

RESUMOS

**CONGRESSO 120 ANOS
SANTA CASA DE BH**

SÍNDROME NEFRÓTICA ASSOCIADA A LINFOMA B DE PEQUENAS CÉLULAS DE BAIXO GRAU: UM RELATO DE CASO

Vítor Souza Guimarães¹; André Luiz Ferreira de Brito²

1. Residente de Clínica Médica da Santa Casa BH

2. Pesquisador colaborador

*Autor correspondente: Vítor Souza Guimaraes – e-mail: vitorsouzaguimaraes@gmail.com

Introdução: Síndrome nefrótica (SN) geralmente é secundária a doenças sistêmicas, inclusive podendo ser clínica inicial de tumor maligno. Para exemplificar isso, segue caso de linfoma Não-Hodgkin (LNH) associado a provável glomerulopatia, acometimento este ainda pouco esmiuçado na literatura. Dentre os mecanismos descritos embaixadores de lesão renal secundária a neoplasias, sobretudo linfoproliferativas, estão a infiltração renal pelo tumor, obstrução extrínseca das vias urinárias, toxicidade relacionada a quimioterapia e glomerulopatia paraneoplásica. Sabe-se a associação entre SN e malignidades, como tumores sólidos (mais associados a glomerulopatia membranosa), linfoma de Hodgkin (primeira associação de neoplasia descrita junto a doença glomerular – doença mínima) e MM. Pela gamopatia detectada no caso relatado, realizou-se propedêutica medular que descartou MM e possibilitou diagnóstico de LNH. Biópsia renal é necessária para confirmar glomerulopatia paraneoplásica, lesão de prevalência ainda desconhecida nesse grupo de linfomas. **Conclusões:** SN pode sinalizar tumor maligno oculto, o que interfere sobremaneira no tratamento e prognóstico. Válido, assim, avaliar investigação oncológica a depender do contexto geral do paciente.

Palavras-chave: Síndrome nefrótica. Linfoma. Doenças sistêmicas.

RELATO DE CASO: NECROSE RETINIANA AGUDA

Lina Porto Hermeto¹

Introdução: A necrose retiniana aguda (NRA) caracteriza-se por focos de retinite necrosante periférica, que tendem à confluência circunferencial. Apresenta-se com importante reação de câmara anterior, e vasculopatia oclusiva. Na ausência de tratamento, a progressão é rápida, vitreíte e ocorre acometimento do olho adelfo em 33% dos casos. O principal agente etiológico é o vírus Varicela-Zoster, sendo que os pacientes imunocompetentes são mais frequentemente acometidos em relação àqueles imunossuprimidos. Pode evoluir com complicações, como descolamento regmatogênico de retina (75% dos casos). O tratamento específico consiste em aciclovir por via endovenosa durante 10 a 14 dias, seguido de aciclovir por via oral por 14 semanas, ou valaciclovir VO por 18 semanas. **Discussão:** A necrose retiniana aguda é uma condição grave que deve ser tratada prontamente, principalmente para se evitar o acometimento do olho contralateral. No caso descrito, o tratamento precoce e de primeira linha não evitou o descolamento de retina e a consequente baixa definitiva de visão, porém, provavelmente, foi de grande importância para o não acometimento do olho esquerdo. **Conclusão:** A necrose retiniana aguda deve fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões necrosantes de retina e, diante de sua gravidade e rápida progressão, deve ser de conhecimento de todo oftalmologista, visando ao diagnóstico e ao tratamento precoce.

Palavras-chave: Necrose retiniana aguda. Retinite. Aciclovir. Descolamento de retina.

1. Residente de oftalmologia no Hospital Santa Casa – BH

*Autor correspondente:
Lina Hermeto - e-mail:
linahermeto@hotmail.com

LIGADURA ENDOSCÓPICA DA ARTÉRIA E VEIA LARÍNGEAS, COM USO DE CATGUT, EM LARINGECTOMIA SUPRAGLÓTICA: RELATO DE CASO

Nicole Pardini de Sousa Mourão¹

1. Residente de Otorrinolaringologia no Hospital Santa Casa – BH

*Autor correspondente: Nicole Pardini de Souza Moura – e-mail: nicolepsm@hotmail.com

O Carcinoma de Células Escamosas (CEC) é o tumor que mais acomete a laringe, sendo lesões supraglóticas, em estágios avançados, capazes de invadir pregas vocais e espaço paraglótico. Este trabalho visa descrever a técnica cirúrgica realizada em paciente de 47 anos, tabagista, com disfagia e odinofagia progressivas, apresentando em videolaringoscopia lesão vegetante estendendo-se da face laríngea epiglótica esquerda à prega ariepiglótica. O anatomopatológico da biópsia apresentou-se como CEC invasivo e a tomografia computadorizada cervical indicou ausência de comprometimento linfonodal, bem como dos espaços paraglótico e pré-epiglótico. O procedimento cirúrgico realizado foi esvaziamento cervical bilateral, seguido pela laringectomia parcial supraglótica endoscópica. Antes da ressecção da epiglote supra-hidóidea, espaço pré-epiglótico, prega ariepiglótica e banda ventricular esquerda foram realizadas disseções e ligaduras das artérias e veias laríngeas com fio Catgut 5.0 simples, preservando os nervos laríngeos superiores (ramos internos), sob laringoscopia rígida e uso de microscópio. Estes procedimentos permitiram uma hemostasia eficaz, garantindo a segurança da técnica proposta, sendo o per e pós-operatório sem intercorrências.

Palavras-chave: Ligadura endoscópica. Artéria e veia laríngeas. Carcinoma de células escamosas.

VARIAÇÃO ANATÔMICA DURANTE CIRURGIA DE WHIPPLE: RELATO DE CASO

Eduardo Rodrigues Chagas Silveira¹

Introdução: A anatomia da artéria hepática se dá quando o tronco celíaco, com origem na aorta abdominal, ramifica-se em artéria gástrica esquerda, esplênica e artéria hepática comum. Esta última, após a emergência da artéria gastroduodenal, continua-se como artéria hepática própria e ramifica-se em artéria hepática direita e esquerda no hilo hepático. **Descrição Do Caso:** Paciente, 60 anos, feminino, com história de colelitíase associada à perda ponderal, evoluindo com piora importante do quadro. Admitida em hospital terciário, onde propedêutica evidenciou vesícula biliar distendida e repleta de cálculos, árvore biliar dilatada com colédoco de 12mm e ducto de Wirsung difusamente ectasiado. Realizado CPRE com drenagem de via biliar por prótese e coleta de material papilar, negativas para malignidade. Submetida a duodenopancreatectomia com reconstrução em dupla alça jejunal à Whipple. Durante o ato operatório, constatou-se artéria hepática comum emergindo para artéria hepática esquerda e a artéria gastroduodenal originada da hepática direita, com esta última tendo seu trajeto anteriorizado em relação ao restante do pedículo hepático. Identificada lesão em cabeça de pâncreas com histologia compatível com adenocarcinoma ductal invasor pancreático moderadamente diferenciado. **Discussão:** O conhecimento da anatomia vascular hepática é de grande importância para o cirurgião que realizará intervenção abdominal. Sabe-se que alterações presentes em diferentes etapas do desenvolvimento embrionário levam a grande frequência de variações nessa vasculatura, podendo ocorrer em 25 a 42% dos casos. Um número expressivo de complicações pode ser evitado quando do seu reconhecimento no intra-operatório de cirurgias de grande porte. **Conclusão:** Diante da incidência das variações no sistema arterial hepático e sua influência nas cirurgias que envolvem a região, é de suma importância que seja bem detalhada e conhecida por profissionais de saúde, sobretudo por cirurgiões do aparelho digestivo.

Palavras-chave: Cirurgia de Whipple. Artéria hepática. Alterações anatômicas

1. Residente Cirurgia Geral
Hospital Santa Casa – BH
*Autor correspondente:
Eduardo Rodrigues Chagas
Silveira - e-mail: educhagas23@
yahoo.com.br.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A LINFOMA MALT: RELATO DE CASO

André Dias Nassar Naback¹; Clarice de Carvalho Silva Sarcinelli¹; Gabriela Mazorque Estevanin¹; Ingrid Silva Bremer de Toledo¹; Viviane Silva Januário dos Santos²

1. Residentes de Clínica Médica no Hospital Santa Casa – BH
2. Professora orientadora

*Autor correspondente: André Dias Nassar Naback – e-mail: andrenabak@gmail.com

Introdução: O linfoma MALT, um subtipo de linfoma da zona marginal, representa cerca de 5-10% dos linfomas não hodgkin e possuem maior incidência após os 60 anos de idade. Desenvolve-se em contexto de estimulação imune crônica (infecções bacterianas/virais ou processos inflamatórios/autoimunes). O tratamento depende principalmente do estágio da doença e da área envolvida, com sobrevida, em geral, superior a 10 anos³. **Descrição do caso:** Homem, 50 anos, iniciou em janeiro de 2019 quadro de vômitos pós alimentares recorrentes, dor abdominal e perda ponderal de 15kg em 2 meses. Endoscopia digestiva alta (EDA) revelou pangastrite associada a infecção de *Helicobacter pylori*, que foi tratada. Manteve sintomas, e nova EDA revelou abaulamento em corpo gástrico compatível com compressão extrínseca. Ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome sem alterações significativas. Optado por realização de REED, que mostrou compressão extrínseca de estômago e quarta porção de duodeno. Após revisão das imagens de tomografia, foi observado espessamento importante de primeira porção de jejuno. Paciente submetido à enterectomia com linfadenectomia loco regional. Anatomopatológico evidenciou linfoma não Hodgkin. Imuno-histoquímica definiu diagnóstico de linfoma MALT. **Discussão:** O linfoma MALT é encontrado na maioria dos casos na mucosa gástrica, associado a infecção por *H. Pilory*². O acometimento de intestino delgado é raro, com manifestações clínicas inespecíficas e, frequentemente, o diagnóstico é feito em contexto de abdome agudo. Neste caso, diagnosticamos durante propedêutica de obstrução intestinal mecânica alta, após exclusão de causas funcionais. Os achados de imagem são variados, sendo importante uma análise minuciosa e uma correta indicação dos exames. **Conclusão:** Ressaltamos a importância do diagnóstico precoce de linfoma MALT, possibilitando tratamento adequado e maior sobrevida desses pacientes.

Palavras-chave: Obstrução Intestinal Secundaria. Linfoma MALT. Linfomas não Hodgkin.

TEMPESTADE ELÉTRICA: RELATO DE CASO

Thales Abel Jacob¹

Introdução: A Tempestade elétrica é definida como a ocorrência de três ou mais episódios distintos de arritmias ventriculares potencialmente maligna (taquicardia ventricular e/ou fibrilação atrial), cuja reversão requer a intervenção da função antitaquicardia do cardiodesfibrilador implantável (CDI), que se dará através de estimulação ou choque, em um período de 24 horas. O tratamento dever ser agressivo e requer terapêutica emergencial. **Descrição do caso:** Mulher, 78 anos, com miocardiopatia chagásica e portadora de CDI, deu entrada no serviço de emergência com queixa de vários choques administrados. Telemetria realizada em ambiente hospitalar evidenciou mais de dez terapias elétrica em menos de 24 horas, caracterizando a tempestade elétrica. Submetida a terapia medicamentosa otimizada com amiodarona e carvedilol, obtendo controle do quadro. **Discussão:** Este caso é notável devido ao maior número de pacientes portadores de CDI, uma vez que a expectativa de vida aumenta em pacientes com suporte cardiológico mais avançado. Saber lidar com esses dispositivos é de suma importância no departamento de emergência. **Conclusão:** O reconhecimento da terapia aplicada por um CDI é fundamental para o manejo adequado do paciente. Na maioria das vezes, são eventos dramáticos, que acarretam trauma psicológico importante nos pacientes.

Palavras-chave: Tempestade elétrica. Cardiodesfibrilador implantável. Taquiarritmias

1. Residente de Cardiologia no Hospital Santa Casa – BH
*Autor correspondente: Thales Abel Jacob - thales_jacobs@hotmail.com

FÍSTULA URETER-VESICO-VAGINAL PÓS HISTERECTOMIA POR ÚTERO DE COUVELAIRE: RELATO DE CASO

Lívia Maria Santos Silva¹; Anderson de Souza Bruno²

1. Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Santa Casa – BH

2. Professor orientador

*Autor correspondente: Lívia Maria Santos Silva - e-mail: livmariasantos@hotmail.com

Introdução: As fístulas vesicovaginais e ureterovaginais são comunicações anormais entre a bexiga e a vagina e entre o ureter e a vagina, respectivamente. São complicações incomuns, porém estão entre os mais frequentes tipos de fístulas. A causa mais frequente é a iatrogênica, secundária à histerectomia. **Descrição do caso:** Paciente 33 anos, foi submetida à cesariana em 07/01/19 evoluindo com atonia uterina. Evidenciado útero de couvelaire e endometriose com sangramento ativo em região anexial. Realizado protocolo de hemorragia sem sucesso sendo submetida à HAT + anexectomia bilateral. Após 3 meses paciente foi encaminhada ao CEM por IU e ITU de repetição. Realizou urografia excretora sugerindo fístula ureterovaginal. Ao exame de enchimento vesical com azul de metileno foi visto saída de líquido azul da cúpula vaginal. Foi submetida a procedimento cirúrgico com identificação e correção de fístula vesicovaginal e ureterovaginal à direita com reimplante ureteral com duplo J. **Discussão:** Pacientes com fístulas ureterovaginal ou vesicovaginal apresentam perda contínua e involuntária de urina pela vagina podendo estar associados sintomas como hematúria e infecções urinárias. A maioria das fístulas urovaginais resulta de desvascularização ou ruptura acidental da bexiga ou de sutura da cúpula vesical durante a histerectomia. O diagnóstico pode ser intuído da clínica e do contexto, mas deve ser confirmado com cistoscopia /vaginoscopia ou pelo exame de preenchimento da bexiga com corante. A realização de estudos radiológicos é necessária, pois em 10-15% dos casos de fístulas vesicovaginais coexiste fístula ureterovaginal. O tratamento é predominantemente cirúrgico, já que abordagem conservadora falha na maioria dos casos. **Conclusão:** as fístulas urovaginais causam um forte impacto negativo na qualidade de vida da mulher, por isso um diagnóstico e tratamento precoce deverão ser sempre preconizados.

Palavras-chave: Fístulas vesicovaginais. Fístulas ureterovaginais. Histerectomia. Útero de couvelaire

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO NÃO-NEUROENDÓCRINO MISTO DE APÊNDICE ASSOCIADO A SEMINOMA TESTICULAR: RELATO DE CASO

Ana Carolina Martins Faria de Abreu¹; Rodrigo Caldas Trindade²

Introdução: Os tumores de apêndice consistem em patologias incomuns, assim como os tumores de células germinativas testiculares. O tumor neuroendócrino é classificado de acordo com seu índice mitótico (NET G1, G2 e G3), sendo o carcinoide (G1) mais comum. Já o adenocarcinoma mucinoso do apêndice possui taxa de incidência de 0,08%. O carcinoma neuroendócrino não-neuroendócrino misto de apêndice (MiNEN) de apêndice foi descrito pela OMS em 2010; raro, com 249 casos descritos em revisão do PubMed; e agressivo, sendo a média de sobrevida de 6,5 anos após diagnóstico. É definido, após anatomopatológico e Imuno-histoquímica, como tumor que possui células secretoras de mucina associadas a células neuroendócrinas positivas para CgA, sinaptofisina e serotonina. Possui comportamento ainda incerto, sendo que 50% dos casos já apresentam carcinomatose peritoneal no momento do diagnóstico. O tumor testicular compreende de 1 a 1,5% de todos os cânceres no homem. Embora raro, é o mais comum tumor sólido, acomete jovens entre 15 e 35 anos. Os seminomas compreendem 45% dos tumores germinativos. A criptorquidia é o fator de risco mais importante. Após a orquiectomia, são atingidas excelentes taxas de cura para os indivíduos nos estágios iniciais. O relato de caso é relevante pelo diagnóstico que ainda não possui relato na literatura, encontrado em paciente sem comemorativos oncológicos prévios ou queixas que suscitassem o possível diagnóstico: **Relato de caso:** Paciente M.R.F, masculino, 46 anos, com queixa de abaulamento e dor intermitente em abdome inferior direito há 2 anos. Nega perda ponderal, febre, hiporexia ou outros sintomas. Propedêutica a partir do Centro de Saúde com US de abdome total e parede abdominal que evidenciou lesão de aspecto cístico, com conteúdo heterogêneo de 378ml na cavidade pélvica, e sem alterações em parede abdominal. Encaminhado para Tomografia computadorizada, que constatou lesão cística pélvica, tendo linfangioma, cisto de inclusão peritoneal e cisto do úraco como prováveis diagnósticos. Admitido neste serviço, com grande massa palpável dolorosa em região de fossa ilíaca direita. Paciente submetido à laparotomia exploradora, sendo retirado cisto aderido ao apêndice com massa subjacente a esclarecer. Laudos anatomopatológicos e imuno-histoquímicos constataram neoplasia cística mucinosa associada a tumor neuroendócrino (NET G2) apendicular, definindo o diagnóstico de MiNEN de apêndice, e seminoma clássico testicular. Evoluiu sem queixas no pós-operatório, sendo encaminhado para realização de hemicolecomia direita, porém com abandono de tratamento. **Discussão:** O MiNEN de apêndice constitui neoplasia rara, sendo encontrados poucos casos na literatura médica atual. Além disso, não foi encontrado relato de caso ou novos dados que associassem o seminoma testicular a tal tumor. Tal caso possui grande importância por configurar relato inédito.

Palavras-chave: Tumores de apêndice. Tumor neuroendócrino. Carcinoma neuroendócrino. Seminoma testicular

1. Residente de Cirurgia Geral no Hospital Santa Casa – BH

2. Professor orientador

*Autor correspondente:

Ana Carolina Martins

Faria de Abreu - e-mail:

anacarolmfabreu@gmail.com

DOENÇA DE KIKUCHI FUJIMOTO: UM RELATO DE CASO

Isabelle Almeida Pessoa¹; Rafaela Rabelo Maciel²

1. Residente de Clínica Médica no Hospital Santa Casa – BH
 2. Professora orientadora
- *Autor correspondente: Isabelle Almeida Pessoa - e-mail: iapessoa@hotmail.com

A Doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) teve seu primeiro relato na década de 70 no Japão, sendo caracterizada por uma enfermidade benigna, autolimitada, de evolução aguda/subaguda, com predomínio no sexo feminino e na faixa etária de 20 a 30 anos. Também chamada de linfadenite histiocítica necrotizante, a DKF caracteriza-se principalmente por quadro de febre e linfadenopatia cervical. O diagnóstico é feito através de biópsia local e achados histológicos de agregados de histiócitos e necrose. Os diagnósticos diferenciais mais importantes são: Adenite tuberculosa, Linfogranuloma Venéreo, Doença de Kawasaki, Linfoma, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e infecções virais. A DKF é uma doença de apresentação rara, sendo que sua abordagem como diagnóstico diferencial é dificilmente realizada. Seus sinais e sintomas são inespecíficos, permitindo que muitos dos casos sejam titulados como quadros virais ou mesmo de etiologia a esclarecer. Entretanto, a presença de febre e linfadenopatia cervical, especialmente em mulheres jovens, deve lembrar a possibilidade desta patologia.

Palavras-chave: Kikuchi-Fujimoto. DKF. Linfadenite. Linfadenopatia

HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO (HPTP) E TUMOR DE MANDÍBULA: UM RELATO DE CASO

Ludimila Souza e Silva¹; Bárbara Campolina Carvalho Silva²

Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPTP) pode cursar, em suas formas graves, com lesões ósseas conhecidas como tumores marrons (TM). Os TMs caracterizam-se por agrupamentos de células gigantes e podem ser múltiplos, atingindo costelas, clavículas, pelve e, muito raramente, mandíbula. O HPTP esporádico acompanhado de TM de mandíbula deve ser diferenciado da síndrome familiar hiperparatireoidismo-Tumor de Mandíbula (HPP-JT). Apesar da apresentação clínica semelhante, o risco de adenomas múltiplos ou carcinomas de paratireoide são mais comuns no HPP-JT, sendo o diagnóstico diferencial importante para o planejamento cirúrgico. **Descrição do caso:** Mulher, 45 anos, admitida na Santa Casa de Belo Horizonte por aumento progressivo de volume em corpo mandibular direito há 8 meses. Exames evidenciaram hiperparatireoidismo primário: PTH = 3000 pg/ml, cálcio total = 15 mg/dL, fosforo = 2,6 mg/dl 25-hidroxivitamina D = 16 ng/ml, Cálcio Urinário 24horas: 665 mg/24 horas e função renal normal. Cintilografia óssea: hipercaptação em projeção de mandíbula direita e em calota craniana e áreas de hipocaptação (lesões líticas) na metade proximal do fêmur direito. TC de mandíbula sugeriu tumor de células gigantes com ou sem displasia fibrosa. Biópsia do tumor de mandíbula evidenciou presença de células gigantes. Ultrassonografia cervical com imagem sugestiva de adenoma de paratireoide. Cintilografia de Paratireoídes com Hipercaptação em projeção inferolateral ao lobo tireoidiano esquerdo, compatível com adenoma de paratireoide. Usg de rins e vias urinárias com Nefrolitíase a esquerda. Paciente foi submetida a paratireoidectomia, com confirmação do adenoma, normalização da calcemia e dos níveis séricos de PTH e em menos de 1 semana após a cirurgia, notou-se redução do volume da lesão mandibular em menos de 1 semana após a cirurgia, notou-se redução do volume da lesão mandibular. **Discussão:** O diagnóstico diferencial do tumor de mandíbula ocorreu através da biópsia de lesão mandibular, que no caso do HPP-JT mostraria fibroma ossificante, sem células gigantes. Além disso, a multiplicidade de lesões ósseas e a regressão do tumor após o tratamento do HPTP, falam a favor de TM. **Conclusão:** Tanto o HPP-JT, como o HPTP esporádico grave associado a um TM de mandíbula são raros. A diferenciação entre as duas entidades é importante para o adequado planejamento cirúrgico e identificação precoce da síndrome em familiares no caso do HPP-JT.

Palavras-chave: Hiperparatireoidismo. Tumores de células gigantes. Paratormônio. Mandíbula.

1. Especializando em endocrinologia no Hospital Santa Casa – BH
 2. Professora orientadora
- *Autor correspondente:
Ludimila Souza e Silva - e-mail:
ludimila_s@hotmail.com

UM RARO CASO DE MASSA ORBITÁRIA EM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO

Jéssica Maria Figueiredo de Rezende¹, Victor Marques de Alencar²

1. Residente Especialista em
Plástica Ocular no Hospital
Santa Casa – BH

2. Professor orientador

*Autor correspondente: Jessica
Maria Figueiredo de Rezende
- e-mail: jessicarezende_@
hotmail.com

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia plasmocitária, que representa 10% dos cânceres hematológicos, sendo o acometimento da órbita infrequente, com aproximadamente 100 casos publicados na literatura. O MM afeta adultos acima de 40 anos e ocorre lesões destrutivas ósseas em diversos locais, como coluna, esterno e orbitárias, com produção de proteína monoclonal. O objetivo é relatar um caso infrequente de metástase orbitária do MM com lesão expansiva em região superior da órbita esquerda causando lesões líticas, proptose e distopia, de aproximadamente cinco meses de evolução. A paciente foi submetida a biópsia incisional da lesão. O anatomopatológico e a Imuno-histoquímica evidenciaram um plasmocitoma orbitário, com expressão monoclonal de cadeia leve de imunoglobulina kappa, com expressão de CD138 e CD20. Apesar de raro, deve-se considerar MM nos casos de proptose com lesões líticas. O diagnóstico e o tratamento precoce constituem fator decisivo para o prognóstico.

Palavras-chave: Mieloma múltiplo. Plasmocitoma. Órbita. Tumor.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EM GESTANTE APÓS VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA: RELATO DE CASO

Aline Gabriela Santos Costa¹; Anderson de Souza Bruno²

Introdução: a síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia inflamatória desmielinizante aguda, causadora de fraqueza progressiva e ascendente que atinge membros inferiores, superiores e face. A etiologia pode estar relacionada a estado pós-infeccioso ou raramente após a vacinação. Acometem 0,81 a 1,89 pessoas por 100 mil habitantes, principalmente dos 20 aos 40 anos. **Descrição do caso:** Gestante 32 anos, submetida a vacina de febre amarela no 1º trimestre de gestação, evoluindo com quadro de paraparesia progressiva e disfagia, necessitando de internação em CTI – onde confirmou o diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré e realizou tratamento com Imunoglobulina. Encaminhada ao pré-natal de alto risco (PNAR) da Santa Casa BH para acompanhamento de gestação e investigação de outras possíveis complicações. Em primeira consulta a paciente apresentava quadro de afasia e paraparesia, necessitando fazer uso de cadeira de rodas. No decorrer da gestação paciente apresentou melhora do quadro motor e todos os exames solicitados com resultados satisfatórios. Completadas 41 semanas a paciente foi admitida na Santa Casa BH evoluindo para parto vaginal. **Discussão:** A SGB após vacinação é rara, estimada em 4 por milhão de doses distribuídas. A vacina contra febre amarela é de vírus vivo-atenuado e contraindicada durante a gravidez, exceto se a gestante estiver em área de risco elevado, como Belo Horizonte. Porém nesse caso existe um risco aumentado de eventos adversos graves associados à vacina. A SGB não alterou as condutas médicas no PNAR e no momento de trabalho de parto, visto que a melhora clínica da paciente foi surpreendente neste período. **Conclusão:** a vacinação em gestantes deve ser segura a mãe e ao feto. As vacinas de vírus vivo-atenuados são contraindicadas na gravidez (salvo situações de risco). No caso da paciente outras medidas poderiam ser realizadas, como uso de repelentes e evitar áreas de epidemias da febre amarela. Porém diante do efeito adverso o acompanhamento em pré-natal de alto risco para maior segurança e minimizaras complicações.

1. Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Santa Casa – BH

2. Professor orientador:
Anderson de Souza Bruno

*Autor correspondente: Aline Gabriela Santos Costa - e-mail: linesancost@hotmail.com

Palavras-chave: Síndrome Guillain-Barré. Gestante. Febre amarela.