



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS

Anestesia para Cesariana em Paciente com Síndrome de Guillain-Barré: Relato de Caso

Daniel Volquind* ¹, Roberto Taboada Fellini ², Giana Lucho Rose ², Gabriel Pedro Tarso ³

1. Título Superior em Anestesiologia (TSA); Professor da Universidade de Caxias do Sul; Anestesiologista da CAN-Clínica de Anestesiologia de Caxias do Sul, RS, Brasil

2. Anestesiologista da CAN - Clínica de Anestesiologia de Caxias do Sul, RS, Brasil

3. Acadêmico do 8 Semestre do curso de medicina da Universidade de Caxias do Sul, RS, Brasil
Recebido da Universidade de Caxias do Sul (UCS), Rio Grande do Sul, Brasil.

Submetido em 14 de maio de 2012. Aprovado para publicação em 25 de junho de 2012.

Unitermos:

ANESTESIA, Obstétrica;
CIRURGIA, Cesárea;
Síndrome de Guillain-Barré.

Resumo

Justificativa e objetivos: A Síndrome de Guillain-Barré durante a gestação é considerada uma complicação neurológica rara e o manejo anestésico para a cesariana nessas pacientes ainda não é consenso na literatura. O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma paciente gestante portadora da Síndrome de Guillain-Barré submetida à cesariana.

Relato do caso: Paciente feminina, 22 anos, com 35 semanas e cinco dias de idade gestacional, submetida à cesariana, internada relatando diminuição de força e parestesias em membros inferiores. O exame do líquido apresentou elevação de proteínas (304 mg.dL⁻¹) sem aumento da celularidade. A técnica anestésica empregada foi a anestesia geral, induzida com propofol 1,5 mg.kg⁻¹ e mantida com sevoflurano 2% em oxigênio e fentanil 3 µg.kg⁻¹. O procedimento transcorreu sem complicações, tanto para a gestante quanto para o concepto. A paciente obteve alta no décimo dia de internação, após melhora progressiva do quadro neurológico.

Conclusões: A técnica anestésica a ser empregada em gestantes portadoras da Síndrome de Guillain-Barré que necessitam fazer cesariana permanece como escolha do anestesiológico, que deve ser guiado pelo quadro clínico e pelas comorbidades de cada paciente.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia aguda, desmielinizante e inflamatória caracterizada por perda de força progressiva, arreflexia e paralisia flácida ascendente ¹⁻⁴.

A incidência da SGB na população geral é de 0,75-2 /100.000 por ano. No entanto, durante a gestação apresenta-se como uma complicação neurológica rara associada a uma incidência aumentada de insuficiência respiratória (35%) e a um aumento na mortalidade materna (10-13%) ².

*Correspondência para: Rua Doutor José Aloysio Brugger, 992/402, Caxias do Sul, RS, Brasil. CEP: 95050-150.

E-mail: danielvolquind@gmail.com

ISSN/\$ - see front matter © 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

doi: 10.1016/j.bjan.2012.06.002

O diagnóstico da SGB é baseado na apresentação clínica, nos exames laboratoriais e na eletroneuromiografia.

O manejo anestésico para cesariana em pacientes com SGB não apresenta consenso na literatura, fato que motivou a apresentação deste caso clínico.

Relato de caso

Paciente feminina, branca, 22 anos, tabagista, obesa, com 35 semanas e cinco dias de idade gestacional, história prévia de infecção do trato urinário, internada relatando queixa de diminuição de força nos membros inferiores, fato que provocou queda da própria altura três dias antes da internação.

A paciente referia parestesias em membros inferiores. Durante o exame neurológico apresentou arreflexia bilateral, reflexo cutâneo plantar abolido e perda de força em ambos os membros inferiores. A ressonância magnética de encéfalo e coluna vertebral foi inconclusiva. O exame de líquido apresentou aspecto límpido, incolor, glicose 69 mg.dL^{-1} ($45\text{-}80 \text{ mg.dL}^{-1}$), proteínas 304 mg.dL^{-1} ($15\text{-}50 \text{ mg.dL}^{-1}$) e ausência de alterações bioquímicas ou relacionadas à celularidade. Não apresentou alterações hematimétricas, bioquímicas ou da coagulação à investigação laboratorial.

Ao exame obstétrico apresentava oligodrâmnio sem história de perdas vaginais, batimentos cardíacos fetais sem alterações e pródromos de trabalho de parto.

A investigação neurológica diagnosticou a SGB e foi indicada a interrupção da gestação por meio de parto cesário e iniciada profilaxia para eventos tromboembólicos com heparina de baixo peso molecular na dose de 40 mg via subcutânea.

A paciente foi monitorada com eletrocardiograma nas derivações DII e V5, saturação periférica de oxigênio (SpO_2) e pressão arterial não invasiva. Após venóclise com dispositivo intravenoso calibre 18G, foi infundida solução fisiológica de cloreto de sódio a 0,9% 10 mL.kg^{-1} de peso antes da indução anestésica.

A técnica anestésica escolhida foi a anestesia geral. Após pré-oxigenação, administraram-se propofol $1,5 \text{ mg.kg}^{-1}$ e fentanil $3 \text{ }\mu\text{g.kg}^{-1}$. Em relação ao manejo da via aérea, procedeu-se à intubação traqueal em sequência rápida, manobra de Sellick, cânula nº 7,0 mm, sem intercorrências.

Após a retirada do concepto e clampeamento do cordão umbilical, iniciou-se o uso de sevoflurano na concentração de 2% e complementação endovenosa de $2 \text{ }\mu\text{g.kg}^{-1}$ de fentanil. Foram administrados também dipirona 50 mg.kg^{-1} IV, cetoprofeno 100 mg IV, cefazolina 2 g IV e ocitocina 15 U IV diluída em 1.000 mL de SF 0,9%. A paciente apresentou estabilidade hemodinâmica durante o procedimento, não necessitou de fármacos vasoativos e reassumiu a ventilação espontânea com volume e frequência respiratória adequadas no fim do procedimento. A extubação foi realizada com a paciente desperta e colaborativa, sem apresentar intercorrências.

O concepto não apresentou alterações ao nascimento e obteve índice de Apgar em 8 no primeiro minuto e 10 ao quinto minuto.

Após o procedimento cirúrgico, a paciente foi levada para sala de recuperação pós-anestésica com o uso de oxigênio via cateter nasal (2 L.min^{-1}), SpO_2 de 100% e pressão arterial dentro dos limites da normalidade. Quanto ao quadro clínico neurológico, não houve modificações em relação ao pré-operatório.

A paciente ficou internada na enfermaria de neurologia, na qual apresentou melhoria progressiva dos sintomas da SGB e obteve alta hospitalar após 10 dias de internação.

Discussão

A SGB na população gestante apresenta incidência similar à da população geral, $1,7/100.000$ por ano. No entanto, é uma complicação considerada grave, por causa das complicações que pode trazer ao binômio materno-fetal^{5,6}.

Embora seja precedida, na maioria das vezes, por um quadro infeccioso viral, no caso apresentado o início foi insidioso e após um episódio de infecção bacteriana do trato urinário, que havia sido tratada adequadamente com terapia antibiótica, o que a difere epidemiologicamente da literatura⁴.

A suspeita diagnóstica neste caso foi confirmada por meio da análise do líquido, que apresentou uma dissociação entre o nível de proteínas e a citologia líquórica⁷. A eletroneuromiografia não foi feita por causa de o diagnóstico ter sido confirmado por outros métodos.

O tratamento da SGB em pacientes gestantes ou não gestantes é predominantemente sintomático. Em pacientes não gestantes, a realização de plasmáfereze ou o uso de imunoglobulinas acelera a recuperação⁷. Embora descrito na literatura, o uso dessas terapêuticas em gestantes ainda não apresenta nível de evidências adequado para ser indicado nesse caso.

O manejo obstétrico da gestante com SGB não apresenta diferenças em relação ao de outras gestantes, uma vez que a dinâmica uterina é mantida e o parto vaginal pode ser feito sem intercorrências⁸. A indicação de interrupção da gestação pela equipe obstétrica, por meio de parto cesáreo, ocorreu por causa da presença da doença neurológica.

A discussão a respeito da técnica anestésica a ser usada para cesariana na vigência de um episódio de SGB não apresenta consenso na literatura. As técnicas de anestesia regional (subaracnoidea ou peridural) e a anestesia geral são usadas por diversos autores.

A escolha da técnica de analgesia de parto e de anestesia para cesariana nas gestantes com SGB deve ser cuidadosamente avaliada por causa de ambas apresentarem um potencial de risco elevado nessa população¹.

O risco potencial da anestesia regional em pacientes com doenças neurológicas não pode ser sublimado. Steiner et al. relataram a ocorrência de SGB uma a duas semanas após fazerem anestesia peridural em duas pacientes submetidas a cirurgia geral e uma paciente submetida a cesariana⁹. Uma relação denexo causal entre a anestesia feita nessas pacientes e a SGB não pode ser estabelecida, pois outros relatos mostraram o desenvolvimento de SGB em pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral.

Especificamente na população gestante com SGB, a realização de anestesia peridural ou subaracnoidea, tanto para analgesia de parto quanto para cesariana, não apresentou intercorrências, com boa tolerabilidade pelas pacientes, como relatado por Brooks et al.⁸ e MacGrady¹⁰.

No entanto, os pacientes com SGB apresentam uma sensibilidade maior aos anestésicos locais, o que pode causar uma instalação do bloqueio simpático em uma extensão maior do que a esperada, com repercussões hemodinâmicas (hipotensão, bradicardia e colapso do sistema cardiovascular)

inesperadas ¹¹. Brooks et al. sugerem a administração cautelosa de anestésico local através de cateter peridural para estabelecer o nível desejado de bloqueio para feitura de cesariana em pacientes com SGB e o uso de fármacos simpaticomiméticos de ação direta para correção de hipotensão, já que a resposta aos fármacos de ação indireta é imprevisível nesses casos ⁸.

A complicação não anestésica mais prevalente na gestante com SGB é o tromboembolismo pulmonar, o qual contribui para a elevada mortalidade materna. A profilaxia com heparina de baixo peso molecular é conduta de emergência e foi adequadamente adotada no caso em questão ^{5,6}.

A escolha da anestesia geral foi baseada no uso de heparina de baixo peso molecular pela paciente e também pelo quadro clínico, uma vez que a piora dos sintomas neurológicos da paciente no período perioperatório, caso ocorresse alguma intercorrência relacionada à anestesia regional, dificultaria sua avaliação posterior.

A gestante apresentava alterações fisiológicas relacionadas à gestação, dentre elas a dificuldade do manejo da via aérea ¹². Mesmo observando a premência do jejum pré-operatório, a indução da anestesia foi realizada atendendo aos preceitos da via aérea da paciente com estômago cheio. À avaliação clínica, a via aérea da paciente não apresentava fatores preditivos de via aérea difícil.

O manejo da via aérea foi realizado sob a manobra de Sellick sem intercorrências. Embora seja muito controverso, o não uso de fármacos bloqueadores neuromusculares no processo de intubação foi levado em conta em relação à SGB.

O bloqueador neuromuscular despolarizante succinilcolina seria o fármaco de escolha para o manejo da via aérea em sequência rápida, mas a possibilidade de ocorrência de hipercalemia, com consequente parada cardiorrespiratória, por causa da paralisia muscular flácida nessa paciente, o contraindicou ¹³.

O uso de bloqueadores neuromusculares não despolarizantes nos pacientes com SGB apresenta o risco de bloqueio prolongado com a necessidade de assistência ventilatória no pós-operatório e não dispomos de embasamento na literatura para o uso de sugammadex nas pacientes com SGB ¹⁴.

O uso de fármacos anestésicos inalatórios não apresenta repercussões clínicas relacionadas à fisiopatologia da SGB. No entanto, a administração deve levar em conta as possíveis alterações autonômicas que podem acompanhar essa patologia, para que sejam evitadas repercussões hemodinâmicas nessas pacientes ¹³.

Fármacos analgésicos opioides também não trazem interferências na fisiopatologia da SGB e seu uso deve ser determinado pelas condições clínicas da gestante e pelas repercussões sobre o conceito.

Em conclusão, a técnica anestésica a ser empregada em gestantes portadoras da Síndrome de Guillain-Barré que necessitam fazer cesariana permanece como escolha do anesthesiologista, que deve ser guiado pelo quadro clínico e pelas comorbidades de cada paciente.

Referências

1. Chan LYS, Tsui MHY, Leung TN - Guillain-Barré Syndrome in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:319-325.
2. Kocabas S, Karaman S, Firat V et al. - Anesthetic management of Guillain-Barré Syndrome in pregnancy. *J Clin Anesthesiol.* 2007;19:299-302.
3. Köller H, Kieser BC, Jander S et al. - Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *NEJM.* 2005;352:1143-1156.
4. Hahn AF - Guillain-Barré Syndrome. *Lancet.* 1998;352:635-641.
5. Da Silva FC, Paula GM, Automari CVSE et al. - Guillain-Barré Syndrome in pregnancy: early diagnosis and treatment is essential for a favorable outcome. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67:236-237.
6. Mas MM, Morán E, Mariño M - Inicio de un Síndrome de Guillain-Barré durante la gestación. *Clin Invest Gin Obst.* 2011;246:1-3.
7. Fait G, Gull I, Kupferminc M et al. - Intravenous immune globulins in Guillain-Barré Syndrome in pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 1998;18:78-79.
8. Brooks H, Christian AS, May AE - Pregnancy, anaesthesia, and Guillain-Barré Syndrome. *Anaesthesia.* 2000;55:894-898.
9. Steiner I, Argov Z, Cahan C et al. - Guillain-Barré Syndrome after epidural anaesthesia: direct nerve root damage may trigger disease. *Neurology.* 1985;35:1473-1475.
10. McGrady EM - Management of labour and delivery in a patient with Guillain-Barré Syndrome. *Anaesthesia.* 1987;42:899.
11. Perel A, Reches A, Davidson JT - Anaesthesia in the Guillain-Barré Syndrome. *Anaesthesia.* 1977;32:257-260.
12. Djabatey EA, Barclay PM - Difficult and failed intubation in 3.430 obstetric general anaesthetics. *Anaesthesia.* 2009;64:1168-1171.
13. Mattingly JE, D'Alessio J, Ramanathan J - Effects of obstetric analgesics and anesthetics on the neonate. A review. *Pediatr Drugs.* 2003;5:615-627.
14. Yang LPH, Keam SJ - Sugammadex: a review of its use in anaesthetic practice. *Drugs.* 2009;69:919-942.