

Modelo intensivo de reabilitação na síndrome de Guillain-Barré: um relato de caso

Intensive rehabilitation model in Guillain-Barre syndrome: a case report

Flavio Tanouye Montini¹, Daniel Rubio de Souza², Fernando de Quadros Ribeiro³, Linamara Rizzo Battistella⁴

RESUMO

Existem poucas informações na literatura médica sobre a reabilitação de pacientes com a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Há estudos clínicos que demonstram a eficácia do programa de reabilitação por meio de uma equipe interdisciplinar, porém sem protocolos bem definidos e apenas realizados em regime ambulatorial. Este relato de caso tem como objetivo descrever a evolução de um paciente com SGB, durante o programa de reabilitação multiprofissional intensivo em regime de internação, discutindo as possibilidades terapêuticas para reabilitação da doença.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré/reabilitação, Paresia, Quadriplegia, Robótica

ABSTRACT

There is little information in the medical literature on the rehabilitation of patients with Guillain-Barre Syndrome (GBS). There are clinical studies that demonstrate the effectiveness of a rehabilitation program using an interdisciplinary team, but without well-defined protocols and only performed on an outpatient basis. This case report aims to describe the evolution of a patient with GBS during the intensive multidisciplinary inpatient rehabilitation program, discussing the therapeutic possibilities for rehabilitation of the disease.

Keywords: Guillain-Barre Syndrome/rehabilitation, Paresis, Quadriplegia, Robotics

¹ Médico Residente, Instituto de Medicina Física e Reabilitação HC-FMUSP.

² Médico Fisiatra, Diretor Clínico do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro.

³ Médico Fisiatra, Assistente do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro.

⁴ Médica Fisiatra, Livre-docente, Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Instituto de Reabilitação Lucy Montoro
Daniel Rubio de Souza
Rua Jandiatuba, 580
CEP 05716-150
São Paulo - SP
E-mail: daniel.rsouza@hc.fm.usp.br

Recebido em 11 de Janeiro de 2016.

Aceito em 11 Março de 2013.

DOI: 10.5935/0104-7795.20160009

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença imunomediada que acomete nervos periféricos.¹ Apresenta-se como uma paralisia simétrica ascendente, com fraqueza progressiva dos membros, diminuição dos reflexos tendíneos, deficiência sensorial e insuficiência respiratória, podendo levar à necessidade de ventilação mecânica em 25% dos casos.² A doença tem uma incidência média de 1,3 casos por 100.000 habitantes ao ano, acometendo mais homens do que mulheres.³ Ocorre em pessoas entre 50 e 74 anos, porém pode atingir todas as faixas etárias e ambos os sexos ou etnias.⁴

A causa da SGB ainda não foi identificada, no entanto observa-se sua relação com doenças agudas causadas por vírus e bactérias, sendo os mais comuns citomegalovírus, *Campylobacter jejuni*, Epstein-Barr vírus, entre outros.⁴ O agente etiológico mais frequente é o *Campylobacter jejuni*, correspondendo a 41% dos casos, identificado em associação a outros sintomas da doença, sendo precedido por um quadro de diarreia na maior parte dos casos.³

Há dois tipos principais de SGB: a Polineuropatia Inflamatória Aguda Desmielinizante e a Neuropatia Motora Axonal Aguda, puramente motora.¹

A progressão da fraqueza motora instala-se de forma rápida, podendo durar dias até semanas até a estabilização da desmielinização; após, segue-se a fase de recuperação que pode durar até 2 anos, coincidindo com a remielinização e regeneração dos axônios.⁵

O tratamento da SGB em sua fase aguda são a Plasmáfereze e Imunoglobulina Intravenosa (IVIg), sendo a IVIg método mais acessível e seguro, aplicado por via intravenosa, em detrimento da Plasmáfereze, na qual realiza-se uma diálise, sendo retirados anticorpos do sangue do paciente e trocado por fluido com albumina.⁵

O tratamento de reabilitação física na SGB deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar, tendo em vista minimizar as sequelas da doença e promover a independência e autonomia do paciente.²

RELATO DE CASO

A proposta deste relato de caso é demonstrar os efeitos quantitativos e qualitativos de uma estratégia de reabilitação multiprofissional, intensiva e focada, em um paciente com quadro de tetraparesia secundária a síndrome de Guillain-Barré. O sujeito deste caso é um

paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, natural e procedente de Sorocaba/SP, operador de máquinas de precisão. Referiu que em abril de 2015 apresentou diarreia e mialgia. Após uma semana da abertura do quadro (diarreico), iniciou fraqueza em membro inferior esquerdo e dificuldade para deambular, mantendo sensibilidade. Admitido em um Hospital Secundário após 24 horas, onde foi coletado líquido cefalorraquidiano e feito diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré.

Nesse mesmo dia, apresentou piora do quadro clínico, com perda da força global do pescoço para baixo, porém com a sensibilidade preservada, ausência de dispneia ou disfagia. Recebeu imunoglobulina endovenosa por seis dias e ficou internado em enfermaria por onze dias, sem a necessidade de internação em UTI. Realizou avaliação neurológica após a fase aguda, com exame de eletroneuromiografia, que identificou padrão de acometimento axonal da doença, de grave intensidade, comprometendo os quatro membros.

Após a alta hospitalar, iniciou plano de reabilitação na comunidade caracterizado por Fisioterapia Motora três vezes por semana. Em 26/09/2015 foi admitido em um Hospital Quaternário de Reabilitação, 5 meses após quadro estável, em programa terapêutico intensivo, em regime de internação e modelo de cuidado multiprofissional.

Na admissão a este serviço apresentava-se hipotrófico, com tônus flácido nos quatro membros, amplitude de movimento preservada, força muscular diminuída global, sendo maior proximal, grau 3 em quadril e ombros, 2 em joelhos e cotovelos e 1 em tornozelos e mãos. Apresentava sensibilidade e propriocepção preservadas e reflexos tendíneos profundos abolidos. Dentre as trocas posturais, adotava supino e prono com auxílio dos membros superiores e, na postura sentada, controle regular de tronco.

Na avaliação funcional mostrava dependência completa para alimentação, higiene pessoal, banho e vestuário, transferências e locomoção em cadeira de rodas, continência esfinteriana preservada, mas com a necessidade de auxílio de terceiros para deslocamento e transferências ao vaso sanitário, além do uso de dispositivo coletor de urina.

Apresentava-se afastado do trabalho, não participava das atividades domésticas, reduziu o uso de computador e passeios familiares, apresentando uma rotina ociosa e restrita ao lar. A pontuação da Medida de Independência Funcional (MIF) inicial era de 50 (Quadro 1).

O paciente permaneceu internado no Centro de Reabilitação pelo período de 8

semanas, onde realizou programa de reabilitação intensivo, cumprindo um cronograma de atividades com sessões de fisioterapia 2 vezes ao dia (12 horas/semana), terapia ocupacional diárias (5 horas/semana), terapia robótica 2 vezes por semana (2 horas/semana), condicionamento físico 3 vezes por semana (4 horas/semana), além de suporte psicológico (1 hora e 30 minutos/semana).

Na fisioterapia, durante período de internação foram realizados alongamentos de membros inferiores, treino de transferências com tábua, ortostatismo assistido em prancha, stand in table e barras paralelas (BP) com calha e tala extensora, trocas posturais tais como decúbito ventral (DV) com cunha, decúbito lateral esquerdo e direito, rolar; fortalecimento de musculatura de tronco e abdominal em sedestação, DV e associado ao FES, além do uso de cicloergômetro de membros superiores (MMSS) e inferiores.

Na terapia ocupacional, realizou treinos e orientações para alimentação: levar talher (inicialmente colher, e depois garfo) até a boca com uso de adaptação (substituídor de preensão) e treino de levar copo até a boca, com uso de faixa supinadora. Treinos e orientações para o banho: uso de esponja com elástico ou em forma de luva e sabonete em meia calça para minimizar risco de queda. Orientado sobre adequação ambiental do banheiro. Treinos e orientações para as atividades instrumentais de vida diária como uso do computador (uso do mouse e digitação), com adaptação.

Como terapias complementares, com auxílio da tecnologia robótica, o paciente realizou 23 atendimentos na plataforma robótica InMotion, alternando atendimentos com membro superior esquerdo e direito com foco em movimentos de ombro e cotovelo ou em punho e antebraço, com objetivo de promover ganho de força muscular, favorecer ganho de amplitude de movimentos ativa e diminuição da utilização de compensações posturais durante as atividades do dia a dia. Foram utilizados protocolos de movimentação ativa e de resistência para atingir os objetivos. Também foi realizada terapia no Exoesqueleto Armeo Spring com membro superior direito, com objetivo de estimular movimentação ativa desse membro visando melhora da amplitude de movimento de ombro e cotovelo, além da diminuição das compensações. Estudos mostram que o uso do exoesqueleto no programa de reabilitação do paciente pode trazer resultados satisfatórios, com ganhos funcionais importantes em um treino individualizado.⁶

No Condicionamento Físico, realizou treino aeróbio em bicicleta ergométrica

Quadro 1. Medida de Independência Funcional (MIF)

MIF	26/09/2015 (inicial)	20/11/2015 (final)
Alimentação	1	3
Higiene Pessoal	1	2
Banho	1	2
Vestir MMSS	1	2
Vestir MMII	1	1
Uso do Vaso Sanitário	1	1
Controle da Urina	5	5
Controle das Fezes	5	5
Transferência Leito, Cadeira, CR	2	5
Transferência Vaso Sanitário	1	2
Transferência Banho	1	3
Locomoção (marcha/CR)	1	5 (CR)
Escadas	1	1
Compreensão	7	7
Expressão	7	7
Interação Social	6	7
Resolução de Problema	1	3
Memória	7	7
Total	50	68

horizontal, carga 1, velocidade de 12km/h a 15km/h, duração de 15 minutos e em ergômetro de MMSS, velocidade de 25km/h, sem carga inicialmente, evoluindo para carga média, duração de 20 minutos, Borg 11-13. Frequência cardíaca (FC) inicial: de 68 BPM a 92 BPM, FC de treino: de 92 BPM a 112 BPM e FC de recuperação: de 72 BPM a 80 BPM. No treino resistido, realizou remada fewchada (com faixa elástica), pulley frente fechado (5kg), crucifixo invertido (sem carga), crucifixo articulado (20kg), supino máquina (sem carga).

Na Fisioterapia, apresentou melhora do controle de tronco com dissociação de cintura escapular, ganho de força e melhora da coordenação em membros superiores, conseguindo manter-se em ortostatismo no stand in table e prancha ortostática sem sinais ou sintomas de hipotensão postural e, quando em BP, conseguiu manter-se ereto e retirar alternadamente as mãos esboçando força para completar o passo.

Nas terapias robóticas, ao comparar os protocolos de avaliação e reavaliação, notou-se ganho do controle de movimentos em todas as direções, ganho funcional de resistência muscular em isometria para manter o membro contra força externa e ganho de força para vencer resistência imposta pelo equipamento. Diminuiu compensações posturais durante os atendimentos e dobrou a quantidade de força muscular para realizar movimentos de abdução, adução, flexão e extensão de ombro

bilateral. Mantém maior força muscular em membro superior direito e maior coordenação com membro superior esquerdo. Paciente apresentou ótimo desempenho ao utilizar os recursos, conseguindo gradativamente, aumentar a dificuldade dos jogos realizados, diminuir o tempo de realização da tarefa e aumentar sua força de preensão.

O paciente manteve dependência para vestuário inferior e utilização do vaso sanitário. Porém, mostrou evolução para supervisão da alimentação (apenas não corta o alimento). Evoluiu para dependência máxima para higiene pessoal (lava as mãos). Apresentou no banho melhora no seu desempenho, evoluindo para dependência moderada (não lava abaixo do joelho e precisa de ajuda para secar). No vestuário superior evoluiu para dependência moderada (consegue despir e vestir membros superiores). Evoluiu com melhora significativa no posicionamento em sedestação e na compensação postural, refletindo em seu desempenho nas atividades. Apresentou melhora na amplitude de movimento e força durante movimentação ativa de ombro e cotovelo bilateral. Em membro superior esquerdo apresentou boa evolução quanto à movimentação ativa de punho e dedos, porém ainda com pouca força para realizar preensão de objetos. Para membro superior direito apresentou ótima evolução quanto à força de preensão, porém com dificuldade para movimentação de punho. Passou a realizar as transferências

com tábua e preparação do dispositivo, além de utilizar a cadeira de rodas para locomoção, tocando-a sozinho por pelo menos 50 metros. Mostrou importante ganho de independência nas atividades básicas de vida diária, além de mostrar potencial nos treinos realizados para ampliar sua participação nas atividades instrumentais de vida diária. A MIF final foi de 68.

DISCUSSÃO

O tratamento da SGB é prioritariamente de reabilitação devido à impossibilidade de intervenção no curso da doença, devendo, assim, ter o objetivo de evitar deformidades e ampliar as capacidades funcionais do paciente a fim de que adquira a maior independência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Conforme revisão sistemática atual, o tratamento deve ser planejado com base em uma ação multidisciplinar, em que a recuperação do aparelho locomotor se faça simultaneamente à assistência educacional, psicológica e vocacional.²

Na literatura foram encontrados artigos cujos programas de reabilitação tiveram duração de 12 semanas, porém, em regime ambulatorial, com uma sessão semanal de 1 hora, dividida em dois blocos de trinta minutos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia, demonstrando melhora motora e funcional do paciente, com ganho médio de 3 pontos na MIF.⁷ No entanto, não foram encontrados artigos que relatavam um programa de reabilitação intensivo, em caráter de internação. Além disso, observou-se um aumento de 18 pontos na MIF do paciente ao final do programa de reabilitação em regime de internação.

No que tange ao condicionamento físico, foi realizado um estudo que recrutou pacientes com SGB e fadiga severa, aplicando-se um treino com 3 sessões semanais de 30 minutos de bicicleta, tendo como resultados a diminuição da fadiga, aumento do VO₂máx., da motivação e melhora nos escores de depressão e ansiedade. Para tanto, realizou-se programa de atividade aeróbia similar em bicicleta, combinado a exercícios resistidos, e houve significativo ganho de força em quadríceps femoral, musculatura peitoral e dorsal, além de melhora do condicionamento cardiorrespiratório do paciente.⁸

Assim, vale ressaltar o registro do sucesso do programa de reabilitação multiprofissional intensivo no período de 8 semanas de internação, com sessões de fisioterapia e terapia

ocupacional diariamente, condicionamento físico três vezes por semana e psicologia duas vezes por semana, observando-se melhora importante funcional, motora e motivacional do paciente.

O treino multiprofissional intensivo focado pode ter papel fundamental para um melhor prognóstico desses pacientes. A associação com a terapia robótica talvez possa otimizar os resultados por proporcionar maior número de repetições nos movimentos realizados e complementar o treino funcional individualizado, atuando como importante método de neuro-reabilitação.⁹

O caso descrito é motivador para que estudos com um maior número de pacientes e com o enfoque no programa de reabilitação em modelo de internação sejam realizados.

REFERENCIAS

1. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2005;366(9497):1653-66. DOI:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67665-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67665-9)
2. Khan F. Rehabilitation in Guillain Barre syndrome. *Aust Fam Physician*. 2004;33(12):1013-7.
3. Hughes RA, Rees JH. Clinical and epidemiologic features of Guillain-Barré syndrome. *J Infect Dis*. 1997;176 Suppl 2:S92-8. DOI:<http://dx.doi.org/10.1086/513793>
4. Atkinson SB, Carr RL, Maybee P, Haynes D. The challenges of managing and treating Guillain-Barré syndrome during the acute phase. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25(6):256-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-200611000-00003>
5. Haldeman D, Zulkosky K. Treatment and nursing care for a patient with Guillain-Barré syndrome. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(6):267-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-200511000-00004>
6. Gijbels D, Lamers I, Kerkhofs L, Alders G, Knippenberg E, Feys P. The Armeo Spring as training tool to improve upper limb functionality in multiple sclerosis: a pilot study. *J Neuroeng Rehabil*. 2011;8:5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1743-0003-8-5>
7. Khan F, Pallant JF, Amatya B, Ng L, Gorelik A, Brand C. Outcomes of high- and low-intensity rehabilitation programme for persons in chronic phase after Guillain-Barré syndrome: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011;43(7):638-46. DOI:<http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0826>
8. Garssen MP, Bussmann JB, Schmitz PJ, Zandbergen A, Welter TG, Merckies IS, et al. Physical training and fatigue, fitness, and quality of life in Guillain-Barré syndrome and CIDP. *Neurology*. 2004;63(12):2393-5. DOI:<http://dx.doi.org/10.1212/01.WNL.0000148589.87107.9C>
9. Federici S, Meloni F, Bracalenti M, De Filippis ML. The effectiveness of powered, active lower limb exoskeletons in neurorehabilitation: A systematic review. *NeuroRehabilitation*. 2015;37(3):321-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-151265>