

SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ SIMULANDO HERNIA DE DISCO LOMBAR

REGISTRO DE UM CASO

RODINEI R. FESTUGATO *
ANTONIO CESAR G. BORGES **
MAURO GUIDOTTI AQUINI ***

A síndrome de Guillain-Barré se caracteriza pelo comprometimento de nervos periféricos, determinando diminuição de força de modo simétrico, nos músculos proximais dos membros. A estas manifestações sugerem-se as alterações de sensibilidade, de trofismo, de disfunção do sistema nervoso autônomo. A lombociatalgia associada aos sinais clínicos de compressão meningoradicular pode ser a apresentação inicial desta síndrome, conforme mostramos no seguinte relato.

OBSERVAÇÃO

F.M. (Reg. nº 035206), sexo masculino, branco, com 52 anos de idade, foi admitido no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas (RS) em 27-03-1978. Três dias antes do internamento teve dor lombar intensa com irradiação para a face posterior e lateral da coxa esquerda, que se exacerbava com a tosse. Não haviam queixas de alterações motoras ou sensitivas no crânio e membros superiores. *Exame neurológico* — Força muscular, sensibilidade superficial e profunda normais nos membros superiores e inferiores. Reflexos patelar e aquiliano abolidos à esquerda, leve distensão vesical e sinal de Lasègue no membro inferior esquerdo. *Exames complementares* — Sangue e urina normais. Radiculografia com Dimer X: ausência de compressão meningoradicular. Exame de líquido cefalorraqueano colhido no espaço L3-L4 era límpido, contendo 4 leucócitos por mm³ (100% de linfócitos), 70mg% de glicose e 80mg% de proteínas; eletroforese: préalbumina 2%, albumina 82%, alfa-1-globulina 2%, betaglobulina 6% e gamaglobulina 4%. A cistometria mostrou bexiga nuerogênica, hipotônica com diminuição de sensibilidade. *Tratamento e evolução* — Dexametasona 4mg. via intramuscular de 6 em 6 horas. Os sintomas regrediram em 8 dias. A partir daí foi reduzida a dose de medicamento de modo gradativo. Uma semana após o paciente experimentou parestesias na face póstero-lateral da coxa e perna esquerda e no exame neurológico mostrava diminuição da dorsiflexão do pé e extensão do hálux esquerdo, diminuição dos reflexos patelar e aquiliano e sinal

Trabalho da Disciplina de Neurologia, Faculdade de Medicina UFPEL: * Auxiliar de Ensino de Neurologia; ** Professor Assistente de Neurologia; *** Monitor de Neuroanatomia.

de Lasègue a 20 graus no mesmo lado. Foi instituído o tratamento com prednisona (60mg por dia); 4 dias após o paciente mostrava retenção urinária, sendo necessário cateterismo vesical. Em 4-06-1978 o paciente teve alta hospitalar. Nesta ocasião persistia pequena redução da extensão do hálux e hipotrofia da perna esquerda. A função vesical estava preservada e o líquido cefalorraqueano era normal.

COMENTARIOS

A síndrome de Guillain-Barré, reconhecida por Landry em 1859 e Guillain, Barré e Strohl em 1916, se caracteriza por processo inflamatório dos nervos periféricos e destruição de mielina. As manifestações clínicas surgem após infecções virais do sistema digestivo ou respiratório e, ocasionalmente, após infecções bacterianas ou por micoplasma ou ainda após intervenções cirúrgicas³. Segundo Cameron deve-se ficar alerta para a possibilidade de doença de Hodgkin ou dos linfomas causarem polineurite ou associação com outras moléstias tais como o hipertireoidismo, insuficiência da suprarrenal, alcoolismo crônico, doença hepática e mesmo em situações fisiológicas como a gravidez^{1,2,4}. Em geral o diagnóstico clínico é simples: diminuição de força muscular, de distribuição proximal e simétrica, de início agudo ou subagudo. Os reflexos osteotendinosos são abolidos e as alterações sensitivas surgem em graus variáveis algum tempo após o comprometimento motor. Pode ocorrer dor neuropática ou muscular e os nervos cranianos podem ser afetados em 50% dos casos, especialmente o nervo facial. O envolvimento do sistema nervoso autônomo pode causar taquicardia sinusal, hipotensão ortostática e, às vezes, hipertensão arterial, ou ainda de hiperatividade parassimpática (rubor facial, bradicardia, sensação de aperto no tórax)³. O exame do líquido cefalorraqueano mostra dissociação proteinocitológica. No diagnóstico diferencial devem ser consideradas a polineurite devida a mononucleose infecciosa e a hepatite viral, que dão quadro semelhante. Entretanto, a lombociatalgia como manifestação inicial da síndrome de Guillain-Barré merece ser lembrada, principalmente quando os exames neuroradiológicos são normais e quando existe dissociação proteinocitológica. Dessa maneira é possível evitar a intervenção cirúrgica para o alívio da dor.

RESUMO

É relatado o caso de um paciente de 52 anos de idade com sinais e sintomas de hérnia de disco intervertebral lombar. Os exames radiológicos foram normais e o exame de líquido cefalorraqueano revelou dissociação proteínocitológica. A evolução clínica demonstrou tratar-se de polineurite de Guillain-Barré, a qual teve boa recuperação com corticosteróides. São feitos breves comentários sobre essa síndrome e é sugerida a lombociatalgia como sintoma inicial desta afecção.

SUMMARY

Guillain-Barré syndrome presenting as lumbar disc prolapse: a case report.

The case of a 52 years-old man, with typical findings of lumbar disc disease is reported. The radiological investigation was negative and albumino-cytologic dissociation in cerebrospinal fluid was detected. The clinical course was similar to Guillain-Barré syndrome which was completely solved by treatment with steroids. Brief comments on clinical aspects of that syndrome are made.

REFERENCIAS

1. CASTAIGNE, P.; BRUNET & NOUAILHAT, F. — Enquête clinique sur les polyradiculonévrites inflammatoires en France. *Rev. Neurol. (Paris)* 115:849, 1966.
2. CAMERON, D. C.; HOFELL, D. A. & HUTCHINSON, J. L. — Acute peripheral neuropathy in Hodgkin's disease: report of fatal case with histological features of allergic neuritis. *Neurology (Minneapolis)* 8:575, 1958.
3. DICK, P. J.; THOMAS, P. K. & LAMBERT, E. H. — *Peripheral Neuropathy*. Vol. 2 W. B. Saunders Company, 1975.
4. DONALDSON, J. O. — *Neurology of Pregnancy*. Vol. 7. W. B. Saunders Company, 1978.

Disciplina de Neurologia, Departamento de Medicina Geral — Faculdade de Medicina de Pelotas — Av. Duque de Caxias 250 — 96100 Pelotas, RS — Brasil.