

## **Síndrome de Miller Fisher (SMF): relato de caso**

Lorena de Fatima Moretto<sup>1</sup>, Leandro Martins Lima Souza<sup>1</sup>, Hully da Silva<sup>2</sup>, Marcos Antônio Almeida Domingues Junior<sup>2</sup>, Carla Andressa Dal Ponte<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina, Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, Paraná, Brasil;

<sup>2</sup> Pós-graduandos da residência de Clínica Médica do Hospital Uopecan, Umuarama, Paraná, Brasil;

<sup>3</sup> Docente do curso de Medicina, Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, Paraná, Brasil;

**Introdução:** A Síndrome de Miller Fisher é uma variante da Síndrome de Guillain Barré (SGB), com incidência de 1:1.000.000 pessoas anualmente, uma doença desmielinizante aguda inflamatória e autoimune, caracterizada pela tríade clínica de ataxia, oftalmoplegia e arreflexia.

**Objetivos:** Relatar a evolução do quadro clínico e descrição de exames laboratoriais, assim como auxiliar profissionais de saúde na condução de casos similares que possam vir a ocorrer.

**Delineamento e métodos:** a) Relato de caso. Entrevista com o paciente, descrição de prontuário, registros dos métodos diagnósticos e intervenção terapêutica.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 64 anos, hipertenso, com histórico recente de gastroenterite. Evolui após 14 dias com quadro de dor de costas com progressão para perda de força motora em membros inferiores e superiores. Admitido no serviço hospitalar terciário: em avaliação inicial apresentava-se com Glasgow 15, sinais vitais estáveis, mialgia intensa e exame neurológico com grau 3 de força nos músculos flexores do quadril, grau 5 em demais grupos musculares de membros inferiores e grau 2 de força em mãos, músculos flexores de cotovelos e ombros, associados a hiporreflexia. Evolui rapidamente para paresia flácida bilateral e arreflexia global, porém sem alteração sensitiva e sinais de disautonomia. Em relação à coordenação, possuía teste calcâneo-jelho em membro inferior esquerdo alterado. Em avaliação dos pares cranianos apresentava ptose palpebral parcial e oftalmoplegia incompleta à direita (III, IV e VI pares cranianos). Em coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR), o qual demonstrou dissociação albumino-citológica e aumento da concentração de

proteínas: 1 segmentado, 4 linfócitos e proteínas 91,90 mg/dL. No sexto dia foi repetido a rotina de líquido, que apresentou: 3 linfócitos e proteínas 123,20 mg/dL. Foi realizado o tratamento com imunoglobulina endovenosa por 5 dias. Evolui com discreta melhora da força muscular. No 15º dia evolui com sintoma bulbar (disfagia), necessitando de uso de sonda nasoenteral. Posteriormente, apresentou Insuficiência Respiratória Aguda, sendo necessário a intubação orotraqueal (IOT) e continuação dos cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

**Conclusão:** Conclui-se a importância do conhecimento das variantes da SGB devido a sua alta morbimortalidade. Logo, o reconhecimento do quadro clínico, critérios diagnósticos e intervenção terapêutica precoce são fundamentais para todos os profissionais de saúde.