

018 – TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO EM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: RELATO DE CASO

Autologous stem-cell transplant in amyotrophic lateral sclerosis: case report

Hallack Neto AE, Paiva AP, Soares GMT, Henriques KMC, Macedo RL, Spera RR.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) acomete indivíduos na fase adulta e é marcada por degeneração progressiva do neurônio motor. De causa e patogênese ainda desconhecidas, nos últimos anos têm sido sugeridos mecanismos etiopatológicos diversos: morte celular por agressão auto-imune nos canais de cálcio e incremento do cálcio intracelular, infecção viral e estresse oxidativo. O uso de transplante autólogo de células-tronco (TACTH) se fundamenta na teoria auto-imune da doença. Objetivo: Descrever o resultado de um TACTH em um paciente portador de ELA em fase avançada. Relato de caso: LFPS, masculino, 49 anos, branco, casado, portador de ELA há 4 anos, com progressão da doença a despeito de tratamento medicamentoso. Restrito ao leito e mantido sob ventilação não invasiva no momento de sua internação na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Serviço de Hematologia do HU-UFJF. Foi submetido a TMO autólogo com mieloablação e condicionado com ciclofosfamida (50mg/kg), fludarabina (150mg/kg) e timoglobulina. A enxertia ocorreu no 11º dia da realização do transplante. Evoluiu com piora do quadro respiratório e insuficiência renal, com internação em unidade de terapia intensiva no D38. Sessenta e dois dias após o transplante evoluiu para óbito por falência múltipla de órgãos. Conclusões: O TACTH pode ser utilizado nesta enfermidade, desde que em fase mais precoce da doença, objetivando um tratamento com um menor risco de morte e uma maior chance de sucesso.

019 – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE ASSOCIADO A DENGUE HEMORRÁGICA

Guillain-Barre Syndrome and dengue hemorrhagic fever

Lima LAB, Camargo RC, Ferreira PM, Lana RP, Orsi VL, Kallás JA, Badra LP, Issa AMN, Gomez RS.

Serviço Neurologia Clínica do Hospital Madre Teresa – Belo Horizonte - MG

Relato de Caso: M.A.B. 54 anos, branco, sexo masculino, procurou pronto atendimento deste hospital com evolução de febre, mialgia importante, associado a náuseas, dor abdominal e mal estar. Sete dias antes, já havia procurado atendimento e solicitado sorologia para dengue que foi positiva. Associado ao quadro, o paciente relatou perda de força progressiva com evolução de três dias, tipo distal-proximal, simétrica levando a incapacidade de permanecer de pé. Negava alterações sensitivas e esfinterianas. Apresentava apenas hipertensão arterial sistêmica como comorbidade prévia. Ao exame clínico apresentava-se alerta, consciente, nervos cranianos normais, sensibilidade normal, arreflexia aquileana e patelar, associado a paresia principalmente em mãos e membros inferiores. Exames laboratoriais evidenciaram 70.000 plaquetas sem outras alterações significativas. O paciente levado à UTI pela suspeita de síndrome de Guillain-Barré (SGB) de rápida progressão. Evoluiu com quadro de hemorragia digestiva alta refratária vindo a falecer. A segunda sorologia solicitada na internação com intervalo de uma semana da primeira foi cinco vezes o valor de referência da primeira confirmando viragem sorológica sendo realizado diagnóstico definitivo de dengue. Comentários: O Brasil possui alguns estudos publicados que relacionam a dengue como causa de SGB. Infelizmente pela fulminante evolução do paciente, este não foi submetido a exames confirmatórios. O mesmo, porém, tinha clínica soberana para SGB. Conclusão: A dengue é endêmica em nosso país e pode ser causa de SGB. Em pacientes com diagnóstico ou suspeita de dengue evoluindo com paresia tipo distal-proximal e hipo ou arreflexia é diagnóstico que não pode ser afastado ou desvalorizado.

020 – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE NA INFÂNCIA

Guillain-Barre Syndrome in childhood

Cruzeiro MM, Valle MLF, Henriques KMC, Paiva AP, Macedo RL, Spera RR.

Faculdade de Medicina, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Introdução: A incidência da Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é 0,4 casos por 100.000 habitantes. O pico de incidência da doença está entre 20 a 30 anos, sendo rara em crianças. Relato de Caso: TCS, 3 anos, com dificuldade de deambulação há 3 dias e dor em joelho direito. Queixava ainda diarreia (fezes amolecidas e aumento do número de evacuações) há um dia. Nega febre. Ao exame físico apresentava bom estado geral, eupneico, afebril, ausência de linfonodos palpáveis, hidratado, corado, sem sinais flogísticos em articulações. Dor à movimentação das articulações do quadril. Marcha atáxica, dor moderada à deambulação, a qual se fazia apenas com apoio. Diminuição simétrica da força muscular e dos reflexos em MMII. Por volta do 11 dia, observou-se uma piora dos sintomas com perda total da força em MMII, sendo que o paciente já não conseguia mais deambular. Além disso, notou-se uma redução da força e reflexos em MMSS. Foram realizados estudos líquórico e eletroneuromiográfico, optando-se por iniciar por 5 dias o uso de imunoglobulina, hidrocortisona e prometazina. O paciente evoluiu tendo alta após 18 dias de internação, sendo encaminhada aos ambulatórios de neurologia pediátrica e fisioterapia. Após um mês de acompanhamento, a criança recuperou-se totalmente. Conclusão: O estudo objetivou dividir a experiência do Serviço de Pediatria do HU-UFJF na condução de um caso de SGB na infância, uma vez que a doença é incomum nesta faixa etária. Chama atenção o fato da criança ter apresentado dor articular como principal sintoma inicial, o que não faz parte da descrição clássica da doença.

021 – HEMATOMA SECUNDÁRIO À ANTICOAGULAÇÃO LEVANDO A COMPRESSÃO DO NERVO CIÁTICO

Sciatic compression secondary to anticoagulation

Lima LAB, Camargo RC, Ferreira PM, Lana RP, Orsi VL, Carmo KAA

Especialização em Neurologia do Clínica Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte, MG

Relato de Caso: E.I.S.S., 40 anos, feminino, diagnóstico prévio de dissecação da artéria carótida interna esquerda com infarto cerebral, evoluindo sem sequelas. Indicada anticoagulação para tratamento. Três meses após, a paciente iniciou quadro de lombalgia importante, refratária a analgésicos comuns que cedia com opióides. Evoluiu com paresia progressiva em membro inferior esquerdo (mie) com dificuldade de marcha, sem alterações de sensibilidade ou esfinterianas. Ao exame clínico mostrava paresia de mie grau 4 para extensão da perna e dorsiflexão do pé com reflexos normais, sem clônus e sem alterações na sensibilidade superficial ou profunda. O sinal de Lássegue era positivo à esquerda. Iniciada investigação por imagem de ressonância magnética (RM) de coluna lombossacra que não evidenciou alterações. Devido ao edema em mie principalmente em coxa optou-se por solicitar RM da mesma que evidenciou hematoma com volume de 143 cm³ com compressão do nervo ciático. Avaliada pela ortopedia que optou por tratamento conservador. Foi retirada a anticoagulação. A paciente evoluiu com reabsorção do hematoma e melhora completa dos déficits em mie. Conclusão: A anticoagulação é amplamente utilizada hoje para o tratamento e prevenção de várias patologias. O maior temor do médico com certeza é o acidente vascular cerebral hemorrágico. Este relato vem ilustrar uma complicação pouco comum que pode ocorrer pelo uso do anticoagulante oral.