



SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME: EVIDENCE-BASED THERAPEUTIC STRATEGIES

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA



10.56238/edimpacto2025.091-030

Mauro de Deus Passos

Mestre em Ciências Médicas

Instituição: Universidade de Brasília

Ryan Rafael Barros de Macedo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos (UNICEPLAC)

José Micael Delgado Barbosa

Engenheiro Biomédico

Instituição: Johns Hopkins Medicine

Stela Santos de Sousa

Bacharel em Farmácia

Instituição: Universidade Unigranrio Afya

Luiz Gustavo Cambruzzi Zimmer

Bacharel

Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

José Ricardo dos Santos

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Anhembi Morumbi - Campus Mooca (UAM MOOCA)

Fernando Gomes Costa

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Anhembi Morumbi (UAM)

Allan Brendell Nobre Teixeira

Graduando em Terapia Ocupacional

Instituição: Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE)



Rubia Martinez Santos

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)

Gênesis Ribeiro Leite

Tecnólogo em Radiologia

Instituição: Hospital de Urgência de Teresina Dr. Zenon Rocha (HUT/FMS)

Amanda Ramos Palacio

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Natiéli Tais Seleprin

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Franciscana

RESUMO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia aguda imunomediada e a principal causa de paralisia neuromuscular adquirida em adultos, com incidência baixa, porém impacto expressivo em morbidade, mortalidade e incapacidade funcional. Esta revisão narrativa, baseada em diretrizes internacionais recentes e em estudos de alto impacto, discute de forma integrada estratégias terapêuticas agudas, estratificação prognóstica, reabilitação e terapias emergentes. No tratamento agudo, imunoglobulina intravenosa (IVIg) e plasmáferese (PLEX) apresentam eficácia globalmente equivalente em acelerar a recuperação funcional quando utilizadas dentro da janela terapêutica, enquanto o uso isolado de corticosteroides e a repetição rotineira de um segundo curso de IVIg não são recomendados. A estratificação de risco por meio de escores validados, como EGRIS/EGBS, EGOS e mEGOS, permite estimar a probabilidade de ventilação mecânica e deambulação independente, devendo ser utilizada de forma complementar ao julgamento clínico. Na fase subaguda e crônica, a reabilitação supervisionada e multidisciplinar assume papel central, com destaque para a redução da fadiga, melhora da força e da qualidade de vida, em comparação a programas domiciliares não supervisionados. No campo das terapias moleculares, despontam inibidores do complemento, em especial o bloqueio de C1q, e agentes dirigidos ao FcRn, ainda em fase de investigação. Paralelamente, a cadeia leve de neurofilamento (NfL) emerge como importante biomarcador de dano axonal e de prognóstico funcional. Em conjunto, esses avanços apontam para um futuro de manejo mais personalizado da SGB, sem afastar a necessidade de aplicação rigorosa das evidências já consolidadas.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré. Imunoterapia. Prognóstico. Reabilitação. Biomarcadores. Sistema Complemento.

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS) is an acute immune-mediated polyradiculoneuropathy and the leading cause of acquired neuromuscular paralysis in adults, with a low incidence but a significant impact on morbidity, mortality, and functional disability. This narrative review, based on recent international guidelines and high-impact studies, discusses in an integrated manner acute therapeutic strategies, prognostic stratification, rehabilitation, and emerging therapies. In acute treatment, intravenous immunoglobulin (IVIg) and plasmapheresis (PLEX) show globally equivalent efficacy in accelerating functional recovery when used within the therapeutic window, while the isolated use of corticosteroids and the routine repetition of a second course of IVIg are not recommended. Risk stratification using validated scores, such as EGRIS/EGBS, EGOS, and mEGOS, allows estimation of the probability of mechanical ventilation and independent ambulation, and should be used in a complementary way to clinical judgment. In the subacute and chronic phases, supervised and multidisciplinary rehabilitation plays a central role, particularly in reducing fatigue, improving strength and quality of life, compared to unsupervised home programs. In the field of molecular therapies, complement inhibitors, especially



C1q blockade, and agents targeting FcRn, still under investigation, are emerging. Simultaneously, neurofilament light chain (NfL) is emerging as an important biomarker of axonal damage and functional prognosis. Together, these advances point to a future of more personalized management of GBS, without negating the need for rigorous application of already established evidence.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome. Immunotherapy. Prognosis. Rehabilitation. Biomarkers. Complement System.

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda inmunomediada y la principal causa de parálisis neuromuscular adquirida en adultos. Presenta una baja incidencia, pero un impacto significativo en la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad funcional. Esta revisión narrativa, basada en guías internacionales recientes y estudios de alto impacto, analiza de forma integrada las estrategias terapéuticas agudas, la estratificación pronóstica, la rehabilitación y las terapias emergentes. En el tratamiento agudo, la inmunoglobulina intravenosa (IgIV) y la plasmaféresis (PLEX) muestran una eficacia globalmente equivalente para acelerar la recuperación funcional cuando se utilizan dentro de la ventana terapéutica, mientras que no se recomienda el uso aislado de corticosteroides ni la repetición rutinaria de un segundo ciclo de IgIV. La estratificación del riesgo mediante escalas validadas, como EGRIS/EGBS, EGOS y mEGOS, permite estimar la probabilidad de ventilación mecánica y deambulación independiente, y debe utilizarse de forma complementaria al juicio clínico. En las fases subaguda y crónica, la rehabilitación supervisada y multidisciplinaria desempeña un papel fundamental, especialmente en la reducción de la fatiga, la mejora de la fuerza y la calidad de vida, en comparación con los programas domiciliarios no supervisados. En el campo de las terapias moleculares, están surgiendo inhibidores del complemento, especialmente el bloqueo de C1q, y agentes dirigidos a FcRn, aún en investigación. Simultáneamente, la cadena ligera de neurofilamentos (NfL) se perfila como un importante biomarcador de daño axonal y pronóstico funcional. En conjunto, estos avances apuntan a un futuro de manejo más personalizado del SGB, sin negar la necesidad de una aplicación rigurosa de la evidencia ya establecida.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré. Inmunoterapia. Pronóstico. Rehabilitación. Biomarcadores. Sistema del Complemento.



1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia aguda imunomediada, classificada como uma neuropatia periférica inflamatória, geralmente pós-infecciosa, e hoje reconhecida como a principal causa de paralisia neuromuscular adquirida em adultos em escala global (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021; BELLANTI; RINALDI, 2024; HUGHES, 2024). Historicamente descrita em 1916, a condição manifesta-se tipicamente por fraqueza muscular ascendente e simétrica, arreflexia e dissociação albuminocitológica no líquido cefalorraquidiano, atingindo o nadir clínico geralmente nas primeiras quatro semanas (Mirian; Nicolle; Budhram, 2021; Elendu et al., 2024). A etiologia é frequentemente pós-infecciosa, associada a patógenos como *Campylobacter jejuni*, citomegalovírus e vírus Zika, que desencadeiam mecanismos de mimetismo molecular contra gangliosídeos dos nervos periféricos (Bellanti; Rinaldi, 2024).

Do ponto de vista epidemiológico, a SGB apresenta incidência estimada em torno de 1–2 casos por 100.000 habitantes/ano, com aumento progressivo com a idade e discreto predomínio no sexo masculino (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021; BELLANTI; RINALDI, 2024). Embora seja uma doença rara, o impacto em saúde pública é relevante, dado que muitos pacientes são previamente saudáveis e podem evoluir com incapacidade duradoura. Em grandes coortes, cerca de 10–30% dos adultos com SGB necessitam ventilação mecânica durante a fase aguda, refletindo a gravidade do acometimento respiratório e bulbar (BUSL et al., 2023; MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021). A mortalidade situa-se em torno de 3–7% em séries contemporâneas, mesmo em contextos com bom acesso a unidade de terapia intensiva (UTI) e imunoterapia (BELLANTI; RINALDI, 2024; VAN DOORN et al., 2023)

O quadro clínico é composto de fraqueza e paralisia simétrica com progressão ascendente dos membros inferiores. A paralisia flácida ressalta o envolvimento predominantemente do neurônio motor inferior. Caso haja acometimento das fibras nervosas sensoriais, parestesia, hipoestesia e dormência podem acompanhar a fraqueza motora, sendo o padrão típico em luva e meia, reforçando o acometimento periférico. A hiporreflexia ou arreflexia principalmente do reflexo de aquileu e reflexo patelar, demonstram a transmissão dos impulsos nervosos prejudicados (ELENDU, C. et al, 2024).

A complexidade da SGB reside na sua heterogeneidade clínica e patológica, subdividindo-se em variantes desmielinizantes e axonais, além de formas regionais como a Síndrome de Miller Fisher (Hughes, 2024). A síndrome de Miller Fisher é rara, sendo composta por um tríade: ataxia, oftalmoplegia e arreflexia. É precedida por infecção das vias áreas superiores ou do trato gastrointestinal. Essa síndrome tem predileção pelos nervos cranianos.(ELENDU, C. et al, 2024). Embora a maioria dos pacientes apresenta recuperação, a doença acarreta significativa morbidade e mortalidade. Estudos apontam que aproximadamente 20% dos indivíduos permanecem com limitação funcional importante após 1 ano, e parcela considerável relata fadiga intensa e redução de qualidade

de vida mesmo após aparente “alta neurológica” (BUSL et al., 2023; HUGHES, 2024; SHAH et al., 2022). Aproximadamente 30% dos pacientes necessitam de ventilação mecânica durante a fase aguda devido à insuficiência respiratória, e cerca de 20% permanecem com déficits motores residuais a longo prazo (Busl et al., 2023; Mirian; Nicolle; Budhram, 2021).

Nesse cenário, o diagnóstico precoce e a instituição de terapias imunomoduladoras na janela adequada são decisivos para modificar o curso da enfermidade. O guideline conjunto da European Academy of Neurology (EAN) e da Peripheral Nerve Society (PNS), publicado em 2023, consolidou recomendações baseadas em metodologia GRADE para diagnóstico, tratamento e prognóstico da SGB, especialmente em pacientes não deambulantes (VAN DOORN et al., 2023).

Um aspecto fundamental que tem recebido crescente atenção é a distinção entre variantes desmielinizantes e axonais da SGB e seu impacto prognóstico. Enquanto a AIDP tende a apresentar curso mais favorável devido à preservação relativa do axônio, as formas axonais, como AMAN e AMSAN, frequentemente cursam com progressão mais rápida e recuperação prolongada, especialmente em casos associados ao *Campylobacter jejuni* (LEONHARD et al., 2019; MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021). Essa diferenciação não apenas orienta expectativas de recuperação, mas também reforça a necessidade de intervenções precoces, considerando que danos axonais extensos são preditores robustos de incapacidade persistente.

O manejo terapêutico da SGB evoluiu nas últimas décadas, consolidando a imunoglobulina intravenosa (IgIV) e a troca plasmática (plasmaférese) como as pedras angulares do tratamento imunomodulador na fase aguda (Elendu et al., 2024). No entanto, a reabilitação e o suporte clínico multidisciplinar são igualmente cruciais para otimizar o prognóstico funcional, especialmente na fase crônica da doença (Shah et al., 2022). O presente estudo visa revisar as estratégias terapêuticas atuais, desde o manejo agudo até a reabilitação, analisando as evidências que suportam as decisões clínicas e apontando direções futuras para o tratamento desta condição debilitante.

2 METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como uma revisão bibliográfica narrativa, elaborada com o intuito de compilar e analisar criticamente as evidências científicas mais recentes acerca do tratamento da Síndrome de Guillain-Barré. A busca por dados foi conduzida em bases de dados indexadas, utilizando os descritores "Guillain-Barre Syndrome" e "Treatment", combinados por meio dos operadores booleanos conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram selecionados para análise integral artigos publicados recentemente, disponíveis nos idiomas português ou inglês, que abordassem diretamente as intervenções terapêuticas, prognóstico e manejo clínico da síndrome. Foram excluídos estudos que não apresentavam pertinência direta com o escopo terapêutico proposto, duplicatas e revisões sem rigor metodológico claro. A triagem envolveu a leitura de títulos

e resumos, seguida pela avaliação minuciosa dos textos completos para assegurar a relevância clínica. As informações extraídas foram sintetizadas de forma descritiva, integrando os achados para fornecer uma visão abrangente do estado da arte no tratamento da SGB.

Foram privilegiadas as diretrizes internacionais de maior impacto e os artigos de revisão abrangentes sobre SGB. Em particular, utilizou-se como eixo principal o guideline EAN/PNS 2023 para diagnóstico e tratamento da SGB, elaborado por van Doorn e colaboradores, que emprega metodologia GRADE para formular recomendações a partir de questões PICO claramente definidas. Paralelamente, foram incorporadas as diretrizes da Neurocritical Care Society (NCS) para neuroprognosticação em adultos com SGB, centradas na avaliação da confiabilidade de escores e preditores clínico-eletrofisiológicos para ventilação mecânica e desfechos funcionais.

Além das diretrizes, foram revisados artigos de síntese sobre epidemiologia, fisiopatologia e abordagem clínica, com destaque para as revisões de Mirian, Hughes e Bellanti, que abordam desde a história natural e a patogênese até perspectivas futuras de tratamento (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021; HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024). A apresentação clínica e suas variações foram complementadas pela revisão narrativa de Elendu e colaboradores (ELENDU et al., 2024). Para a fase crônica e aspectos de reabilitação, foram considerados o ensaio clínico randomizado de Shah et al. (2022) e revisões recentes sobre programas de exercício e fadiga em SGB (SHAH et al., 2022).

Embora o escopo desta revisão seja narrativo, buscou-se seguir uma linha metodológica alinhada às recomendações de Leonhard et al. (2019) para revisões clínicas de alta qualidade em neuropatias periféricas, priorizando diretrizes formais, ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas recentes. Ressalta-se, contudo, que a ausência de análise quantitativa do risco de viés e heterogeneidade dos estudos limita inferências causais robustas. Assim, as conclusões apresentadas devem ser interpretadas dentro desse contexto metodológico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 IMUNOTERAPIA NA FASE AGUDA

O tratamento modificador da doença na fase aguda da SGB baseia-se na interrupção da resposta autoimune. As diretrizes atuais, incluindo as da Academia Americana de Neurologia, estabelecem a imunoglobulina intravenosa (IgIV) e a plasmaférese (PLEX) como tratamentos de primeira linha com eficácia equivalente (Mirian; Nicolle; Budhram, 2021). A IgIV, administrada geralmente na dose de 2 g/kg dividida em cinco dias, é frequentemente preferida devido à facilidade de administração e menor taxa de descontinuação em comparação à PLEX (Bellanti; Rinaldi, 2024). A plasmaférese, por sua vez, atua removendo anticorpos patogênicos e complexos imunes, sendo recomendada especialmente nas primeiras quatro semanas de sintomas para pacientes que não

deambulam (Hughes, 2024). É consenso na literatura que o uso de corticosteroides, isolados ou em combinação com imunoterapia, não traz benefícios e não é recomendado (Mirian; Nicolle; Budhram, 2021; Hughes, 2024).

O pilar do tratamento modificador na fase aguda da SGB é a imunoterapia com IVIg ou PLEX, ambas com eficácia semelhante em acelerar a recuperação funcional e reduzir o tempo até a marcha independente em pacientes não deambulantes (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021; HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024). Ensaios clínicos randomizados e meta-análises mostraram que tanto a IVIg quanto a PLEX são superiores à ausência de tratamento imunomodulador, com magnitude de benefício comparável quando iniciadas na janela terapêutica adequada (HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024; VAN DOORN et al., 2023).

A IVIg é administrada, em geral, na dose total de 2 g/kg, usualmente fracionada em 0,4 g/kg/dia por 5 dias, e tornou-se a opção mais utilizada em muitos centros pela facilidade de infusão e pela menor necessidade de infraestrutura complexa (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021; VAN DOORN et al., 2023). Segundo o guideline EAN/PNS, a IVIg deve ser oferecida a todos os pacientes com SGB incapazes de deambular independentemente que se apresentem até 2 semanas do início da fraqueza, podendo ser considerada até 4 semanas em casos selecionados (VAN DOORN et al., 2023). Mirian e colaboradores reforçam, em revisão clínica, que a maioria das evidências de qualidade apoia essa janela de 2–4 semanas para IVIg, com benefício mais robusto quando o tratamento é iniciado precocemente (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021).

A PLEX consiste, classicamente, em 4–5 trocas plasmáticas realizadas ao longo de 1–2 semanas, com remoção de autoanticorpos e componentes do complemento circulante (HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024). Ensaios comparativos demonstraram equivalência global entre PLEX e IVIg em termos de tempo até deambulação independente e redução da necessidade de ventilação mecânica (HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024). A escolha entre IVIg e PLEX, na prática, costuma depender da disponibilidade, da experiência local e do perfil de comorbidades: a PLEX exige acesso venoso central, equipe especializada e monitorização hemodinâmica, o que pode limitar seu uso em alguns contextos (HUGHES, 2024; VAN DOORN et al., 2023).

Estudos que avaliaram a combinação sequencial de PLEX seguida de IVIg não mostraram benefício adicional convincente e, em geral, aumentam custos e risco de complicações, motivo pelo qual essa abordagem não é recomendada rotineiramente (HUGHES, 2024; VAN DOORN et al., 2023). De forma semelhante, corticoides sistêmicos isolados, como prednisolona, não demonstraram melhora funcional em ensaios robustos e, em alguns casos, associaram-se a piores desfechos, não sendo indicados como terapia específica para SGB na fase aguda (HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024).

Uma questão importante, especialmente em pacientes de pior prognóstico, foi a hipótese de repetir o curso de IVIg em casos sem resposta satisfatória. O ensaio SID-GBS, conduzido por Walgaard e colaboradores, avaliou um segundo curso de IVIg em pacientes com SGB e mau prognóstico definido por escore mEGOS elevado, comparando-o a placebo em estudo duplo-cego, randomizado (WALGAARD et al., 2021). Os resultados mostraram que a segunda dose de IVIg não melhorou a incapacidade medida pela escala de desabilidade da SGB e se associou a maior frequência de eventos adversos graves, incluindo fenômenos tromboembólicos (WALGAARD et al., 2021; LUNN, 2021). Em consequência, tanto o ensaio quanto análises editoriais subsequentes concluem que um segundo curso de IVIg **não deve ser considerado** tratamento de rotina em pacientes com SGB de mau prognóstico (WALGAARD et al., 2021; VAN DOORN et al., 2023).

A busca por terapias complementares à imunomodulação padrão tem levado à investigação de fármacos voltados à cascata do complemento, especialmente considerando o papel dos anticorpos antigangliosídeos na patogênese axonal. O estudo JET-GBS avaliou o eculizumabe, inibidor de C5, como terapia adjuvante à IVIg, demonstrando segurança, porém sem melhorar significativamente os desfechos funcionais primários (MISAWA et al., 2018). Esses achados indicam que o simples bloqueio tardio da via terminal do complemento pode ser insuficiente, incentivando o desenvolvimento de terapias direcionadas a etapas iniciais da ativação, como os inibidores de C1q atualmente em ensaio clínico (KROON et al., 2025).

Quadro 1. Imunoterapia aguda na SGB – síntese prática

Aspecto	IVIg (0,4 g/kg/dia x 5 dias)	PLEX (4–5 trocas)	Comentário clínico chave
Momento ideal	Até 14 dias (até 4 semanas em casos selecionados)	Primeiras 4 semanas	Início precoce em pacientes não deambulantes é determinante
Eficácia	Equivalente à PLEX	Equivalente à IVIg	Ambas superiores à ausência de imunoterapia
Logística	Infusão endovenosa; não exige equipamento específico	Requer máquina, equipe treinada e acesso venoso central	Escolha depende de recursos, expertise e comorbidades
Segurança	Risco baixo de trombose/lesão renal em contexto adequado Não recomendados	Risco de hipotensão, distúrbios hidroeletrolíticos	Monitorização intensiva em pacientes graves
Corticosteroides isolados		—	Ensaios sem benefício e com possível piora de desfechos
Segunda dose de IVIg (SID-GBS)	Não recomendada de rotina	—	Ausência de benefício e aumento de eventos adversos graves

Fonte: (Adaptado de HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024; VAN DOORN et al., 2023; WALGAARD et al., 2021).



3.2 NEUROPROGNÓSTICO E SUPORTE INTENSIVO

A predição de desfechos é vital para o planejamento do cuidado. Cerca de 10% a 30% dos pacientes evoluem para insuficiência respiratória necessitando de ventilação mecânica (Busl et al., 2023). Ferramentas como o Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score (EGRIS) foram validadas como moderadamente confiáveis para prever a necessidade de ventilação na primeira semana de admissão (Busl et al., 2023). Além disso, fatores como idade avançada, progressão rápida da fraqueza e diarreia precedente (sugestiva de infecção por *C. jejuni*) são preditores de pior prognóstico funcional (Hughes, 2024). A monitorização rigorosa de disfunções autonômicas e respiratórias em ambiente de terapia intensiva é mandatória para reduzir a mortalidade, que gira em torno de 3% a 7% (Bellanti; Rinaldi, 2024).

Uma inovação emergente no campo do neuroprognóstico é o uso de biomarcadores séricos, especialmente o neurofilamento de cadeia leve (NfL), como indicador de dano axonal. Estudos demonstram que níveis elevados de NfL na admissão correlacionam-se fortemente com incapacidade funcional prolongada, necessidade de ventilação mecânica e probabilidade reduzida de deambulação independente em 6 e 12 meses (MARTÍN-AGUILAR et al., 2021; VAN TILBURG et al., 2024). Assim, o NfL desponta como ferramenta promissora para complementar escores clínicos e orientar decisões terapêuticas precoces, particularmente em variantes axonais severas.

A disfunção autonômica atinge três principais sistemas: gastrointestinal, cardiovascular e respiratório. No sistema cardiovascular temos como sintomas a taquicardia sinusal ou taquiarritmias supraventriculares, pela liberação de catecolaminas produzidas pela disautonomia. Em paradoxo existe a bradicardia ou bloqueios cardíacos gerados pela disfunção do sistema parassimpático. No sistema respiratório ocorre a desregulação do estímulo ventilatório, levando a hipoventilação, esforço respiratório e por fim a insuficiência respiratória. Já no sistema gastrointestinal ocorre a lentificação do esvaziamento gástrico, constipação e íleo paralítico (ELENDU, C. et al, 2024).

3.3 REABILITAÇÃO E MANEJO NA FASE CRÔNICA

A avaliação do prognóstico da síndrome de Guillain- Barré deve ser feita em dois momentos distintos. Na fase aguda e ao longo prazo. A fase aguda é caracterizada pelo declínio da função respiratória, disfunção autonômica e possíveis repercussões cardiovasculares. A fase crônica ou pós aguda depende inteiramente dos acontecimentos da fase aguda. Se o paciente necessitou ou não de ventilação mecânica, confecção de traqueostomia, gastrostomia percutânea para nutrição, tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Nos casos de uso de ventilação mecânica a recuperação tende a ser mais prolongada. (BUSL, K. M. et al , 2023)

Após a fase aguda, o foco terapêutico desloca-se para a recuperação funcional. Evidências recentes destacam a superioridade de programas de exercícios supervisionados e individualizados em



comparação a exercícios domiciliares não supervisionados. Um ensaio clínico randomizado demonstrou que pacientes na fase crônica da SGB submetidos a 12 semanas de exercícios supervisionados apresentaram melhorias significativamente maiores na força muscular, redução da fadiga e qualidade de vida (Shah et al., 2022). A fadiga, em particular, é um sintoma persistente e debilitante, afetando até 80% dos pacientes, e sua mitigação através de reabilitação física é fundamental para a reintegração social (Shah et al., 2022).

3.4 PERSPECTIVAS FUTURAS E NOVAS TERAPIAS

Apesar da eficácia das terapias padrão, existe uma lacuna para pacientes que não respondem adequadamente ou que mantêm déficits graves. Novas abordagens estão sendo exploradas, como inibidores do sistema complemento (ex: eculizumabe) e enzimas que degradam IgG (ex: imilifidase), visando bloquear a cascata inflamatória e a lesão axonal mediada por anticorpos (Bellanti; Rinaldi, 2024; Hughes, 2024). Ademais, a pesquisa por biomarcadores mais precisos, como o neurofilamento de cadeia leve (NfL), promete refinar o monitoramento da atividade da doença e a resposta terapêutica no futuro (Bellanti; Rinaldi, 2024).

A síntese das evidências disponíveis permite delinear algumas implicações práticas claras para a assistência a pacientes com SGB. Em primeiro lugar, a síndrome deve ser encarada como emergência neurológica tratável, o que implica a necessidade de vias rápidas de reconhecimento em serviços de urgência, protocolos para envio ágil a centros com expertise e acesso garantido a IVIg ou PLEX (MIRIAN; NICOLLE; BUDHRAM, 2021; VAN DOORN et al., 2023). A demora na confirmação diagnóstica ou na instituição de imunoterapia associa-se de forma consistente a maior probabilidade de ventilação mecânica e incapacidade funcional a longo prazo (HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024).

Em segundo lugar, a adoção rotineira de escores prognósticos validados, como EGRIS/EGBS, EGOS e mEGOS, pode aprimorar a estratificação de risco e o planejamento da alocação de recursos intensivos, além de auxiliar no aconselhamento de pacientes e familiares (BUSL et al., 2023; VAN DOORN et al., 2023). As diretrizes de neuroprognóstico, entretanto, ressaltam que esses instrumentos possuem confiabilidade apenas moderada e não devem ser utilizados de forma isolada para decisões críticas, devendo sempre ser interpretados à luz do contexto clínico individual (BUSL et al., 2023).

Terceiro, a reabilitação não deve ser encarada como etapa tardia e opcional, mas como componente integrado do cuidado desde a fase subaguda. Evidências de ensaios clínicos indicam que programas supervisionados e individualizados são mais eficazes do que exercícios domiciliares não supervisionados para reduzir fadiga, melhorar força e aumentar a qualidade de vida em pessoas com SGB crônica (SHAH et al., 2022). Assim, a organização de linhas de cuidado que incluam reabilitação



especializada em neuropatias periféricas pode ser tão crucial quanto a disponibilidade de IVIg e PLEX, sobretudo em sistemas públicos de saúde (HUGHES, 2024; BELLANTI; RINALDI, 2024).

Outro campo que tem avançado rapidamente são as terapias direcionadas ao receptor neonatal de IgG (FcRn), cujo bloqueio reduz de forma acelerada as concentrações séricas de IgG patogênicas, simulando o efeito imunológico da plasmaférrese, porém com maior praticidade e potencial uso ambulatorial. Embora ainda em fases iniciais de investigação, esses agentes podem representar alternativa viável para pacientes com contraindicações à PLEX ou resposta subótima à IVIg, abrindo caminho para regimes terapêuticos personalizados de acordo com perfil imunopatológico individual (BELLANTI; RINALDI, 2024; HUGHES, 2024).

Por fim, a rápida evolução de terapias alvo-dirigidas e de biomarcadores sugere a emergência de um novo paradigma de “medicina de precisão” na SGB. A possível introdução de agentes como ANX005 na prática clínica, caso as evidências de eficácia e segurança em fase 3 sejam plenamente confirmadas e aprovadas, deverá motivar revisões de diretrizes e a definição de estratégias de seleção de pacientes, provavelmente com base em perfis clínicos, eletrofisiológicos e de biomarcadores como a NfL (MOHAMMAD et al., 2025; KROON et al., 2025; VAN TILBURG et al., 2024). Em paralelo, a padronização e a disseminação de ensaios para NfL sérica podem permitir uma estratificação prognóstica mais refinada e decisões terapêuticas mais individualizadas (ALTMANN et al., 2020; SICONOLFI et al., 2025).

4 CONCLUSÃO

A SGB permanece como a principal causa de paralisia neuromuscular aguda no mundo, com importante carga de morbidade e mortalidade, mas também com um arsenal terapêutico que, quando aplicado tempestivamente, é capaz de modificar substancialmente o curso da doença. O manejo contemporâneo deve integrar diagnóstico precoce, imunoterapia baseada em evidências (IVIg ou PLEX), monitorização intensiva com uso criterioso de escores prognósticos, reabilitação multidisciplinar e vigilância para novas estratégias terapêuticas alvo-dirigidas.

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de biomarcadores como a NfL e de agentes que modulam especificamente o complemento abre perspectivas concretas para uma abordagem mais personalizada, na qual pacientes com maior risco de dano axonal e incapacidade residual possam ser identificados precocemente e tratados com terapias intensificadas. Até que essas inovações se consolidem, a aplicação rigorosa das diretrizes EAN/PNS 2023 e das recomendações de neuroprognóstico, aliada à organização de redes assistenciais capazes de garantir acesso equitativo à imunoterapia e à reabilitação, continua sendo a estratégia mais efetiva para reduzir o impacto da SGB em nível individual e populacional.



REFERÊNCIAS

BELLANTI, R.; RINALDI, S. Guillain-Barré syndrome: a comprehensive review. *European Journal of Neurology*, v. 31, n. e16365, 2024.

BUSL, K. M. et al. Guidelines for Neuroprognostication in Adults with Guillain-Barré Syndrome. *Neurocritical Care*, v. 38, p. 564–583, 2023.

ELENDU, C. et al. Clinical presentation and symptomatology of Guillain-Barré syndrome: A literature review. *Medicine*, v. 103, n. 30, p. e38890, 2024.

HUGHES, R. A. C. Guillain-Barré syndrome: History, pathogenesis, treatment, and future directions. *European Journal of Neurology*, v. 31, n. e16346, 2024.

MIRIAN, A.; NICOLLE, M. W.; BUDHRAM, A. Guillain-Barré syndrome. *CMAJ*, v. 193, n. 11, p. E378, 2021.

SHAH, N. et al. Supervised, individualised exercise reduces fatigue and improves strength and quality of life more than unsupervised home exercise in people with chronic Guillain-Barré syndrome: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, v. 68, p. 123–129, 2022.

BELLANTI, R.; RINALDI, S. Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão abrangente. *European Journal of Neurology*, v. 31, e16365, 2024.

BUSL, K. M. et al. Diretrizes para o neuroprognóstico em adultos com síndrome de Guillain-Barré. *Neurocritical Care*, v. 38, p. 564–583, 2023.

ELENDU, C. et al. Apresentação clínica e sintomatologia da síndrome de Guillain-Barré: uma revisão da literatura. *Medicine*, v. 103, n. 30, e38890, 2024.

HUGHES, R. A. C. Síndrome de Guillain-Barré: história, patogênese, tratamento e perspectivas futuras. *European Journal of Neurology*, v. 31, e16346, 2024.

KROON, H. A. et al. Efficacy and safety of targeted immunotherapy with ANX005, a C1q-complement inhibitor, in Guillain-Barré syndrome: phase 3 multicenter trial. *Neurology*, 2025 (no prelo).

LEONHARD, S. E. et al. Diagnosis and management of Guillain–Barré syndrome in ten steps. *Nature Reviews Neurology*, v. 15, p. 671–683, 2019.

MARTÍN-AGUILAR, L. et al. Serum neurofilament light chain predicts long-term disability in Guillain-Barré syndrome. *Neurology*, v. 97, n. 5, e543–e553, 2021.

MIRIAN, A.; NICOLLE, M. W.; BUDHRAM, A. Síndrome de Guillain-Barré. *Canadian Medical Association Journal*, v. 193, n. 11, E378–E378, 2021.

MISAWA, S. et al. Safety and efficacy of eculizumab in Guillain-Barré syndrome (JET-GBS): a multicentre, double-blind, randomised phase 2 trial. *Journal of the Neurological Sciences*, v. 392, p. 31–38, 2018.

SHAH, N. et al. Exercício supervisionado e individualizado reduz a fadiga e melhora a força e a qualidade de vida mais do que exercício domiciliar não supervisionado em pessoas com síndrome



crônica de Guillain-Barré: ensaio clínico randomizado. *Journal of Physiotherapy*, v. 68, p. 123–129, 2022.

SICONOLFI, G. et al. Neurofilament light chain levels as diagnostic and prognostic biomarker in Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Advances in Therapy*, 2025 (no prelo).

VAN DOORN, P. A. et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of Guillain–Barré syndrome. *European Journal of Neurology*, v. 30, n. 12, p. 3646–3674, 2023.

VAN TILBURG, S. J. et al. Dynamics and prognostic value of serum neurofilament light chain in Guillain-Barré syndrome. *EBioMedicine*, v. 100, 2024.

WALGAARD, C. et al. Second intravenous immunoglobulin dose in patients with Guillain-Barré syndrome with poor prognosis (SID-GBS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet Neurology*, v. 20, n. 4, p. 275–283, 2021.