desfavoráveis. Tal realidade foi agravada com a pandemia do SARS-COV-2, iniciada no ano de 2019, impondo a necessidade de assistência materno-fetal múltipla, para contenção das frequentes e imprevisíveis complicações. O diagnóstico da doença é clínico-laboratorial, baseando-se na aplicação dos critérios de Brighton, a fim de avaliar simetria, tônus, paresia, hiporreflexia, progressão e a investigação líquórica. **Materiais e métodos:** Este artigo visa descrever um caso de SGB em uma mulher de 40 anos, acometida pela neuropatia às 29 semanas de gestação. O relato foi confeccionado através da revisão do prontuário da paciente, assim como a descrição sintomatológica da mesma e seus exames complementares, com a finalidade de documentar a evolução deste caso e desvelar nuances pertinentes para o melhor entendimento científico dessa moléstia associada à infecção por COVID-19. **Relato:** F.S, G10P7NA2, 40 anos, natural e residente no interior do Estado do Ceará, hipertensa desde os 33 anos, em uso prévio de Atenolol 50 mg/dia e Metildopa 750mg/dia no contexto pré-natal, deu entrada na emergência obstétrica do Hospital Geral Dr. César Cals, em Fortaleza, com idade gestacional de 29 semanas, transferida de outra unidade, com queixas clássicas de iminência de eclâmpsia. Apresentava-se com dificuldade de movimentação espontânea, pressão arterial de 180/90 mmHg, além de cefaleia, turvação visual e epigastralgia no interrogatório sintomatológico. Na admissão, a paciente afirmou que havia sido diagnosticada com COVID-19 na 27ª semana de gestação, apresentando sintomatologia respiratória leve, sem necessidade de cuidados médicos intensivos na vigência da infecção. Relatou que, passados 12 dias da infecção viral, apresentou quadro de parestesia e hipoestesia em região distal de pododáctilos bilateralmente, de caráter progressivo e ascendente, avançando, ainda no mesmo dia, até região infrapatelar. Nos dias consecutivos ao início dos sintomas, evoluiu com intensificação do quadro, agora implicando em astenia intensa e perda de força motora braquiocrural simétrica, que impossibilitou, gradativamente, a mobilização e permanência em ortostase, até paraparesia. Negou febre, artralgia, diarreia, disfagia ou qualquer outra sintomatologia nos dias que precederam o quadro. Inicialmente, foram realizados cuidados focados no risco agudo decorrentes da pré-eclâmpsia, com a devida prescrição de sulfato de magnésio e corticoterapia. Foram solicitados testes laboratoriais imediatos, inclusive dosagem de vitamina B12, eletrólitos e rotina bioquímica recomendada para síndromes hipertensivas na gestação, além de uma tomografia de crânio, sem alterações evidentes nesses exames que esclarecessem o quadro de forma definitiva. Avaliou-se, também, a vitalidade fetal, por meio de uma ultrassonografia obstétrica com Doppler e uma cardiotocografia, ambos sem alterações ou sinais de sofrimento fetal. Progredida assistência multidisciplinar, permaneceu com avanço diário do quadro neurológico durante 4 dias, já expondo queixas de parestesia dolorosa em mãos e punhos, e exame físico com força grau 5 em membros superiores, grau 0 e arreflexia em membros inferiores, sendo aventado o diagnóstico de uma paralisia flácida aguda. Indicada coleta líquórica para maior elucidação diagnóstica, com líquido de aspecto claro, Hemácias: 144/mm³, Células: 15/mm³ (Linfócitos 88,9%; Monócitos 3,7%; Neutrófilos 7,4%), LDH: 20g/dL, Glicose: 68 mg/dL, Proteínas: 86,4, Adenosina deaminase: 0,2g/dL. Avançado o quadro, agora acometendo também a força motora de membros superiores, associado a diminuição do murmúrio vesicular em bases pulmonares, foi realizada uma nova avaliação clínica e optado por

¹ Universidade de Fortaleza, ccavalcante20@edu.unifor.br

² Centro Universitário Christus, nobregant@gmail.com

³ Hospital Geral Dr. César Cals, luisevasconcelospdias@gmail.com

⁴ Hospital Gonzaga Mota de Messejana, jullcoelho@gmail.com

⁵ Hospital Geral Dr. César Cals, pedrosaboianeto@gmail.com

⁶ Hospital Geral Dr. César Cals, elsonmed@hotmail.com

alocamento em leito de terapia intensiva, anteendo a necessidade de cuidados especiais e suporte ventilatório, caso piora dos sintomas. Além disso, foi prescrita imunoglobulina humana endovenosa (IgEV) por 5 dias, já com arrefecimento da perda de força inferior no segundo dia de tratamento, embora ainda restrita ao leito e com persistente arreflexia distal nos 4 membros. Passado ciclo programado de IgEV e estabilização clínica, foi prosseguida assistência em enfermaria obstétrica comum, ainda com reflexos superiores e inferiores patéticos, força grau 3 em braços, fraqueza proximal e distal somados a paresia inferior. Foi realizada também a avaliação eletroneuromiográfica que evidenciou: sinais de polirradiculoneuropatia desmielinizante sensitivo-motora nos quatro membros, de maior intensidade sensitiva, com degeneração axonal secundária. Não foram observados bloqueios de condução nervosa motora ou dispersão temporal na atual fase nos membros. Tais achados sugerem fortemente a SGB, forma PIDA (Polirradiculoneuropatia Inflamatória Desmielinizante Aguda), em atual fase subaguda/crônica. Cuidados concentrados às solicitações biopsicológicas do binômio materno-fetal foram introduzidas sob demanda, com auxílio interdisciplinar e reavaliação diária. Persistida a parestesia, com mudança de padrão para dor e desconforto neuropático, foi, então, prescrito pregabalina, com relato de melhora parcial. Além disso, com estabilidade do quadro e nadir dos sintomas, F.S manteve-se com bom controle pressórico, rotina laboratorial e parâmetros fetais dentro da normalidade, sendo possível a retirada de todos os anti-hipertensivos da prescrição diária, sem impacto no status pressórico, e programada resolução da gestação com 37 semanas, conforme manutenção da estabilidade materno-fetal. **Discussão:** Poucos relatos de SGB na gestação relacionadas ao SARS-CoV-2 foram descritos até o momento, não mostrando impacto significativo na incidência dos diagnósticos dessa neurossíndrome. Contudo, a quantidade de infecções assintomáticas e as miopatias em doentes graves de COVID-19 podem falsear a documentação precisa desses casos. A combinação de SGB e gestação é incomum, podendo acometer gestantes em todas as fases gestacionais ou puerpério, piorando no reestabelecimento imunológico puerperal. Embora com melhor perfil de responsividade à terapia com IgEV, o padrão de SGB pós COVID-19 na gestante costuma ser majoritariamente desmielinizante, com grande variabilidade clínica já descrita na literatura científica. Os efeitos neuropáticos dessa infecção ainda não são totalmente esclarecidos, porém, já é sabido que há uma relação estabelecida entre mecanismos imunológicos e alterações moleculares na fisiopatologia dessas complicações, distanciando a hipótese de invasão direta do vírus em estruturas nervosas, na maioria dos casos, uma vez que a prova da presença do patógeno na avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR) e histopatológica dos nervos periféricos é inesperada. O quadro pressórico inicial relatado, sugestivo de pré-eclâmpsia, bem como a estabilização dos níveis posteriormente, mesmo sem uso de medicação anti-hipertensiva, pode ser explicado pela ocorrência comum de sintomas disautônômicos na SGB, costumeiramente regredindo na história natural dessa moléstia. Os critérios de Brighton (Tabela 1) são aplicados para maior certeza diagnóstica, considerando a flacidez muscular bilateral, hiporreflexia, apresentação em exame neurofisiológico e análise líquórica. Neste caso, mediante a clínica demonstrada, pleocitose linfocítica do líquido e resultado da eletroneuromiografia categorizam o quadro como Nível 1 de certeza diagnóstica para SGB. A manifestação clínica da SGB na gestação também pode ocorrer de forma concomitante a infecção viral, podendo ser, ainda, a única queixa relacionada ao vírus. Em casos de conhecida contaminação pelo vírus, já é bem explorada a correlação entre a “*Cytokine Storm*” provocada pela infecção e diversos eventos imunogênicos. Contudo, não existem dados que concluam definitivamente a produção de anticorpos próprios de estruturas neurais periféricas e ganglionares, sendo necessária maior detalhismo científico que prove o exato mecanismo patogênico.

Tabela 1. Critérios de Brighton para a definição de casos de síndrome de Guillain-Barré

Nível 1 de certeza do diagnóstico

Nível 2 de certeza do diagnóstico

Nível 3 de certeza do diagnóstico

Fraqueza bilateral e flácida dos membros; **E**

Fraqueza bilateral e flácida dos membros; **E**

Fraqueza bilateral e flácida dos membros; **E**

Reflexos diminuídos ou ausentes do tendão profundo em membros fracos; **E**

Reflexos diminuídos ou ausentes do tendão profundo em membros fracos; **E**

Reflexos diminuídos ou ausentes do tendão profundo em membros fracos; **E**

¹ Universidade de Fortaleza, ccavalcante20@edu.unifor.br

² Centro Universitário Christus, nobregant@gmail.com

³ Hospital Geral Dr. César Cals, luisevasconcelospdias@gmail.com

⁴ Hospital Gonzaga Mota de Messejana, juullycoelho@gmail.com

⁵ Hospital Geral Dr. César Cals, pedrosaboianeto@gmail.com

⁶ Hospital Geral Dr. César Cals, elsonmed@hotmail.com

Padrão de doença monofásico; e intervalo entre o início e o nadir da fraqueza entre 12h e 28 dias; e patamar clínico subsequente; **E**

Padrão de doença monofásico; e intervalo entre o início e o nadir da fraqueza entre 12h e 28 dias; e patamar clínico subsequente; **E**

Padrão de doença monofásico; e intervalo entre o início e o nadir da fraqueza entre 12h e 28 dias; e patamar clínico subsequente; **E**

Ausência de diagnóstico alternativo identificado para a fraqueza;**E**

Ausência de diagnóstico alternativo identificado para a fraqueza;**E**

Ausência de diagnóstico alternativo identificado para a fraqueza

Dissociação citoalbuminológica (i.e., elevação do nível protéico do LCR* acima do valor laboratorial normal e contagem de glóbulos brancos do LCR total <50 glóbulos/ μ l; **E**

Contagem de glóbulos brancos do LCR total <50 glóbulos/ μ l (com ou sem elevação proteica do LCR acima do valor laboratorial normal); **OU** estudos eletrofisiológicos consistentes com SGB, se LCR não tiver sido colhido ou resultados não disponíveis

Resultados eletrofisiológicos consistentes com SGB

Fonte: who.int

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Guillain Barré, Neuropatia Autoimune Aguda, Gravidez, COVID19

¹ Universidade de Fortaleza, ccavalcante20@edu.unifor.br

² Centro Universitário Christus, nobregant@gmail.com

³ Hospital Geral Dr. César Cals, luisevasconcelospdias@gmail.com

⁴ Hospital Gonzaga Mota de Messejana, juullycoelho@gmail.com

⁵ Hospital Geral Dr. César Cals, pedrosaboianeto@gmail.com

⁶ Hospital Geral Dr. César Cals, elsonmed@hotmail.com