

# POLIRRADICULONEURITE E HEPATITE INFECCIOSA

## REGISTRO DE UM CASO

JOÃO ARIS KOUYOUMDJIAN \*

A polineurite aguda infecciosa ou síndrome de Guillain-Barré-Strohl (SGBS) pode surgir como rara complicação neurológica da hepatite infecciosa. O fato foi inicialmente registrado por Hurst em 1943 e, posteriormente, surgiram novos relatos isolados como os de Rehm & Brock<sup>10</sup>, Zimmerman & Lowrey<sup>14</sup>, Dragsted<sup>5</sup>, Plough & Ayerle<sup>9</sup> e Berger et al<sup>4</sup>. Pode surgir indiferentemente nas hepatites A ou B e em geral o quadro neurítico se instala na fase de convalescença.

O presente registro tem por objetivo a descrição de mais um caso dessa rara complicação neurológica da hepatite infecciosa.

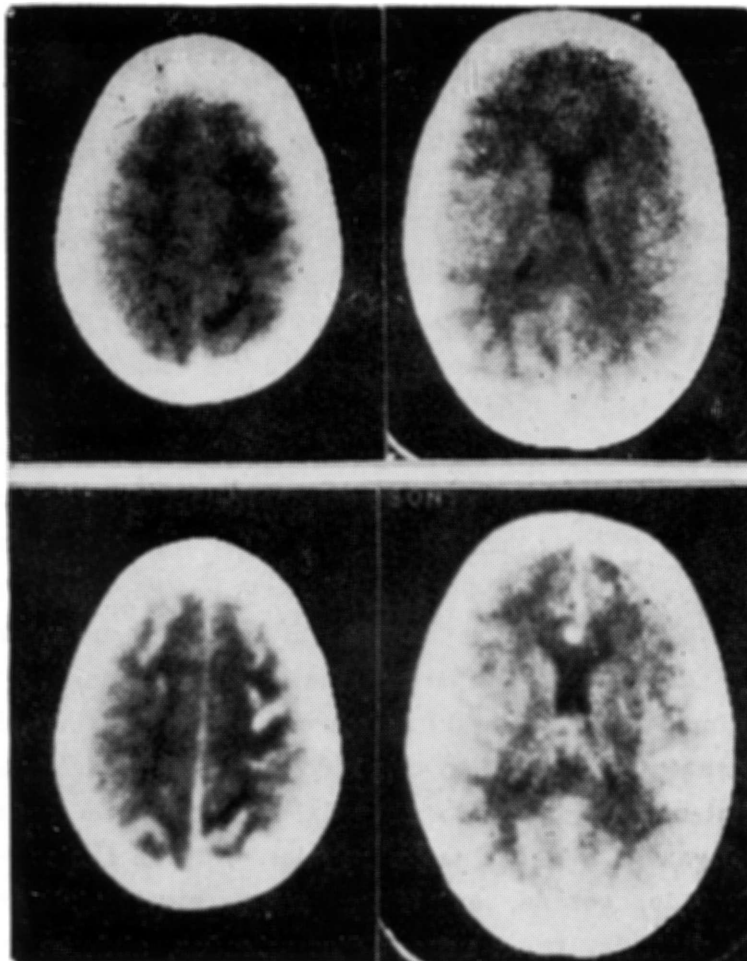
## OBSERVAÇÃO

J.P.C.J., paciente com 7 anos de idade, branco, registro 81.839 (Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP), natural e procedente de Adamantina SP, zona urbana. Data de internação: 20 de fevereiro de 1982. Paciente admitido no hospital com história de que no dia 20 de janeiro de 1982 apresentou quadro clínico e laboratorial de hepatite infecciosa diagnosticada em sua cidade de origem. Cerca de 1 mês antes seu irmão mais novo, de 5 anos de idade, havia apresentado quadro semelhante, com boa evolução. O paciente apresentava boa evolução clínica e laboratorial quando, no dia 9 de fevereiro de 1982 ou seja, 20 dias após o início da fase icterica da hepatite, começou a apresentar sensação de formigamento nos 4 membros. No dia seguinte apresentou dor no membro inferior direito acompanhada de dificuldade à deambulação. No dia 11 de fevereiro de 1982 houve acentuação das dores nos membros inferiores e também do déficit motor que o impediu de movimentar-se. No dia seguinte o paciente foi internado em hospital de sua cidade por cerca de 2 dias. Dois dias depois, apresentou 5 episódios convulsivos caracterizados por contrações clônicas do membro superior direito e de membro inferior esquerdo, com duração de aproximadamente 1 minuto; permanecia consciente durante as crises. Com tal quadro foi transferido para São José do Rio Preto, iniciando tratamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do Hospital de Base. Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes e a vacinação regular. *Exame Físico* — Regular estado geral, consciente, hidratado, corado, anictérico, ritmo respiratório regular, febrícula, pulmões com murmúrio vesicular rude, roncos disseminados, abdome sem anormalidades. *Exame Neurológico* — Tetraparesia flácida, arreflexia profunda, diparesia facial, respiração

---

Trabalho da Disciplina de Neurologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo: \* Chefe da Disciplina.

superficial com secreção abundante, reflexo do vômito diminuído, mialgia intensa à compressão ou movimentação de segmentos corpóreos. *Exames complementares* — Exames de rotina sem anormalidades dignas de nota; líquido cefalorraqueano (LCR) por punção lombar: límpido e incolor, células 2,0/mm<sup>3</sup>, hemácias 13/mm<sup>3</sup>, proteínas 330 mg%, glicose 83 mg%, uréia 31 mg%, VDRL negativo, bacterioscopia e cultura negativos; tomografia computadorizada (figura 1) presença de áreas hipodensas difusas, principalmente em regiões corticais e após injeção de contraste, intensa captação em topografia dos giros cerebrais com edema adjacente, discreta redução do volume do sistema ventricular (tal quadro poderia surgir em decorrência de encefalite); radiografia de tórax: aumento difuso de trama sem evidência de velamentos. *Evolução* — No dia 15 de fevereiro de 1982 foi colocado sonda naso-gástrica devido à dificuldade na deglutição e foi iniciada corticoterapia com prednisona (40 ml/dia) e antibioticoterapia. No dia seguinte houve aspiração alimentar com decorrente pneumonia. Nesse mesmo dia houve dificuldade respiratória motora, sendo o paciente entubado e colocado em ventilação artificial com BIRD. Após 3 dias o paciente já apresentava períodos de respiração espontânea, intercalados com respiração mecânica. A partir de 20 de fevereiro de 1982 já conseguia ficar a maior parte do tempo sem ventilador. O quadro neurológico estava inalterado; os pulmões apresentavam roncosp disseminados e grande quantidade de secreção era aspirada diariamente. No dia 24 de fevereiro de 1982 foi extubado sem maiores



*Fig. 1 — Tomografia axial computadorizada sem contraste (acima) e com contraste (abaixo) evidenciando áreas hipodensas difusas, edema cerebral e intensa captação nos giros cerebrais.*

complicações, mantendo-se os cuidados pulmonares necessários. No dia 01 de março de 1982 foi retirada a sonda naso-gástrica e o paciente passou a se alimentar sem refluxo nasal. O exame neurológico revelava respiração espontânea e regular, deglutição normal, voz anasalada, reflexo do vômito presente, paresia facial bilateral com melhora em relação à entrada, déficit motor nos 4 membros (maior em membros inferiores) com predomínio distal, arreflexia profunda e mialgia à movimentação passiva e compressão de massas musculares, também melhorada em relação à entrada. Iniciou esquema de retirada gradual do corticosteróide e já estava sendo submetido a fisioterapia. No dia 06 de março de 1982 recebeu alta hospitalar e, em sua cidade de origem, continuou fisioterapia. No primeiro retorno, 1 mês após, estava deambulando sem anormalidades, com palavra normal, persistindo distúrbio de coordenação nos movimentos mais finos. No segundo retorno, após 3 meses, o paciente estava completamente restabelecido, exercendo funções normais para criança da idade.

#### COMENTARIOS

As complicações neurológicas da hepatite infecciosa podem ser divididas em dois grupos: aquelas decorrentes de necrose aguda hepática, observando-se coma, delírio e convulsões, usualmente levando ao óbito; aquelas que surgem independentemente da necrose aguda hepática, tendo substrato fisiopatológico ainda duvidoso. Stokes et al<sup>12</sup> classificaram, os achados neurológicos em 4 grupos: coma hepático com óbito; complexo sintomático de rigidez muscular, movimentos coreiformes ou eventualmente tremor parkinsoniano; hemorragias focais no tecido nervoso produzindo ou não déficits focais; neurite periférica. Weinstein & Davinson<sup>13</sup> relataram 4 casos de hepatite infecciosa com manifestações neurológicas na fase pré-ictérica, apresentando-se os pacientes com quadros que assemelhavam meningite asséptica ou encefalites de etiologia duvidosa. Lowy<sup>8</sup> descreveu as complicações neuropsiquiátricas da hepatite viral, dividindo-as em meningite, encefalite, mielite e polineurite, com referência a um caso de SGBS descrito por Zimmerman & Lowry<sup>14</sup>. Apstein et al<sup>1</sup> também relataram as disfunções neuropsiquiátricas da hepatite aguda viral, dividindo-as em envolvimento de nervos cranianos, envolvimento meníngeo, encefalite, mielite, neuropatia periférica, tremor, distúrbio de comportamento e SGBS, em geral seguindo-se à hepatite nos 8 casos descritos até então. Atualmente não existe dúvida quanto à maioria dos pacientes apresentar síndrome meníngea fugaz na fase inicial da doença, podendo surgir outras complicações no decorrer ou após o período de estado da doença como descritos acima<sup>3</sup>

A SGBS foi caracterizada claramente como entidade nosológica em 1916 com ênfase aos distúrbios motores, arreflexia, perda sensorial mínima, aumento de proteínas no LCR e prognóstico favorável. Recentemente, Asbury<sup>2</sup> delineou os critérios diagnósticos básicos para o reconhecimento da entidade, baseados em achados clínicos, laboratoriais e eletrofisiológicos, sendo os critérios clínicos e laboratoriais perfeitamente compatíveis para o diagnóstico do presente relato. A incidência anual da SGBS gira em torno de 1,6 por 100.000 habitantes sem predomínio de sexo ou estações do ano<sup>7</sup>. Em geral a incidência aumenta com

a idade até por volta de 75 anos e a ocorrência é maior em brancos que em negros<sup>11</sup>. Agentes desencadeantes incluem infecções respiratórias e gastro-intestinais não específicas e infecção pelo vírus de inclusão citomegálica<sup>11</sup>. O prognóstico geral não é influenciado pelo uso de glicocorticóides<sup>6</sup>. A frequência do aparecimento da SGBS como complicação da hepatite infecciosa é desconhecida. Até 1981 foram relatados 26 casos, sendo que 24% surgiram na fase pré-ictérica, 14% na fase ictérica e 62% na fase pós-ictérica (caso do presente relato), em períodos de tempo que variaram de 2 dias a 8 meses após o desaparecimento da icterícia<sup>4</sup>. A faixa etária de maior incidência da complicação foi a de 20-30 anos com 40% dos casos, sendo que apenas 12% se situaram na faixa de 0-10 anos<sup>4</sup>.

A presença de crises convulsivas e sinais compatíveis a edema cerebral na tomografia computadorizada sugerem também complicação encefalítica da hepatite infecciosa por vírus A, baseados na presença de quadro clínico semelhante no irmão cerca de 1 mês. A hepatite por vírus A mais frequentemente é complicada com encefalite<sup>3</sup>.

#### RESUMO

Um caso de síndrome de Guillain-Barré-Strohl em paciente de 7 anos de idade na fase de convalescença de hepatite infecciosa por provável vírus A é relatado. Tal síndrome pode raramente ocorrer como complicação dessa moléstia e em mais da metade dos casos, surge na fase de convalescença ou fase pós-ictérica. Outras complicações neurológicas são descritas tais como envolvimento de nervos cranianos, encefalites, meningites, mielites, neuropatias periféricas, tremor, distúrbio de comportamento e deficits neurológicos focais.

#### SUMMARY

*Guillain-Barré-Strohl syndrome and infectious hepatitis: a case report.*

A case of the Guillain-Barré-Strohl syndrome (GBSS) in a 7 year-old-patient convalescing from infectious hepatitis possibly by virus A is presented. The GBSS represent a rare complication from this disease and in more than 50% of all cases reported in the literature it appeared after the icteric phase. Other neurologic complications are described as follows: cranial nerve involvement, encephalitis, myelitis, meningitis, peripheral neuropathy, tremor syndrome, behaviour dysfunction and focal neurological signs.

#### REFERENCIAS

1. APSTEIN, M. D.; KOFF, E. & KOFF, R. S. — Neuropsychological dysfunction in acute viral hepatitis. *Digestion* 19:349, 1979.
2. ASBURY, A. K. — Diagnostic considerations in Guillain-Barré syndrome. *Ann. Neurol.* 9(suppl.):1, 1981.
3. BAKER, A. B. & BAKER, L. H. — *Clinical Neurology*. Harper & Row, Philadelphia. Volume 2, pg. 100, 1981.

4. BERGER, J. R.; AYYAR, D. R. & SHEREMATA, W. A. — Guillain-Barré syndrome complicating acute hepatitis B. A case with detailed electrophysiological and immunological studies. *Arch. Neurol. (Chicago)* 38:366, 1981.
5. DRAGSTED, P. J. — The Guillain-Barré-Neel syndrome as a complication of acute hepatitis. *Nord. Med.* 43:599, 1950.
6. EISEN, A. & HUMPHREYS, P. — The Guillain-Barré syndrome. A clinical and electrodiagnostic study of 25 cases. *Arch. Neurol. (Chicago)* 30:438, 1974.
7. LESSER, R. P.; HAUSER, W. A.; KURLAND, L. T. & MULDER, D. W. — Epidemiologic features of the Guillain-Barré syndrome. Experience in Olmstead County, Minnesota, 1935 through 1968. *Neurol. (Minneapolis)* 23:1269, 1973.
8. LOWY, F. — The neuropsychiatric complications of viral hepatitis. *Canad. med. Ass. J.* 92:237, 1965.
9. PLOUGH, I. & AYERLE, R. — The Guillain-Barré syndrome associated with acute hepatitis. *N. Engl. J. Med.* 249:61, 1953.
10. REHM, C. D. & BROCK, W. M. — The Guillain-Barré syndrome. Report of a case associated with acute infectious hepatitis. *Northwest Med* 45:343, 1946.
11. SCHONBERG, L. B.; HURWITZ, E. S.; KATONA, P.; HOLMAN, R. C. & BREGMAN, D. J. — Guillain-Barré syndrome: its epidemiology and association with influenza vaccination. *Ann. Neurol.* 9(suppl.):31, 1981.
12. STOKES, J. F.; OWEN, J. R. & HOLMES, E. G. — Neurological complications of infective hepatitis. *Brit. med. J.*, 2:642, 1945.
13. WEINSTEIN, L. & DAVINSON, W. T. — Neurologic manifestations in the pre-icteric phase of infectious hepatitis. *Amer. pract.* 1:191, 1946 - 1947.
14. ZIMMERMAN, H. & LOWRY, C. F. — Encephalomyeloradiculitis (Guillain-Barré syndrome) as a complication of infectious hepatitis. *Ann. int. Med.* 26:934, 1947.

*Disciplina de Neurologia — Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto — Av. Brig. Faria Lima 5416 — 15100 São José do Rio Preto, SP — Brasil.*