

## **Relatos Casos Clínicos**

### **PD-008 - (UM19-4975) - DA PARALISIA À NEUROPATIA**

Joana Capitão<sup>1,2</sup>; Ângelo Costa<sup>3</sup>

1 - Hospital Privado de Alvor; 2 - Hospital Particular de Alvor; 3 - USF Portas do Arade

#### **Enquadramento:**

O Síndrome de Guillain-Barré é a neuropatia desmelinizante imunomediada mais frequente e mais grave, com uma incidência de 1-2 casos por 100,000 pessoas por ano. Desde a introdução da vacina anti-poliomielite que o SGB é a causa mais frequente de paralisia muscular. Dentro destes síndromes de polineuropatia imunomediada, a síndrome de Miller-Fisher é a variante mais prevalente, caracterizando-se por oftalmoplegia, ataxia e arreflexia

#### **Descrição do caso:**

Homem de 39 anos, leucodérmicos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao SUB por queixas com 8 horas de evolução de paralisia facial total direita, que associa à exposição ao frio. Sem febre ou outros déficits neurológicos. Excluída infecção herpética no exame objectivo com otoscopia é diagnosticada paralisia de Bell, foi medicado com lágrimas artificiais, Ibuprofeno 600mg/8h, Deflazacorte 30mg/24h e oclusão ocular direita.

Quatro dias depois e assumindo cumprimento terapêutico, recorre ao SU de um Hospital Privado por paralisia facial contralateral, sem outra sintomatologia acompanhante. Nega clínica infecciosa recente.

Ao EO: apirético, bom estado geral, spO<sub>2</sub> de 99%; neurologicamente duvidosa quadrantopsia direita, hemihipoestesia direita (andar inferior), apagamento do sulco nasogeniano bilateralmente, sem mímica na contracção voluntária e elevação assimétrica do palato. Reflexos presentes e simétricos bilateralmente, assim como sensibilidade algica, posicional e táctil conservadas. Sem alterações dos restantes pares cranianos, sinais meníngeos, da força ou sensibilidade dos membros ou da marcha.

Do estudo complementar efetuado: sem alterações do hemograma, função renal, ionograma ou função hepática. VIH negativo. TAC-CE com imagem compatível com sinusite maxilar bilateral; RMN-CE com escassos focos de hipersinal na substância branca frontal e parietal a esquerda. A punção lombar revela uma dissociação abumino-citológica, glicemia de 82 mg/dl e proteína totais de 0,83g/L. Decidiu-se internamento do doente na UCI para vigilância. No internamento, os testes foram negativos para VIH, sífilis, Borrelia, Brucella e Tuberculose.

A EMG realizada registou onda A com a latência mínima da onda F normal no nervo tibial direito.

Face ao diagnóstico provável de Guillain-Barré iniciou imunoglobulinas na dose 0,4 g/kg/dia

O doente por motivos pessoais solicitou alta contra parecer médico, com alta para domicílio e diagnóstico mais provável de Síndrome de Miller-Fisher (fase incipiente sem triada clássica).

#### **Discussão:**

As patologias desmelinizantes têm diferentes etiologias, sendo de extrema importância uma correcta e detalhada avaliação neurológica. A avaliação clínica é a ferramenta mais importante para um diagnóstico diferencial com patologias que causam paralisia muscular aguda. Os MCDTs (TAC, RMN, EMG e punção lombar) complementam o diagnóstico para poder implementar o tratamento correcto. As neuropatias imunomediadas do espectro do Guillain-Barré devem ser suspeitas em casos de síndromes neurológicas subagudos, bilaterais e progressivos, dias a semanas após o curso de uma infecção.

A Síndrome Miller–Fisher era a hipótese diagnóstica mais provável devido à clínica incipiente e EMG praticamente sem alterações; a D. de Lyme por falta de evidência de lesões cutâneas e de mordedura por carrapa; a granulomatose Wegener com ANCA's negativos, assim como ECA também negativos excluindo a sarcoidose.

O contexto clínico e o diagnóstico diferencial com patologias infecciosas, neoplásicas e autoimunes faz desta patologia um desafio diagnóstico multidisciplinar.