

207P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Obs: não pôlo comete, por  
do mesmo, por se o  
receber da pronto  
floral

PE 207

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

ESTUDO RETROSPECTIVO DE 32 CASOS NOS HOSPITAIS GO-  
VERNADOR CELSO RANOS, CARIBADE E FLORIANÓPOLIS

NOTA:

5,6

Equipe: Daniel Milten Neto

Marcio Henrique Dias

Nilton da Silveira

Coordenador: Luis Carlos Coral

Doutorandos do Curso de Graduação em  
Medicina da UFSC

Florianópolis, junho de 1983

UNIDADE: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MATERIAL

para testes

para

METODO

—

\_\_\_\_\_

MATERIAL



SEXO

ambos

Masculino

DATA    /    /   

ASSINATURA MÉDICO-CARIMBO

**"FUMAR FAZ MAL À SAÚDE"**

## I N D I C E

SUMÁRIO	-----	1
SUMMURY	-----	2
INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	-----	3
METODOLOGIA	-----	4
RESULTADOS	-----	5
DISCUSSÃO	-----	10
CONCLUSÃO	-----	14
BIBLIOGRAFIA	-----	15

## SUMÁRIO

Os autores apresentam 32 casos de pacientes portadores de Síndrome de Guillain-Barré internados no período compreendido entre 1972 a 1983 nos hospitais de Caridade, Florianópolis e Governador Celso Ramos. Analisam, retrospectivamente, os mais variados aspectos referentes a este grupo e concluem serem o sexo masculino como o mais frequente; a terceira década de vida, como a faixa etária de maior evidência; o tempo médio de internação de 30 dias; o índice de mortalidade baixo; a principal complicação é a insuficiência respiratória e, corticoterapia, fisioterapia e unidade de terapia intensiva as principais formas de tratamento.

b  
N. C. FORMA  
BE T. H. 2

11



AA  
MAY 60 - PLACES  
HOSPITAL

SUMMARY

Among the authors we researched, we found 32 that presented patients carrying Guillain-Barre's Syndrome. Those patients were hospitalized between 1972 and 1983 at Hospital de Caridade, Florianópolis and Governador Celso Ramos - Andisan - respectively. These patients presented a variety of aspects in relation to this group.

This took us to a point where we were forced to conclude that the incidence of cases was more frequent upon males; another third age was also of more frequent incidence and the span of time this person should be in hospital - 30 days the index of mortality was relatively low; and the main complication to appear was a respiratory insufficiency. The indicated treatment should be cortico therapy, physiotherapy followed by an intensive therapy. UNIT.

IN AN

5

## INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

6/

Este trabalho apresenta dados preliminares de uma pesquisa sobre as complicações na Síndrome de Guillani-Barré, em pacientes que estiveram internados nos 3(três) nosocômios de Florianópolis; Hospital Governador Celso Ramos, Hospital de Caridade e Hospital de Florianópolis.

Procuramos obter informações sobre os motivos que levaram a estas complicações bem como as causas que levaram a doença primeira.

Sabe-se atualmente do grande número de casos que vêm ocorrendo, no entanto, as causas ainda são obscuras. Nem a nomenclatura nacional e tampouco a internacional são capazes de apontar motivos realmente convincentes que levam pessoas das mais diferentes idades, das mais diferentes ocupações profissionais, a adquirirem a Síndrome.

Em nossa pesquisa, procuramos questionar pontos que julgamos os mais importantes conforme veremos nas tabelas e discussão no decorrer do trabalho. No entanto, as conclusões ainda tendem a ser primárias, em virtude do parco conhecimento que se tem da Síndrome em si.

Esperamos com este trabalho aguçar o interesse de outros colegas para que num futuro bem próximo, tantos pacientes acometidos por esta doença sejam tratados de uma forma mais precoce diminuindo bastante as estatísticas de unidades de terapia intensiva hospitalares.

MELHORADO

METODOLOGIA

- Pesquisa
- O universo do presente estudo foram os prontuários dos hospitais de: Caridade, Governador Celso Ramos e Florianópolis.
- Amostragem utilizada foi de 32 pacientes.

Instrumento: Como instrumento de trabalho foi utilizado o seguinte método de questionário: nome, idade, sexo, ocupação, tempo de permanência hospitalar, medicação que recebeu durante a internação, sintomatologia, pacientes que foram levados à UTI, complicações apresentadas e fisioterapia.

Coleta de dados:

Foi realizada nos três hospitais, obedecendo ao seguinte número:

Hospital Governador Celso Ramos	- 10 prontuários
Hospital de Caridade	- 15 prontuários
Hospital Florianópolis	- <u>07 prontuários</u>
TOTAL -----	32 prontuários

## RESULTADOS

A distribuição por sexo e faixa etária pode ser visto na Tabela 1. Houve um pequeno predomínio do sexo masculino, do total de 32 pacientes, 18 (56%) eram deste sexo. Entretanto, os grupos quase que foram estatisticamente homogêneos comprovados pela pequena margem de desnível, conforme verificase na tabela abaixo:

TABELA 1 - CASUÍSTICA

Período = 1972 a 1983

Nº Total de pacientes internados = 32

Sexo:

Masculino: 18 (56,25%)

Feminino : 14 (43,75%)

Idade:

01 a 10 anos = 6 pacientes

11 a 20 anos = 6 pacientes

21 a 30 anos = 10 pacientes

41 a 50 anos: 4 pacientes

TOTAL ----- 32 pacientes

FONTE: SAME dos Hospitais Governador Celso Ramos, Caridade e Florianópolis.

Em relação à idade, sobressai a terceira década de vida, mas sem ocorrer uma acentuada disparidade com as outras faixas etárias, exceção feita à quinta década de vida.

TABELA 2 - OCUPAÇÕES

Menor	-	8 pacientes
Doméstica	-	7 pacientes
Estudante	-	2 pacientes
Mecânico	-	2 pacientes
Agricultor	-	1 paciente
Balconista	-	1 paciente
Religiosa	-	1 paciente
Telefonista	-	1 paciente
Funcionário Públ.-	-	1 paciente
Inválido	-	1 paciente
Indigente	-	1 paciente
Bombeiro	-	1 paciente
Escriturário	-	2 pacientes
Industrial	-	1 paciente
Aposentado	-	1 paciente

BONTE: SAME dos Hospitais Governador Celso Ramos, Caridade e Florianópolis.

Conforme mostra esta tabela, a ocupação dos pacientes com Síndrome de Guillain-Barré é a mais variada possível, não denotando relação esperada com qualquer faixa de profissões e ocupações.

O tempo de internação pode ser visto na tabela 3.



TABELA 3: TEMPO DE INTERNAÇÃO

A. Pacientes Internados uma vez:

00 a 05 dias	= 2 pacientes
05 a 10 dias	= 4 pacientes
10 a 15 dias	= 6 pacientes
16 a 20 dias	= 6 pacientes
21 a 25 dias	= 1 paciente
25 a 30 dias	= 1 paciente
31 a 40 dias	= 1 paciente
41 a 50 dias	= 1 paciente
51 a 60 dias	= 1 paciente
61 a 70 dias	= 1 paciente
81 a 90 dias	= 2 pacientes
91 a 120 dias	= 1 paciente
TOTAL -----	27 pacientes

FONTE: SAME dos Hospitais de Caridade, Governador Celso Ramos e Florianópolis.

B. Paciente Reinternados

PAC.	1º internação	2º internação	3º internação	4º in
1º	28	15	4	6
2º	20	10	-	-
3º	60	20	10	-
4º	17	5	-	-
5º	3	9	-	-
TOTAL:	5 pacientes			

C. Tempo de permanência no hospital: 3 a 118 dias

Média= 30 dias.

TABELA 4 ÍNDICE DE EVOLUÇÃO

Pacientes totalmente recuperados	- 29 pacientes
Pacientes em vigência de manifestações (Com alta a pedido)	- 1 paciente
Óbitos	2 pacientes
Total -----	32 pacientes

A duração média de internação foi de 30 dias com um desvio padrão alto, motivado pela vasta variabilidade no tempo de internamento. Dos 32 pacientes, 16 permaneceram de 06 a 20 dias. Com menos de 5 dias, 2 pacientes de 21-120 dias, 9 pacientes. Dos pacientes reinternados (5 pacientes) verificou-se que em quase todos os casos da primeira internação foi mais prolongada, diminuindo progressivamente nas internações posteriores. O tempo de permanência no hospital foi bastante variável, de 30 a 120 dias.

Nesta série, 2 pacientes foram a êxito letal. O índice de mortalidade, portanto, foi bastante baixo e resultou das complicações do uso da respiração mecânica. A grande maioria dos pacientes, neste estudo, recuperaram totalmente as funções normais.

TABELA 5 - COMPLICAÇÕES

Infecção pulmonar	- 11
Insuficiência respirat.	- 14
Infecção urinária	- 4
Crise hipertensiva	- 1
Coma	- 1
Paralisia Facial	- 2
Distonia	- 1 - ?
Parada cardo-respirat.	- 1

A insuficiência pulmonar seguida ou não de infecção resultou a principal complicação e o principal motivo que levou a necessitar de cuidados intensivos. Neste estudo 15 pacientes foram internados na UTI. Outra complicação, relativamente frequente, foi a infecção urinária (4 pacientes). No total, 16 pacientes apresentaram alguma complicação. Vinte e um pacientes realizaram fisioterapia (65%) e vinte e cinco (78%) receberam corticoterapia em algum período durante o desenvolvimento da doença.

TABELA 6

Internação na UTI	
15 pacientes: (46%)	
Fisioterapia	
21 pacientes: (65%)	
Corticóide	
25 pacientes: (78%)	

## DISCUSSÃO

A Poliradiculoneurite inflamatória aguda, é uma síndrome clínica frequentemente referida como polineurite pós-infecciosa, síndrome Landry-Guillain-Barré-Strohl, ou simplesmente síndrome Guillain-Barré. Historicamente, há muitas controvérsias sobre as definições e critérios diagnósticos na Síndrome. Em 1859, Landry relatou os sintomas da presente síndrome, curso e resultado em 10 pacientes. Dois dos dez pacientes faleceram por falência respiratória. Em 1966, Guillain, Barré e Strohl (8) relataram dois casos de paralisia ascendente associado com o aumento da concentração de proteínas no fluído cérebro-espinhal, mas sem aumento concomitante no número de células. Em subseqüentes relatos, Guillain e Barré enfatizaram que a enfermidade era invariavelmente não fatal, fato que diferenciava, segundo os dois autores, da paralisia de Landry.

Posteriormente, descreveu-se como possível o resultado fatal na Síndrome de Guillain-Barré, considerando-se então a Síndrome Landry, e esta última, como entidades únicas.

W.J. Hanna considera os seguintes critérios da Síndrome de Guillain-Barré (modificado de Osles e Sidell, 1960).

1. A Síndrome frequentemente inicia de uma para três semanas depois de uma infecção e há sempre intervalos entre a doença e o desenvolvimento da síndrome.

2. A doença ocorre em todas as idades e em todos os sexos.

3. Hipoparestesia de pés e mãos podem preceder o início da paralisia.

4. Há um início rápido e perda simétrica de força, afetando cada grupo muscular proximal ou distal. A palavra simetria significa distribuição e não necessariamente grau.



5. A sensibilidade objetiva perdida: é mínima e transitória com a distribuição comumente "em luva e meia".
6. A bexiga nunca é severamente ou diretamente envolvida, mas dificuldade para micção pode surgir devido doença da musculatura abdominal.
7. Os reflexos tendinosos estão perdidos ou simetricamente diminuídos.
8. Os nervos craniais, mais frequentemente o sétimo, estão usualmente envolvidos em um ou ambos os lados.
9. Melhoria clínica, usualmente começa antes da terceira semana e continua sem recaída.
10. O líquido cerebrospinal sempre mostra um aumento no nível de proteínas sem aumento marcado no número de células.
11. Houve completa recuperação funcional (sem recaída) em seis meses.

Muitos casos de síndrome Guillain-Barré são relatados após períodos variáveis (1 a 3 semanas) de infecção do trato respiratório superior, hepatite B com antígeno de superfície positivo (15), linfoma (7) e seguindo infecção por Yersinia Arthritis. Motivado pelo aumento do número de casos publicados de síndrome Guillain-Barré, seguindo a vacinação contra influenza em New Jersey, o Programa de Imunização Nacional dos USA contra a influenza foi suspenso em 1976. Conclui-se neste estudo um elevado aumento da incidência da síndrome GB, em comparação com a população não vacinada, principalmente na faixa etária adulta (17).

No presente trabalho, 18 dos pacientes são do sexo masculino e 14 do sexo feminino. A faixa etária mais comprometida es



tá entre 21 a 30 anos (10 pacientes), apesar de apresentarem pouca predominância sobre a faixa etária antecedente é a seguinte. Considerando-se todos os pacientes, temos como idades limites 4 e 49 anos de idade.

Em um trabalho realizado pela Mayo Clínica, na cidade de Olmsted County, identificando e seguindo todos os pacientes com síndrome de Guillain-Barré durante 42 anos, muitos dados importantes foram observados. Durante este longo período foram diagnosticados 40 casos de síndrome de Guillain-Barré, nos residentes desta cidade. A incidência média anual baseada nos 40 casos, foi de 1,7 por 100.000 habitantes. Esta corresponde bem com o valor relatado por Lesser e associados e Chen e colaboradores, que acharam taxa média de incidência anual de 1,6 a 1,9, respectivamente. Na análise por sexo revelou uma taxa de incidência de 1,2 entre mulheres e 2,3 entre homens, contudo, a diferença na incidência por sexo não foi estatisticamente significativa, dados que concordaram plenamente com nossa casuística.

No estudo realizado pela Mayo Clínica, 24 casos foram de pacientes com idade superior a 40 anos (3,3) e somente 16 pacientes (1,1) com idade inferior. Fato este que contrastou com o nosso trabalho em que somente 4 pacientes estavam em faixa etária superior a 40 anos.

Outros trabalhos, apresentam resultados diferentes, como por exemplo, predomínio da terceira e quinta década de vida (18) onde 52% eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino.

O período de permanência hospitalar, avalia subjetivamente a severidade da doença. No presente estudo a média, conforme citado anteriormente, foi de 30 dias. A literatura cita períodos semelhante (35,1 dias (1)).

As complicações observadas, foram bastante variadas, mas

a principal foi, sem dúvida a Insuficiência respiratória (43%), incipiente ou instalada, associada ou não à infecção respiratória (34%). Esta incidência é alta em comparação com a literatura que cita 10 a 25% de evolução para insuficiência respiratória (9) (14). Metade dos pacientes em nosso estudo evoluiu sem intercorrências mais evidentes.

W.J. Hanna relata 43% de internamento na Terapia Intensiva, dado bastante aproximado do nosso estudo onde 15 (46%) dos pacientes necessitaram de cuidados intensivos. Outros autores citam que 20% a 25% necessitam de assistência respiratória.

A mortalidade em nossa casuística é de apenas dois pacientes (6%). Incidências iguais são encontrados em outros trabalhos (8). As principais causas de morte são: insuficiência respiratória, infecção pulmonar e arritmias cardíacas, causadas pelos distúrbios subjacentes (18).

O envolvimento dos pares cranianos não é usual na polineuropatia idiopática (Haynacker e Kurnohan, 1949; Mansat e Baner, 1965), sendo o sétimo par craniano, o mais comumente comprometido (18). No presente trabalho, somente 1 paciente evoluiu com paralisia facial.

Na nossa análise 78% dos pacientes receberam tratamento com corticóides, aproximando-se dos 91% dos relatados por W.J. Hanna.

## CONCLUSÃO

Após a apresentação do desenvolvimento do presente trabalho concluem os autores:

1. A terceira década de vida e o sexo masculino tiveram uma maior incidência na casuística, apesar desta prevalência ser ínfima, dados que concordaram com a literatura pesquisada.
2. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 30 dias, variando pouco em relação à literatura.
3. A insuficiência respiratória é a principal complicação encontrada e ocasiona alterações subjacentes; isolada ou associada ocasiona a maioria dos casos de óbito.
4. A corticoterapia, apesar de seu uso de forma empírica, encontra vasta utilização no tratamento da síndrome de Guillain-Barré.
5. Aproximadamente metade dos pacientes necessitam dos cuidados da Unidade de Tratamento Intensivo e, provavelmente, esta representa a mais importante parte no tratamento desta síndrome.
6. Observou-se elevada necessidade de Fisioterapia nos pacientes internados, tendo demonstrado sua importância associada às outras formas padrões de tratamento.



## BIBLIOGRAFIA

1. BRAVO; R.H. et alii. Obstretic managment of Landry-Guillain-Barré Syndrome: a case report. Am. J. Obst. Gynecol; 714-5, Mar 15, 1982.
2. CONTRERAS, Cortéz, et alii. Neonatal Landry-Guillain-Barré Strohl Syndrome. Bol. Med. Hosp. Infant. Viex, 323-9. Mar/Apr. 81.
3. DICK, P.J. et alii. Prednisone responsive hereditary motor and sensory neuropathy. Mayo Clin Proc. Apr. 1982.
4. FARAC, S.S. et alii. Yersinia arthrits and Guillain-Barré-Syndrome (letter). N. Engle. J. Med. Sept, 16, 1982.
5. FESTUGATO, R.R. et alii. Guillain-Barré-Syndrome simula - ting hernia of lumbar disc. Report of a case. Arq. Neuro-psiquiatr., Jun, 1980. *pagina 7*
6. HURWITZ, E.S. et alii. Guilain-Barré-Syndrome and the 1978-79 influenza vaccina. New Engl. J. Med. Jun. 25, 1981. *pagina 7*
7. JULIEN, T. et alii. Guillain Barré-Syndrome and Hodkins di sease service du Neurologia-chu de Bordeau - Hospital du Hant-Léveque. Sept. 13, 1979. *qual revista?*
8. KENNEDY, R.H. et. alii. Guillain-Barré Syndrome - A 42 Year epidemiology and clinical study. May clin. Proc. 53.93-99, 1978.
9. KNOEDLER, J.P. et alii. Delayed recovery from respiratory paralysis due to the Guillain-Barré Syndrome (letter). Jul, 81. *qual revista?*
10. LOW, P.A. et alli. Results of endoneural infection of Guil lain - Barré Syndrome serum in Lewis rats. Mayo Clin . Proc., jun 82.

11. MIKOL, F. et alii. (Recurrent polyradiculoneuritis. Possible role of Carbimazole). Rev. Neurol. (Paris), 1979. *pgs?*
12. MIYASAKA, K. et alii. Ossification of spinal ligaments causing thoracic radiculomyelopathy. Radiology, may 82. *pgs!*
13. MOREIRA FILHO, P.F. et alii. Guillain-Barré Syndrome as a manifestation of systemic lupus erythematosus. Report of a case. Arq. Neuropsiquiatric. jun 80. *pgs?*
14. NEWSUM, J.K. et alii. Intubation for acute respiratory failure in Guillain - Barré Syndrome. Jama, oct, 12, 1979.
15. PENNSAR, E. et alii. Serum and cerebrospinal fluid immune complexes containing hepatitis B surface antigen in Guillain-Barré Syndrome. Gastroenterology, mar 72.
16. REY, L. Como redigir trabalhos científicos. São Paulo, ed. de SP., 1972.
17. SCHOUBERG, Lawrence B. et alii. Guillain-Barré Syndrome following vaccination in the national influenza immunization program. USA, 1976-77. *REVISTA!*
18. W.J. Hanna et alii. Acute polyneuritis (EBS) seen at the University Hospital of the West Indies. 1970-75. *REVISTA!*

*1) ~~A~~ A BIBLIOGRAFIA  
DEVE SER SOMENTE  
4 TRABALHOS  
CITADOS NO TEXTO*



**TCC  
UFSC  
PE  
0207**

**Ex.1**

**N.Cham. TCC UFSC PE 0207**

**Autor: Millen Neto, Danie**

**Título: Síndrome de Guillain-Barré : es**



972809023

Ac. 253845

**Ex.1 UFSC BSCCSM**