



Tratamento do Síndrome de Guillain-Barré:

imunoglobulina endovenosa comparado a plasmaferese.

Davi Emanuel de Assis Fonseca¹; Laís Guimarães de Melo Santos²; Rui Araújo Júnior³;
Virgínio Batista de Araújo Neto⁴; Roumayne Fernandes Vieira Andrade^{5*}.

1. GRADUANDO EM MEDICINA- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINA GRANDE/PB
2. GRADUADO EM MEDICINA- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINA GRANDE/PB
3. GRADUANDO EM MEDICINA- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINA GRANDE/PB
4. GRADUANDO EM MEDICINA- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINA GRANDE/PB
5. DOCENTE/ ORIENTADOR- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICA, CAMPINA GRANDE/PB.

* roumaynefv@hotmail.com

RESUMO: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) ou Polirradiculoneurite Aguda é caracterizada por uma inflamação aguda com perda da mielina dos nervos periféricos, às vezes de raízes nervosas proximais e de nervos cranianos, de caráter auto-imune. As manifestações clínicas podem evoluir gravemente com comprometimento da musculatura respiratória e parada respiratória. O diagnóstico e tratamento precoce aumenta as chances de um bom prognóstico, nesse sentido o tratamento intensivo nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com imunoglobulina endovenosa e ou plasmaferese tem sido aplicado e seus resultados publicados com objetivo de descrever o melhor tratamento que curse com redução no tempo de internação e cuidados intensivos. Deste modo, o presente estudo objetiva, através de uma revisão bibliográfica, apresentar o tratamento mais eficaz e com melhor prognóstico e menor tempo de internação hospitalar. Trata-se de uma revisão bibliográfica que inclui pesquisa documental direta, através de periódicos científicos e revistas eletrônicas de saúde, SCIELO, LILACS, COCHRANE, MEDLINE e PUDMEB. Foram incluídos, para a realização deste estudo, ensaios clínicos, estudos prospectivos e retrospectivos, revisão sistemática, que avaliaram o tratamento empregado na SGB. Alguns autores têm observado que o uso da imunoglobulina endovenosa como terapia está associado com menor tempo de uso de ventilação mecânica, menor permanência em UTI e internação hospitalar menos prolongada.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Guillain-Barré (S.B.G) ou Polirradiculoneurite Aguda é caracterizada por uma inflamação aguda com perda da mielina (membrana de lipídeos e proteína que envolve os nervos e facilita a transmissão do estímulo nervoso) dos nervos periféricos, às vezes de raízes nervosas proximais e de nervos cranianos (nervos que emergem de uma parte do cérebro chamada tronco cerebral e suprem as funções específicas da cabeça, região do pescoço e vísceras), de caráter auto-imune. (JUNIOR; NETO, 2011)

O indivíduo produz auto-anticorpos contra sua própria mielina. Aos nervos não podem transmitir os sinais que vêm do sistema nervoso central com eficiência, levando a uma perda da habilidade de grupos musculares de responderem aos comandos cerebrais. (DOURADO; FREITAS; SANTOS, 1998)

O cérebro também recebe menos sinais sensitivos do corpo, resultando em incapacidade para sentir o contato com a pele, dor ou calor. (SIERRA; DIAZ, 2002, tradução nossa)



Segundo Yu, Usuki e Ariga (2006, tradução nossa), a doença é rara com incidência estimada de uma a duas pessoas para cada 100.000.

Em muitas pessoas o início da doença é precedido por infecção de vias respiratórias altas, de gastroenterite aguda e num pequeno número de casos por vacinação especialmente contra gripe e em raras ocasiões contra hepatite B. Antecedentes de infecções agudas por uma série de vírus tais como, Epstein Bar, citomegalovirus, HTLV, HIV, e diversos vírus respiratórios têm sido descritos. (SIERRA; DIAZ, 2002, tradução nossa)

A doença é rara com incidência estimada em uma pessoa para cada 100.000. (CAMBIER et al., 1999)

O seu diagnóstico é clínico, apoiado por estudos complementares (líquor e eletroneuromiografia). Trata-se de uma doença monofásica e que raramente recidiva. Em casos graves o paciente evolui com paralisia da musculatura respiratória, insuficiência respiratória pulmonar aguda (IRpA) podendo ir a óbito. Seu tratamento de primeira escolha quando internado em Unidade de Terapia Intensiva, com introdução de duas formas de tratamento, plasmaferese (PF) e imunoglobulina humanas endovenosas (IG). (DOURADO et al., 1998)

Diante do exposto, surge-se a importância de avaliar e comparar os artigos publicados em bases de dados, através de uma revisão de literatura sobre o tratamento na S.G.B com plasmaferese ou imunoglobulina que reduzam o tempo de internação hospitalar ofertando ao paciente um melhor prognóstico clínico, tendo em vista que a incidência de S.G.B experimentou um aumento durante o ano de 2015, o que se especula ser secundário ao surto de infecção pelo zika vírus. De acordo com Araújo et al., 2016, como uma comunicação pessoal de uma rede de pesquisa em sobre a síndrome no Brasil estima que a incidência provavelmente aumentou por 5 vezes desde 2015.

METODOLOGIA

A revisão da literatura inclui pesquisa documental direta, através de periódicos científicos e revistas eletrônicas de saúde, SCIELO, LILACS, COCHRANE. MEDLINE e PUDMEB. Foram incluídos, para a realização deste estudo, ensaios clínicos, estudos prospectivos e retrospectivos, revisão sistemática, que avaliaram o tratamento empregado na SGB. Realizou-se um levantamento bibliográfico utilizando as palavras-chave: Guillain-Barré; Tratamento; Imunoglobulina; Plasmaferese. Os artigos achados nas plataformas de pesquisa foram devidamente lidos e selecionados, para expor as melhores informações sobre o



tratamento empregado para a SGB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento da SGB consiste essencialmente em medidas de suporte médico e na imunomodulação. Os tratamentos usados da SGB são a Plasmaférese e a Imunoglobulina Humana Intravenosa (IG), sendo a IG o tratamento mais usado em diversos países por ser considerado mais seguro, fácil administração, eficiente, ter menos efeitos adversos e ser mais. A IG aplica por via intravenosa uma matriz de anticorpos com sorologia normal, sendo o período de uso do medicamento diferente em crianças e adultos (COSTA, 2016).

Tanto a Plasmaferase como a imunoglobulina humana endovenosa, promovem efeito imunoregulador temporário (DOURADO; FREITAS; SANTOS, 1998).

Segundo Alves et al. (2017), paciente com SGB tratados com plasmaferese têm apresentado uma incidência maior de recidivas e de complicações do que pacientes não tratados. Bons resultados têm sido obtidos com o uso de altas doses de imunoglobulina endovenosa (IG) em pacientes com SGB. Um grande estudo controlado comparando a IG com a plasmaferese demonstrou eficácia comparável entre as duas modalidades terapêuticas.

Bruck, Isac et al. (2000), relataram sua experiência com imunoglobulina endovenosa (IG), plasmaferese e terapêutica de suporte no tratamento de 13 pacientes com síndrome de Guillain-Barré (SGB). Dos 13 pacientes, 7 receberam IG, 2 plasmaferese e 4 terapêutica de suporte. No 15º dia após a administração da IG, todos os pacientes deste grupo apresentaram melhora. Dos 2 pacientes submetidos a plasmaferese, 1 apresentou melhora em 5 dias após o procedimento. Entre os 4 pacientes que receberam tratamento de suporte, 2 apresentaram melhora dentro de 20 dias de evolução. No grupo que recebeu IG não houve recidivas. Assim, estes resultados sugerem que a IG diminui o tempo necessário para a melhora clínica quando comparado com tratamento suportivo.

Imunoglobulina humana tratamento (IG) de escolha na maioria dos países, apesar de o mecanismo de ação ser pouco compreendido. Sua eficácia a curto e longo prazos é similar à da plasmaférese, evitando complicações inerentes à segunda modalidade (hipotensão, necessidade de cateter venoso, trombofilia). Existem três grandes ensaios clínicos randomizados e controlados que avaliaram a eficácia da IG em comparação com plasmaférese, sob vários desfechos clínicos. Na análise global dos mesmos, observou-se que ambas as modalidades apresentaram eficácia similar na aceleração da recuperação motora em pacientes com SGB grave quando utilizadas nas primeiras 2 semanas após o início dos



sintomas. Em adultos o uso da plasmaférese dependerá da disponibilidade do método e da experiência do centro de atendimento terciário envolvido (Protocolo Clínico, 2009).

O trabalho de Meché, Van der, (1992) é considerado de grande importância e impacto para a comunidade científica. O autor conduziu um estudo randomizado com 150 pacientes portadores da SGB (durante 6 meses), com menos de duas semanas de evolução e incapazes de andar 10 metros sem ajuda. Um grupo de doentes recebeu 5 sessões de plasmaferese (PF) dentro de 7 a 14 dias, e o outro recebeu 5 doses de imunoglobulinoterapia endovenosa (Ig).

Ainda segundo MECHÉ, Van der. (1992) em seu estudo randomizado relatou a imunoglobulinoterapia endovenosa é, no mínimo, tão efetiva quanto a plasmaferese para o tratamento da SGB, oferecendo as seguintes vantagens: Apresentar respostas mais rápidas e menor incidência de complicações, sendo melhor tolerada pelos pacientes; Pode ser realizada em qualquer hospital, ao contrário da plasmaferese, que necessita de máquinas e pessoal especializados; Pode ser administrado em idosos e pacientes instáveis, pois apresenta risco reduzido de instabilidade hemodinâmica; Tem custo equivalente à plasmaferese.

Hughes Rac et al. (2014), concluíram em seu estudo que a IG e a plasmaférese produziram melhora semelhante no grau de incapacidade dos 536 participantes do estudo.

Em relação à permanência hospitalar, permanência em UTI e dias de Ventilação Mecânica, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois tratamentos (BRITTO et al., 201). Dourado et al., (1998) relataram em um estudo de caso que, pacientes tratados com IG podem sofrer piora, após melhora inicial. Portanto, necessitam de vigilância rigorosa nas primeiras semanas após tratamento. Acredita-se que a flutuação relacionada ao tratamento ocorra devido à persistência de auto-anticorpos, após finalizado o efeito do tratamento.

Para o uso da plasmaferese é necessário que o paciente esteja compensado do ponto de vista hemodinâmico. A sua efetividade estaria relacionada com menor tempo de uso de ventilação mecânica e reinício mais precoce da deambulação. Por sua vez, o uso de imunoglobulina é seguro, fácil, de rápida avaliação e não oferece os riscos da circulação extracorpórea. Alguns autores têm observado que o uso da imunoglobulina endovenosa em crianças com SGB está associado com menor tempo de uso de ventilação mecânica, menor permanência em Unidade de Terapia Intensiva e internação hospitalar menos prolongada. (SANTANA et al., 1996)

Quanto à terapêutica específica usada no início desse milênio, de acordo com Tavares et al. (2000), as duas técnicas comprovadamente eficazes no tratamento da síndrome



consistem na plasmferese e na infusão endovenosa de altas doses de imunoglobulina. A administração IG em altas doses tem-se tornado o tratamento de maior sucesso para as doenças desmielinizantes, mostrando-se seguro e eficaz, tanto para adultos, como para crianças.

Segundo Campellone (2004), a plasmferese pode reduzir a severidade dos sintomas e facilitar uma recuperação mais rápida.

Em um revisão sistemática foi encontrado seis estudos com baixo risco de viés, que envolveram 649 pacientes com a síndrome de Guillain-Barré. Os resultados indicam que a troca de plasma ajuda a acelerar a recuperação dos pacientes com síndrome de Guillain-Barré e não causa efeitos adversos graves, exceto por um risco um pouco maior de a pessoa ter recidiva da doença. Não foram feitos novos estudos desde que a revisão foi publicada pela primeira vez, em 2001. (CHEVRET et al., 2017)

CONCLUSÕES

De acordo com os dados coletados desta revisão o tratamento com imunoglobulinas são uma boa opção terapêutica para a síndrome de Guillain Barré, e pode ser incluída na categoria das indicações formais. Não há dados convincentes que demonstrem a superioridade das imunoglobulinas sobre as plasmfereses; a escolha deve levar em conta fatores como a facilidade de realização das aféreses e a disponibilidade das imunoglobulinas. As imunoglobulinas têm um custo um pouco mais elevado, mas em compensação tem um tratamento de realização bem mais simples.

REFERÊNCIAS

- BRUCK, ISAC et al. Imunoglobulina endovenosa em crianças com síndrome de Guillain-Barré. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** 2000, vol.58, n.4, pp.1081-1091.
- CAMPELLONE, J. V. Guillain-Barre Syndrome. **Medline Plus** – Medical Encyclopedia, 2004.
- CHEVRET, S; HUGHES, Rac; ANNANE, D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017.
- COSTA, Ana Carolina Diques da. Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão integrativa de literatura e de dados do Sistema Único de Saúde. **Universidade de Brasília Faculdade de Ciências de Saúde Departamento de Saúde Coletiva Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva**, 2016.



DÍAZ, Tellería; D.J. SIERRA, Calzada. Síndrome de Guillain-Barré. **Revista de Neurologia**, Barcelona, v.34, n.10, p.966-976, 2002.

DOURADO, Mário Emílio; FREITAS, Marcos Lima de; SANTOS, Fábio Melo dos. Síndrome de Guillain-Barré com flutuações relacionadas ao Tratamento com Imunoglobulina Humana Endovenosa: relato de caso. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. São Paulo, v.56, n.3, p.476-479, 1998.

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Manual de Neurologia**. 9º ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

HUGHES RAC, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2014.

JUNIOR, Renan Alves da Silva e NETO, Virgínio Batista de Araujo. **Revista nacional de reabilitação-reação Medicina de Reabilitação** v69 nº80 Maio/junho de 2011
<http://revistareacao.com.br/pdfs/cadernos/80.pdf>

MECHÉ, Van der. A Randomized Trial Comparing Intravenous Immunoglobulin and Plasma Exchange in GBS. **NEJM**, 1992 Apr; 326(17):1123-9.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Portaria SAS/MS no 497**, de 23 de dezembro de 2009.

SANTANA, et al., Autonomic dysfunction in Guillain-Barré Syndrome: a 13 year experience in pediatric intensive care unit. **J. pediatr.** (Rio J.);72(1):20-6, jan.-fev. 1996.

TAVARES, A.C. et al. Doenças infecciosas, neurologia: Síndrome de Guillain-Barré: Revisão de literatura. **Cadernos Brasileiros de Medicina**, v.8, n.1,2,3,4, p.36-47, janeiro-dezembro, 2000.