



RELATO DE CASO CLÍNICO

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

DENTAL CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT FOR A PATIENT WITH GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

Ione Maia ALCÂNTARA^{1*}, Eliane de Oliveira Aranha RIBEIRO², Gimol Benchimol de Resende PRESTES³

¹Graduanda em Odontologia

Universidade do Estado do Amazonas,
AM, Brasil

²Doutora em Educação pelo Prope-
UERJ. Universidade do Estado do
Amazonas, AM, Brasil

³Doutora em Odontopediatria pela UFSC.
Universidade do Estado do Amazonas,
AM, Brasil

Autor para contato:

Ione Maia Alcântara

Universidade do Estado do Amazonas,
AM, Brasil

Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha,
Manaus - AM, 69065-001;

Tel: (92)99140-6616;

E-mail: ima.odo@uea.edu.br

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 21 Fev 2025

Aceito em: 03 Oct 2025

RESUMO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda mediada pelo sistema imunológico, cuja apresentação inclui formigamento, fraqueza progressiva e dor. Imunoglobulinas, plasmaférese e glicocorticoides estão entre as modalidades de tratamento, porém, terapia de suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessária. O objetivo deste relato é descrever a assistência odontológica realizada a um paciente com SGB internado em uma UTI, evidenciando a relevância do cirurgião-dentista (CD) na equipe multiprofissional da UTI. Paciente do sexo feminino, 19 anos, foi admitida na UTI adulta de um hospital público de referência do Estado do Amazonas, com diagnóstico de SGB. A equipe do projeto de extensão de odontologia hospitalar da Universidade do Estado do Amazonas foi acionada para avaliar o caso devido a queixa álgica dental. No exame intraoral observou-se higiene bucal insatisfatória com presença de biofilme e dente 47 com cárie profunda. Como tratamento, a equipe optou pela pulpectomia do dente 47, pois acreditou-se na hipótese de endocardite infecciosa com causa provável de infecção odontogênica. O pós-operatório odontológico procedeu sem intercorrências e sem queixa de dor. Diante do exposto, conclui-se que a atuação do CD em uma equipe multiprofissional é essencial para a elaboração de um diagnóstico preciso e minucioso que contribui para a melhoria do quadro clínico do paciente crítico.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Odontologia; Saúde Bucal; Síndrome de Guillain-Barré; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda mediada pelo sistema imunológico, cuja apresentação inclui formigamento, fraqueza progressiva e dor.¹ Apesar da patogênese não ser totalmente definida, acredita-se que a SGB seja ocasionada por uma resposta imune exacerbada a processos infecciosos que gera danos aos nervos periféricos.²

A incidência global da SGB é de 1,12 por 100.000 pessoas/ano,³ enquanto no Brasil, a incidência anual é de 0,54 casos a cada 100.000 habitantes.⁴ Como critérios necessários para o diagnóstico da SGB estão a fraqueza bilateral progressiva dos braços e pernas, além de reflexos tendinosos ausentes ou diminuídos dos membros afetados.² Investigações laboratoriais, exame do líquido cefalorraquidiano, estudos eletrodiagnósticos e exames de imagem também podem contribuir para o diagnóstico da síndrome.² As modalidades de tratamento incluem imunoglobulinas, plasmaférese e glicocorticoides, porém, terapia de suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessária para pacientes que apresentam evolução rápida da doença.⁵

O termo UTI pode ser utilizado para descrever cuidados médicos e

multidisciplinares voltados para pacientes com disfunção orgânica potencialmente reversível/letal, que afeta um ou mais órgãos específicos. Esses pacientes requerem monitoramento constante e tratamento intensivo, realizado por uma equipe treinada de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e outros especialistas. O atendimento ocorre em um espaço bem delimitado, equipado com recursos e dispositivos médicos específicos para suporte.⁶

A equipe multidisciplinar de uma UTI é formada por profissionais de saúde que atuam em conjunto, cujo principal objetivo é integrar conhecimentos, habilidades e melhores práticas de diferentes áreas, identificando, ajustando e reformulando questões relacionadas à prestação de cuidados, e buscando soluções com base em uma compreensão coletiva das complexas necessidades dos pacientes.⁷

Em muitas UTIs, a higiene bucal é realizada por profissionais da equipe de enfermagem.⁸ No entanto, muitos consideram uma tarefa desagradável de se realizar, além de terem dificuldades e ausência de treinamento para este fim.⁸ Ademais, esta equipe não tem formação suficiente nem competência legal para executar procedimentos como restaurações,



remoção de cálculo, extrações dentárias e drenagem de abscessos intraorais.⁹

Considerando que a prática da escovação dental também foi associada a uma redução na duração da ventilação mecânica, no tempo de internação e na mortalidade dentro da UTI,¹⁰ o cirurgião-dentista (CD) deve ser o integrante da equipe encarregado de implementar ações educativas e preventivas para o cuidado bucal no ambiente hospitalar.¹¹

Portanto, o objetivo deste relato é descrever a assistência odontológica realizada a um paciente com a SGB internado em uma UTI, demonstrando a importância da presença do CD nessa unidade promovendo suporte ao paciente crítico.

RELATO DE CASO

Paciente E.M.L., 19 anos, sexo feminino, procedente de hospital de outro município (Parintins -Am) com histórico de 30 dias de internação, transferida para Manaus. Diante da evolução do quadro, foi admitida na UTI adulta de um hospital público de referência do Estado do Amazonas, com diagnóstico de SGB. A equipe do projeto de extensão de odontologia hospitalar da Universidade do Estado do Amazonas foi

acionada para avaliar o caso devido a queixa álgica dental. A mesma apresentava-se lúcida e orientada (Figura 1).



Figura 1: Aspecto físico da paciente.

No exame físico foi observado parestesia dos membros superiores e inferiores, com dois episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica no período de internação. Como tratamento a paciente estava fazendo plasmaférese e gamaglobulina administrada por via intravenosa, além da dipirona sódica (solução injetável, 1g/2mL, intravenoso (IV), a cada 6 horas) para controle da febre. No exame intraoral observou-se higiene bucal insatisfatória com presença de biofilme e dente 47 com cárie profunda (Figura 2).



Figura 2: Aspecto clínico inicial e do dente 47.

Considerando a algia da paciente, após reunião com a equipe multidisciplinar, optou-se pela pulpectomia do dente 47, foi sugerida a hipótese de endocardite infecciosa com causa provável de infecção odontogênica.

Para execução do procedimento foi administrado profilaxia antibiótica com cefazolina 2 g intravenosa 30 minutos antes do procedimento.¹² A remoção da polpa foi feita com anestesia local utilizando-se prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL, limas tipo k, seguida de colocação de medicação intracanal e restauração provisória. Em virtude do quadro da paciente e do ambiente o processo necessitou ser adaptado com o uso de isolamento relativo (Figuras 3, 4 e 5).

O pós-operatório odontológico procedeu sem intercorrências e sem queixa

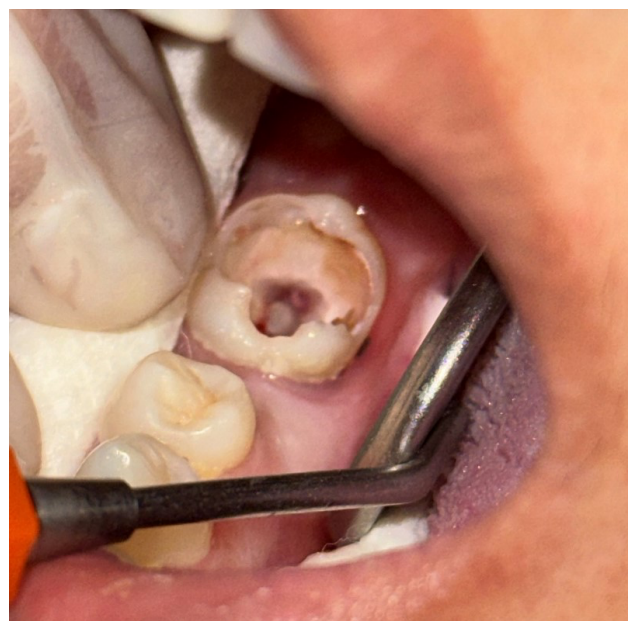


Figura 3: Aspecto clínico do dente 47 após acesso endodôntico.



Figura 4: Colocação de medicação intracanal.



Figura 5: Aspecto clínico final do dente 47 após restauração provisória.

DISCUSSÃO

A SGB é definida como uma neuropatia periférica imunomediada, frequentemente associada a processos infecciosos prévios. Caracteriza-se pela progressão bilateral e frequentemente simétrica, impactando tanto a função sensorial quanto a motora.¹³ Em casos graves, o paciente com SGB requer admissão em UTI para monitoramento contínuo e, quando necessário, suporte ventilatório mecânico.¹⁴ A idade média de pacientes hospitalizados com SGB é de 49,5 anos, entretanto, sugere-se que pacientes mais

jovens têm uma maior propensão à necessidade de suporte intensivo em UTI,¹⁵ o que coincide com os dados deste relato, onde a paciente foi admitida na UTI aos 19 anos de idade.

A paciente deste relato teve complicações que a fizeram permanecer na UTI por mais de 30 dias, contrastando com o tempo de permanência geral, que é menor do que 3 dias.¹⁵ Em relação ao manejo da SGB, há necessidade de ventilação mecânica na grande maioria dos casos (65,83%) e imunoglobulina intravenosa (15%)¹⁶, coincidindo com o tratamento adotado pela equipe médica deste caso.

A pneumonia adquirida no ambiente hospitalar (PAH) é uma das infecções relacionadas aos cuidados de saúde com maior incidência. Embora o cuidado com a saúde bucal seja reconhecido como uma intervenção padrão na prevenção da PAH, a oferta de serviços odontológicos para pacientes hospitalizados ainda é limitada em grande parte das instituições de saúde.¹⁷ No caso descrito, a enferma apresentou histórico de dois episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica durante o período de internação na UTI, evidenciando a importância do cuidado com a saúde bucal nesse grupo.

Entre as alterações odontológicas mais comuns em pacientes internados em UTI estão a saburra lingual e ulcerações por trauma ou ressecamento. Além disso, no estudo de Diamantino et al. (2020), dos pacientes com mais de 10 dias de internação, 26% apresentaram candidíase pseudomembranosa, condição esta que não foi observada em pacientes com menos dias de internação. Conclui-se que há uma possível associação entre o tempo de internação dos pacientes e as condições clínicas apresentadas, norteando assim os cuidados que os cirurgiões-dentistas devem ter ao integrar a equipe multidisciplinar que atua no ambiente hospitalar.¹⁸

Um estudo epidemiológico revelou que 44,07% dos pacientes com SGB apresentavam higiene bucal inadequada.¹⁹ Esses achados estão em consonância com a condição de saúde bucal observada na paciente E.M.L., cuja avaliação evidenciou um estado insatisfatório, caracterizado pela presença de placa bacteriana e destruição coronária por cárie no dente 47.

Pacientes internados em UTI apresentam alta frequência de placa bacteriana, cálculo, lábios ressecados, queilite e saburra lingual, sendo a saúde bucal classificada como precária. Problemas bucais como periodontite, raízes residuais e cáries

dentárias são considerados focos de infecção. Estes problemas se não tratados durante a internação, podem levar ao agravamento do estado de saúde geral do paciente.²⁰ Após avaliação conjunta pelas equipes médica e odontológica, levantou-se a hipótese de endocardite infecciosa associada ao dente 47, que apresentava extensa destruição coronária por cárie. Tal condição poderia estar contribuindo para o agravamento do quadro sistêmico da paciente.

Ao analisar as condições de saúde bucal de pacientes em UTI no Irã, verificou-se que apenas 6% apresentavam um estado oral considerado normal. A prevalência de distúrbios na cavidade oral entre esses pacientes foi considerada elevada em comparação a outros estudos, destacando a importância de visitas regulares realizadas por CDs como parte do cuidado integral em ambiente hospitalar.²¹ Cabe ressaltar que na unidade onde o procedimento foi executado, os cuidados odontológicos são feitos por uma equipe de um projeto de extensão de uma Universidade pública.

A presença de problemas e doenças bucais pode afetar de forma sistêmica a saúde do paciente, destacando-se a importância da manutenção da saúde bucal de pacientes hospitalizados.¹¹ Problemas de



saúde bucal são comuns em terapia intensiva. Para uma prática mais consistente em cuidados orais nessa unidade, sugere-se que a presença de um CD na rotina e a implementação de políticas com treinamento associado da equipe podem trazer resultados positivos na performance dos profissionais.⁸

Uma equipe multidisciplinar possui o papel de reunir profissionais de saúde de áreas diferentes com o intuito de estabelecer o plano de tratamento dos pacientes.²² Dessa forma, uma equipe multidisciplinar é capaz de avaliar o problema do paciente a partir de diferentes perspectivas para elaborar um diagnóstico minucioso. Assim, a equipe conta com diversas abordagens para selecionar as terapias mais adequadas para o quadro clínico do indivíduo.²³

O CD integrado à equipe multidisciplinar é visto como necessário por

outros profissionais²⁴ e considerado de suma importância, uma vez que pode gerar ganhos positivos na saúde integral do paciente, contribuindo para a melhoria do quadro sistêmico e da saúde bucal.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que a odontologia hospitalar em ambiente crítico é essencial para o cuidado integral do paciente. No caso descrito, a intervenção odontológica contribuiu para a eliminação de um provável foco de infecção odontogênica, favorecendo a estabilização do quadro clínico e a evolução positiva da paciente. Dessa forma, reforça-se que a presença do CD no ambiente hospitalar deve ser considerada uma prática essencial para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente crítico.

ABSTRACT

Guillain-Barré Syndrome (GBS) is an acute immune-mediated inflammatory polyradiculoneuropathy whose presentation includes tingling, progressive weakness, and pain. Immunoglobulins, plasmapheresis, and glucocorticoids are among the treatment modalities; however, supportive therapy in the Intensive Care Unit (ICU) may be necessary. This report aims to describe the dental care provided to a patient with GBS admitted to an ICU, demonstrating the importance of a dentist (DC) in this unit, which provides support for critically ill patients. A 19-year-old female patient was admitted to the adult ICU of a public reference hospital in the State of Amazonas, diagnosed with GBS. A team from the hospital dentistry extension project at the State University of Amazonas was called to evaluate the case due to dental pain complaints. The intraoral examination revealed unsatisfactory oral hygiene with biofilm and tooth 47 with deep caries. As treatment, the team opted for pulpectomy of tooth 47, as the hypothesis of infectious endocarditis with a probable odontogenic cause was considered. Given the above, it is concluded that the DC's role in a multidisciplinary team is essential for preparing an accurate and detailed diagnosis that improves the clinical condition of critically ill patients.

Keywords: Patient Assistance Team; Dentistry; Oral Health; Guillain-Barré syndrome; Intensive Care Units.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain-Barré Syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(3):467-479.
2. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreora MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol* 15, 671–683 (2019).
3. Xu L, Zhao C, Bao Y, Liu Y, Liang Y, Wei J, Liu G, Wang J, Zhan S, Wang S, Fan D. Variation in worldwide incidence of Guillain-Barré syndrome: a population-based study in urban China and existing global evidence. *Front Immunol.* 2024 Sep 10;15:1415986.
4. Oliveira DRDCAB, Fernandez RNM, Grippe TC, Baião FS, Duarte RL, Fernandez DJ. Epidemiological and clinical aspects of Guillain-Barré syndrome and its variants. *Arq Neuropsiquiatr.* 2021 Jun;79(6):497-503.
5. Florian IA, Lupan I, Sur L, Samasca G, Timiş TL. To be, or not to be... Guillain-Barré Syndrome. *Autoimmunity Reviews.* 2021;20(12):102983.
6. Rungta N, Zirpe KG, Dixit SB, Mehta Y, Chaudhry D, Govil D, et al. Indian Society of Critical Care Medicine Experts Committee Consensus Statement on ICU Planning and Designing. *Indian J Crit Care Med* 2020;24(Suppl 1):S43–S60
7. National Guideline Centre (UK). Evidence review: Multiprofessional team: End of life care for adults: service delivery: Evidence review E. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019. PMID: 32614555.
8. Blum DFC, Munaretto J, Baeder FM, Gomez J, Castro CPP, Bona ÁD. Influence of dentistry professionals and oral health assistance protocols on



- intensive care unit nursing staff. A survey study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(3):391-393.
9. Belissimo-Rodrigues WT, Meneguetti MG, Gaspar GG, Nicolini EA, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, et al. Effectiveness of a dental care intervention in the prevention of lower respiratory tract nosocomial infections among intensive care patients: a randomized clinical trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014; 35(11): 1342-1348.
 10. Ehrenzeller S, Klompas M. Association Between Daily Toothbrushing and Hospital-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Intern Med*. 2024;184(2):131-142.
 11. Amaral COF, Belon LMR, Silva EA da, Nadai A, Amaral Filho MSP, Straioto FG. The importance of hospital dentistry: oral health status in hospitalized patients. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 2018;66(1):35-41.
 12. Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental. Nota Técnica NECIH/COVIM/DIVISA Nº 03/2019. PROTOCOLO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA. Salvador: Ministério da Saúde, 2019.
 13. Nasehi M, Ahmadi P, Khalili Z, Rahmannia M, Ahmadi Z, Zitatadeh MR, Pournakhtyaran E. A Retrospective Single-center Study of Presentation and Prognosis of Guillain-Barré Syndrome in Pediatric Patients. *Iran J Pediatr*. 2023;33(1):e128852.
 14. Rodríguez-Méndez AA, Briseño-Ramírez J, Rivas-Ruvalcaba FJ, Solis-Estrada J, Alcázar-García LB, Díaz-Ramírez K, Lira-Jaime G, Sánchez-Román EJ and Zúñiga-Ramírez C. Clinical predictors for mechanical ventilation assistance in Guillain-Barré syndrome. *Front. Neurol*. 2024; 15:1385945.
 15. AlKahtani NA, Alkhudair JA, Bensaeed NZ, Alshammari YS, Alanazi RF, Khatri IA, Masud N. Guillain-Barré Syndrome in Adults in a Decade: The Largest, Single-Center, Cross-Sectional Study From the Kingdom of Saudi Arabia. *Cureus*. 2023;15(6):e40995.
 16. Bayu HT, Demilie AE, Molla MT, Kumie FT, Endeshaw AS. Mortality and its predictors among patients with Guillain-Barré syndrome in the intensive care unit of a low-income country, Ethiopia: a multicenter retrospective cohort study. *Front Neurol*. 2024 Oct 30;15:1484661.
 17. Ozaki K, Tohara H, Baba M, Komatsumoto S. Hospital Dental Services to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia. *Curr Oral Health Rep*. 2023; 10, 124-138.
 18. Diamantino LGS, Monteiro BG, Dantas JB de L, Reis SRDA, Medrado AP. A retrospective study on the oral health of patients in the intensive care unit. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2020; 24;19(2):287.
 19. Chumpitaz-Durand R & Manayay F. Craniofacial and neurological manifestations in patients with Guillain-Barré Syndrome. *J Oral Res* 2021; 10(2):1-9
 20. Steinle EC, Pinesso JAM, Bellançon LB, Ramos SP, Seixas GB. The association of oral health with length of stay and mortality in the intensive care unit. *Clin Oral Invest*. 2023; 27, 3875-3884.
 21. Arkia M, Rezaei J, Salari N, Vaziri S, Abdi A. Oral status and affecting factors in Iranian ICU patients: a cross-

- sectional study. BMC Oral Health. 2023; 23, 154.
22. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, Peralvez Torres E, Mesía R. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. Front Oncol. 2020 Mar 20;10:85.
23. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. Rev. odontol. UNESP. 2009; 38 (2): 105-109.
24. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. Arq Odontol. 2016;50(4).
25. Silva JLM de D e, Santos FC de M, Ribeiro E de OA, Soares KS, Bolzan FAC, Prestes GB de R. Hospital Dentistry: A multiprofessional view in a Public Institute of Amazonas. RSD [Internet]. 2022;11(12):e313111234341.