



**COLEGIADO DO CURSO DE ODONTOLOGIA
COORDENAÇÃO DE TCC
ARTIGO CIENTÍFICO - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

GIULLIA COELHO REDENÇÃO

**MANEJO ANESTÉSICO-ODONTOLÓGICO DE PACIENTES
PORTADORES DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

**ILHÉUS - BAHIA
2026**

GIULLIA COELHO REDENÇÃO

**MANEJO ANESTÉSICO-ODONTOLÓGICO DE PACIENTES
PORTADORES DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

Artigo Científico apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia, pelo Curso de
Odontologia da Faculdade de Ilhéus.

Orientador: Prof. Hélio Simões de Oliveira Neto

**ILHÉUS – BAHIA
2026**

*Artigo Científico apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso- TCC II – Odontologia
CESUPI, Abril, 2026.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 Síndrome de Guillain-Barré: conceito, relevância clínica e impacto na prática odontológica	7
2.2 Fisiopatologia da Síndrome de Guillain-Barré: implicações para o bloqueio anestésico	8
2.3 Alterações neurológicas periféricas e risco de complicações anestésicas	9
2.4 Comprometimento dos nervos cranianos e implicações orofaciais	10
2.5 Princípios da anestesia em odontologia e sua relação com neuropatias	11
2.6 Técnicas anestésicas em odontologia: riscos e adaptações em pacientes com SGB	11
2.7 Materiais anestésicos: farmacologia e implicações clínicas	12
2.8 Alterações sistêmicas relevantes para o atendimento odontológico	13
2.9 Implicações da SGB no manejo anestésico-odontológico	14
2.10 Desafios clínicos no atendimento odontológico	15
2.11 Monitoramento clínico e segurança do paciente	15
2.12 Abordagem multidisciplinar	16
2.13 Estratégias para redução de riscos	17
2.14 Recomendações clínicas finais	18
3 MATERIAL E MÉTODOS	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 Caracterização dos estudos analisados	20
4.2 Implicações da fisiopatologia da SGB na resposta anestésica	23
4.3 Riscos associados às técnicas anestésicas e escolha clínica	24
4.4 Influência dos materiais anestésicos e dos vasoconstritores	25
4.5 Alterações sistêmicas e procedimento como possível gatilho da SGB	25
4.6 Síntese crítica dos resultados e lacunas na literatura	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

**COLEGIADO DO CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**MANEJO ANESTÉSICO-ODONTOLÓGICO DE PACIENTES
PORTADORES DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

**DENTAL ANESTHETIC MANAGEMENT OF PATIENTS WITH
GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME**

Giullia Coelho Redenção¹, Hélio Simões de Oliveira Neto²

1

Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. e-mail: giulliacelho@outlook.com

2

Docente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. e-mail: hson110295@yahoo.com.br

RESUMO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda de origem autoimune que compromete o sistema nervoso periférico, podendo afetar funções motoras, sensoriais e autonômicas. No contexto odontológico, suas características fisiopatológicas — desmielinização, disfunção autonômica e comprometimento de nervos cranianos — impõem desafios significativos ao manejo anestésico. O presente estudo tem como objetivo analisar o manejo anestésico-odontológico em pacientes portadores da SGB, propondo recomendações baseadas em evidências para minimizar riscos perioperatórios. Trata-se de revisão de literatura narrativa, com busca nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e BVS/BIREME, na qual foram incluídos 12 estudos publicados entre 2005 e 2025. Os resultados evidenciam que pacientes com SGB apresentam maior suscetibilidade a complicações neurosensoriais — como ilustrado por relato de parestesia prolongada dos nervos mentoniano e lingual após anestesia infiltrativa para implante — e cardiovasculares, em razão da disautonomia presente em 65% a 70% dos casos. Evidências recentes apontam viabilidade do atendimento odontológico em pacientes em fase de remissão, desde que respeitadas a estratificação por fase clínica e a monitoração contínua dos sinais vitais. Conclui-se que o manejo seguro requer avaliação multidisciplinar,

preferência por técnicas infiltrativas em áreas neurologicamente comprometidas, uso criterioso de vasoconstritores adrenérgicos e protocolos individualizados, persistindo a necessidade de diretrizes clínicas específicas para essa população vulnerável.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré. Anestesia Odontológica. Neuropatias Periféricas. Manejo Clínico.

ABSTRACT

Guillain-Barré Syndrome (GBS) is an acute autoimmune inflammatory polyradiculoneuropathy that affects the peripheral nervous system, potentially impairing motor, sensory, and autonomic functions. In the dental setting, its pathophysiological features — demyelination, autonomic dysfunction, and cranial nerve involvement — pose significant challenges to anesthetic management. This study aims to analyze dental anesthetic management in patients with GBS, proposing evidence-based recommendations to minimize perioperative risks. A narrative literature review was conducted in PubMed/MEDLINE, SciELO, and VHL/BIREME databases, including 12 studies published between 2005 and 2025. Results show that patients with GBS exhibit increased susceptibility to neurosensory complications — as illustrated by a case report of prolonged mental and lingual nerve paresthesia following infiltration anesthesia for dental implant placement — and to cardiovascular complications, due to autonomic dysfunction present in 65% to 70% of cases. Recent evidence indicates the feasibility of dental care in patients in remission, provided that clinical phase stratification and continuous monitoring of vital signs are maintained. It is concluded that safe management requires multidisciplinary assessment, preference for infiltrative techniques in neurologically compromised areas, judicious use of adrenergic vasoconstrictors, and individualized protocols, with a persisting need for specific clinical guidelines for this vulnerable population.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome. Dental Anesthesia. Peripheral Neuropathies. Clinical Management.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda de origem autoimune que compromete o sistema nervoso periférico, podendo afetar funções motoras, sensoriais e autonômicas (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016; YUKI; HARTUNG, 2012). Caracteriza-se pelo ataque imunomediado à bainha de mielina dos nervos periféricos, mediado por mimetismo molecular entre antígenos infecciosos e gangliosídeos da membrana axonal, resultando em manifestações que variam desde fraqueza muscular leve até paralisia ascendente com insuficiência respiratória (HUGHES; CORNBLATH, 2005; YUKI; HARTUNG, 2012).

Considerada a principal causa de paralisia flácida aguda no mundo, a SGB apresenta incidência global estimada entre 0,8 e 1,9 casos por 100.000 habitantes ao ano, com discreta predominância no sexo masculino e em adultos jovens e idosos (SEJVAR et al., 2011; MCGROGAN et al., 2009).

No contexto brasileiro, estudos epidemiológicos apontam incidência semelhante, com maior prevalência em regiões tropicais, possivelmente em decorrência da exposição a infecções endêmicas como dengue e Zika (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

No campo odontológico, as alterações neurológicas e autonômicas características da síndrome assumem relevância clínica particular.

A desmielinização dos nervos periféricos compromete a condução nervosa e pode modificar a resposta aos anestésicos locais, ao mesmo tempo em que a disfunção autonômica — presente em 65% a 70% dos casos — favorece instabilidade cardiovascular durante procedimentos clínicos (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016). Evidências clínicas recentes demonstram que pacientes com SGB apresentam maior suscetibilidade a respostas anestésicas imprevisíveis e a alterações neurosensoriais após procedimentos odontológicos invasivos, como ilustrado por relato de parestesia prolongada dos nervos mentoniano e lingual após anestesia infiltrativa para implante (LILLIS et al., 2023).

Soma-se a esse cenário a possibilidade — ainda que rara — de que procedimentos cirúrgicos e anestésicos atuem como gatilhos ou agravantes da própria SGB, conforme revisão sistemática recente que analisou 34 casos publicados nas últimas duas décadas (LI; ZHANG, 2024). Estudo retrospectivo conduzido pela Mayo Clinic com 309 pacientes submetidos a 537 procedimentos endoscópicos reforça a necessidade de planejamento anestésico cuidadoso e monitoração rigorosa nessa população, especialmente nos primeiros seis meses após a fase aguda (HIGGINS et al., 2025).

Apesar dessas evidências, observa-se escassez de estudos voltados especificamente à interface entre a SGB e a prática odontológica, particularmente no que se refere à segurança anestésica, à escolha de materiais, técnicas e protocolos de monitoramento clínico. O possível comprometimento dos nervos cranianos — sobretudo do facial (VII par), do glossofaríngeo (IX) e do vago (X) — amplia os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista, pois interfere na função motora orofacial, nos reflexos protetores das vias aéreas e na sensibilidade da região inervada pelo trigêmeo (V par), principal alvo das técnicas anestésicas em odontologia (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016; SEJVAR et al., 2011).

A justificativa deste estudo reside, portanto, na necessidade de sistematizar evidências que orientem o cirurgião-dentista no manejo seguro de pacientes com SGB, especialmente em ambientes ambulatoriais, onde tais profissionais atuam predominantemente. A ausência de protocolos padronizados específicos representa uma lacuna clínica e ética relevante, que pode comprometer a segurança e a qualidade do cuidado oferecido a essa população vulnerável.

Diante desse cenário, questiona-se: como conduzir o manejo anestésico-odontológico em pacientes portadores da Síndrome de Guillain-Barré de forma segura, considerando as particularidades fisiopatológicas da doença e os riscos associados ao uso de anestésicos locais na prática clínica?

O presente estudo tem como objetivo geral analisar o manejo anestésico-odontológico em pacientes portadores da Síndrome de Guillain-Barré, propondo recomendações baseadas em evidências para minimizar riscos perioperatórios. Como objetivos específicos, busca-se: revisar a fisiopatologia da SGB e suas implicações no

sistema nervoso periférico; examinar as principais técnicas anestésicas utilizadas na odontologia; avaliar os materiais anestésicos disponíveis e suas interações com as condições neuromusculares da SGB; compreender o envolvimento dos nervos cranianos e suas repercussões orofaciais; identificar os desafios anestésicos no atendimento odontológico desses pacientes; e elaborar recomendações práticas para o cirurgião-dentista, considerando adaptações farmacológicas, técnicas e estratégias de monitoramento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Síndrome de Guillain-Barré: conceito, relevância clínica e impacto na prática odontológica

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) constitui uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda, de natureza autoimune, caracterizada pelo acometimento difuso do sistema nervoso periférico, com predomínio de fraqueza muscular progressiva e arreflexia. Trata-se da principal causa de paralisia flácida aguda no mundo, sendo considerada uma condição neurológica de emergência em razão do potencial comprometimento respiratório e autonômico (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016; HUGHES; CORNBLATH, 2005).

A incidência global da SGB é estimada entre 0,8 e 1,9 casos por 100.000 habitantes ao ano, com discreta predominância no sexo masculino e distribuição bimodal, com picos em adultos jovens e idosos (SEJVAR et al., 2011; MCGROGAN et al., 2009). A relevância clínica da síndrome não se restringe ao campo neurológico, uma vez que suas repercussões sistêmicas impactam diretamente diversas áreas da saúde, incluindo a odontologia. A presença de disfunções autonômicas, como instabilidade hemodinâmica e alterações na regulação cardiovascular, representa fator de risco importante durante procedimentos clínicos que envolvem anestesia local (YUKI; HARTUNG, 2012).

Além disso, a natureza imunomediada da doença e sua associação com processos inflamatórios sistêmicos podem influenciar a resposta do organismo a

estímulos nociceptivos e a fármacos anestésicos. Nesse sentido, o atendimento odontológico de pacientes com SGB exige não apenas conhecimento técnico, mas também compreensão aprofundada da fisiopatologia da doença e de suas implicações clínicas. Do ponto de vista científico, observa-se que, apesar do avanço no entendimento da SGB, ainda há escassez de estudos voltados especificamente à interface entre a síndrome e o manejo anestésico-odontológico, o que evidencia uma lacuna relevante na literatura. Lillis et al. (2023) destacam que, até aquela data, havia apenas um relato de complicação neurosensorial após anestesia local odontológica em paciente com SGB, reforçando a necessidade de produção científica nessa área.

2.2 Fisiopatologia da Síndrome de Guillain-Barré: implicações para o bloqueio anestésico

A fisiopatologia da SGB envolve um complexo mecanismo imunológico desencadeado, na maioria dos casos, por infecções prévias. O fenômeno de mimetismo molecular leva à produção de autoanticorpos contra gangliosídeos presentes na membrana das células de Schwann e do axolema, resultando em lesão da bainha de mielina e, em formas mais graves, dano axonal (YUKI; HARTUNG, 2012; HUGHES; CORNBATH, 2005).

Essa desmielinização compromete a condução saltatória dos impulsos nervosos, reduzindo a velocidade de transmissão e alterando a resposta funcional dos nervos periféricos. Em termos clínicos, isso se traduz em fraqueza muscular, alterações sensoriais e, frequentemente, dor neuropática (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

Sob a perspectiva odontológica, esse aspecto é particularmente relevante, uma vez que o mecanismo de ação dos anestésicos locais depende diretamente da condução nervosa. Os anestésicos atuam bloqueando os canais de sódio voltagem-dependentes, impedindo a propagação do impulso nervoso; entretanto, em nervos previamente comprometidos pela desmielinização, essa dinâmica pode ser alterada, resultando em respostas imprevisíveis — tanto bloqueio prolongado quanto eficácia reduzida (MALAMED, 2019; LILLIS et al., 2023).

Além disso, a presença de dano neural pré-existente pode aumentar a suscetibilidade a lesões adicionais. Revisões da literatura indicam que a lesão nervosa associada a bloqueios anestésicos é multifatorial, podendo envolver trauma mecânico da agulha, neurotoxicidade direta dos anestésicos e fatores individuais do paciente (BRULL et al., 2007).

Dessa forma, pacientes com SGB podem apresentar risco potencialmente aumentado para complicações neurológicas após procedimentos anestésicos, o que reforça a necessidade de cautela na prática clínica.

2.3 Alterações neurológicas periféricas e risco de complicações anestésicas

O comprometimento do sistema nervoso periférico na SGB envolve fibras motoras, sensoriais e autonômicas, resultando em um quadro clínico complexo e multifatorial. A degeneração da mielina reduz a eficiência da condução nervosa, enquanto o dano axonal pode ocasionar déficits prolongados (SEJVAR et al., 2011; YUKI; HARTUNG, 2012).

No contexto da anestesia odontológica, essas alterações assumem papel central, uma vez que influenciam diretamente a interação entre o anestésico e o tecido nervoso. Estudos demonstram que complicações neurológicas associadas à anestesia local, embora raras, podem ocorrer e incluem parestesias, paralisias transitórias e alterações sensoriais persistentes. Lillis et al. (2023) descreveram caso de parestesia prolongada dos nervos mentoniano e lingual em paciente com SGB após anestesia infiltrativa para colocação de implante mandibular posterior, com duração de cinco meses até resolução espontânea — primeiro relato dessa complicação após anestesia local odontológica nessa população.

Revisões sistemáticas indicam que lesões nervosas associadas a bloqueios anestésicos podem decorrer tanto de trauma direto da agulha quanto de efeitos neurotóxicos das soluções anestésicas, sendo o risco potencialmente maior em pacientes com neuropatias pré-existentes, como na SGB (BRULL et al., 2007).

Outro aspecto relevante refere-se à disfunção autonômica, frequentemente observada na SGB e presente em cerca de 65% a 70% dos casos. Essa condição pode resultar em instabilidade cardiovascular, com variações abruptas da pressão

arterial e da frequência cardíaca, configurando fator de risco adicional durante procedimentos odontológicos que envolvem o uso de vasoconstritores (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

Portanto, o entendimento das alterações neurológicas periféricas na SGB é essencial para a condução segura do manejo anestésico, permitindo a adoção de estratégias clínicas mais adequadas e individualizadas.

2.4 Comprometimento dos nervos cranianos e implicações orofaciais

O acometimento dos nervos cranianos ocorre em parcela significativa dos pacientes com Síndrome de Guillain-Barré, podendo atingir aproximadamente 50% dos casos. O nervo facial (VII par craniano) é um dos mais frequentemente afetados, podendo apresentar paralisia unilateral ou bilateral — esta última considerada manifestação particularmente característica da síndrome e geralmente associada a formas mais graves da doença (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

Além do nervo facial, outros nervos cranianos podem ser comprometidos, como o trigêmeo (V par), o glossofaríngeo (IX) e o vago (X). O envolvimento do nervo trigêmeo possui implicações diretas na prática odontológica, uma vez que esse nervo é responsável pela sensibilidade da região orofacial, pela condução da dor e pelo controle da musculatura mastigatória, sendo o principal alvo das técnicas anestésicas em odontologia (YUKI; HARTUNG, 2012).

Do ponto de vista clínico, esse comprometimento pode resultar em alterações sensoriais, dificuldade de mastigação, disfagia e comprometimento dos reflexos protetores das vias aéreas. Tais alterações aumentam o risco de aspiração, trauma tecidual e dificuldades durante procedimentos odontológicos, especialmente naqueles realizados em posição supina por períodos prolongados.

Sob a perspectiva anestésica, a alteração funcional dos nervos cranianos pode influenciar a eficácia dos bloqueios regionais e aumentar a suscetibilidade a lesões nervosas adicionais — fenômeno ilustrado no relato de Lillis et al. (2023), em que ramos do trigêmeo (nervos mentoniano e lingual) apresentaram parestesia persistente após anestesia infiltrativa em paciente com SGB. Dessa forma, o conhecimento da

anatomia funcional e das possíveis alterações associadas à SGB torna-se essencial para a condução segura do atendimento odontológico.

2.5 Princípios da anestesia em odontologia e sua relação com neuropatias

A anestesia local constitui um dos pilares da prática odontológica moderna, sendo fundamental para o controle da dor e para a realização de procedimentos clínicos com conforto e segurança. Seu mecanismo de ação baseia-se na inibição dos canais de sódio voltagem-dependentes, impedindo a propagação do impulso nervoso ao longo das fibras nervosas (MALAMED, 2019; BECKER; REED, 2012).

Entretanto, em pacientes com neuropatias periféricas, como na SGB, a resposta aos anestésicos pode apresentar variações significativas. Isso ocorre porque alterações estruturais nos nervos — como desmielinização e dano axonal — podem modificar a difusão e o efeito farmacológico dos anestésicos locais (YUKI; HARTUNG, 2012).

Além disso, revisões na área de anestesiologia apontam que nervos previamente lesionados podem apresentar maior sensibilidade à toxicidade dos anestésicos locais, aumentando o risco de complicações neurológicas (BRULL et al., 2007). Esse risco se materializou em relato clínico de parestesia prolongada após anestesia infiltrativa em paciente com SGB submetido a procedimento implantodôntico (LILLIS et al., 2023).

Dessa forma, o uso de anestésicos em pacientes com SGB deve ser pautado em uma avaliação criteriosa, considerando não apenas o tipo de procedimento, mas também a fase clínica da doença e o estado neurológico atual do paciente.

2.6 Técnicas anestésicas em odontologia: riscos e adaptações em pacientes com SGB

As principais técnicas anestésicas utilizadas na odontologia incluem a anestesia infiltrativa — supraperiosteal ou intraligamentar — e os bloqueios regionais,

como o bloqueio do nervo alveolar inferior, do nervo nasopalatino e do nervo mentoniano. A escolha da técnica depende de fatores anatômicos, do tipo de procedimento e da extensão da área a ser anestesiada (MALAMED, 2019).

Em pacientes com SGB, a utilização de bloqueios nervosos profundos deve ser avaliada com cautela. A literatura sugere que, em indivíduos com neuropatias pré-existent, há potencial aumento do risco de lesões nervosas associadas à técnica anestésica, seja por trauma mecânico da agulha ou por efeitos neurotóxicos dos anestésicos (BRULL et al., 2007). Esse risco se justifica pela hipótese de que nervos previamente desmielinizados apresentam limiar reduzido para nova lesão, podendo ser agravados por insultos mecânicos ou químicos adicionais — princípio que reforça a preferência pelas técnicas infiltrativas em áreas neurologicamente comprometidas (LILLIS et al., 2023).

Por outro lado, não há consenso absoluto quanto à contraindicação dessas técnicas. Estudo retrospectivo com 309 pacientes portadores de SGB submetidos a 537 procedimentos endoscópicos demonstrou que, em pacientes em fase de recuperação ou remissão, técnicas anestésicas podem ser realizadas com segurança, desde que haja monitoração adequada e avaliação criteriosa do estado neurológico (HIGGINS et al., 2025).

Dessa forma, a decisão clínica deve ser individualizada, considerando o risco-benefício, a fase da doença e as condições clínicas atuais do paciente.

2.7 Materiais anestésicos: farmacologia e implicações clínicas

Os anestésicos locais utilizados na odontologia pertencem, majoritariamente, ao grupo das amidas, incluindo lidocaína, articaína, mepivacaína, prilocaína e bupivacaína. Esses fármacos apresentam perfil farmacológico mais seguro e previsível quando comparados aos ésteres, em razão de seu metabolismo hepático e da menor incidência de reações alérgicas (MALAMED, 2019; BECKER; REED, 2012).

A lidocaína é considerada padrão-ouro devido à sua eficácia e segurança, enquanto a articaína destaca-se pela maior difusão tecidual. No entanto, evidências sugerem que concentrações mais elevadas de certos anestésicos podem estar

associadas a maior risco de parestesias, especialmente em bloqueios do nervo alveolar inferior e do nervo lingual (BRULL et al., 2007).

Em pacientes com SGB, a escolha do anestésico deve considerar o possível comprometimento neurológico e autonômico. O uso de vasoconstritores adrenérgicos, como a epinefrina, deve ser cauteloso, uma vez que a disfunção autonômica pode resultar em respostas cardiovasculares imprevisíveis, incluindo hipertensão paroxística e arritmias (MALAMED, 2019; LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018).

Recomendam-se, quando indispensável o uso de vasoconstritor, concentrações reduzidas de 1:200.000, com injeção lenta e aspiração prévia obrigatória.

Para pacientes com instabilidade cardiovascular documentada, podem ser considerados anestésicos sem vasoconstritor, como a mepivacaína a 3% ou a prilocaína simples, ainda que com duração de ação reduzida (MALAMED, 2019).

2.8 Alterações sistêmicas relevantes para o atendimento odontológico

A SGB pode cursar com diversas alterações sistêmicas, incluindo disfunção autonômica, fraqueza muscular generalizada e comprometimento respiratório. A instabilidade autonômica, presente em 65% a 70% dos casos, pode levar a variações abruptas da pressão arterial e da frequência cardíaca, configurando risco significativo durante procedimentos odontológicos (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

A fraqueza muscular pode dificultar a manutenção da abertura bucal e aumentar o risco de aspiração, especialmente em procedimentos prolongados ou realizados em posição supina. Disfagia decorrente do acometimento dos nervos glossofaríngeo e vago amplia esse risco e exige posicionamento semi-reclinado, idealmente a 45 graus (YUKI; HARTUNG, 2012).

Adicionalmente, evidências recentes sugerem que procedimentos cirúrgicos e anestésicos podem, em casos raros, atuar como gatilhos para o desenvolvimento ou recidiva da SGB. Revisão de Li e Zhang (2024), com análise de 34 casos publicados entre 2002 e 2022, identificou que a SGB pós-cirúrgica tende a evoluir de forma mais rápida e grave, com maior frequência de comprometimento respiratório em

comparação aos casos não relacionados a procedimentos. Tal achado reforça a relevância da avaliação pré-operatória criteriosa em pacientes com SGB diagnosticada e a vigilância para sinais sugestivos em pacientes ainda sem diagnóstico.

Esses fatores reforçam a necessidade de planejamento cuidadoso, incluindo controle do tempo clínico, posicionamento adequado do paciente e monitoramento contínuo dos sinais vitais.

2.9 Implicações da SGB no manejo anestésico-odontológico

O manejo anestésico em pacientes com SGB deve considerar a interação entre as alterações neurológicas características da síndrome e a resposta farmacológica aos anestésicos. A imprevisibilidade dessa resposta representa um dos principais desafios clínicos enfrentados pelo cirurgião-dentista.

Estudos indicam que pacientes com neuropatias periféricas podem apresentar tanto resistência quanto maior sensibilidade aos anestésicos locais, o que exige ajustes na técnica, na dose e na seleção do agente anestésico (BRULL et al., 2007; LILLIS et al., 2023). A fase clínica em que o paciente se encontra — progressão aguda, plateau ou recuperação — é fator determinante na decisão terapêutica: procedimentos eletivos durante a fase aguda devem ser postergados, restringindo-se o atendimento odontológico a intervenções de emergência (HIGGINS et al., 2025).

Além disso, a possibilidade de complicações neurológicas e autonômicas pós-procedimento, ainda que raras, reforça a necessidade de cautela na prática clínica. Higgins et al. (2025) demonstraram que, nos primeiros seis meses após o início agudo da SGB, 61% dos pacientes submetidos a procedimentos endoscópicos necessitaram de anestesia geral com intubação endotraqueal, evidenciando a maior vulnerabilidade clínica desse período.

Dessa forma, o manejo anestésico requer abordagem individualizada, articulada com o neurologista assistente e fundamentada em protocolos de redução de risco.

2.10 Desafios clínicos no atendimento odontológico

Os principais desafios clínicos enfrentados pelo cirurgião-dentista no atendimento de pacientes com SGB incluem:

- a) variabilidade da resposta anestésica, em razão da desmielinização e do dano axonal pré-existente (LILLIS et al., 2023; BRULL et al., 2007);
- b) risco de instabilidade autonômica, com possibilidade de respostas cardiovasculares exacerbadas frente ao estresse do procedimento e ao uso de vasoconstritores (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016);
- c) limitação funcional do paciente, decorrente da fraqueza muscular, disfagia e comprometimento dos reflexos protetores das vias aéreas (YUKI; HARTUNG, 2012);
- d) risco — embora raro — de o próprio procedimento atuar como gatilho para nova manifestação ou recidiva da SGB (LI; ZHANG, 2024);
- e) ausência de protocolos clínicos específicos consolidados para a prática odontológica nessa população (LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018; HIGGINS et al., 2025).

A literatura destaca a importância de uma abordagem individualizada e interdisciplinar para enfrentar esses desafios, com avaliação criteriosa do paciente e planejamento detalhado de cada procedimento.

2.11 Monitoramento clínico e segurança do paciente

O monitoramento contínuo dos sinais vitais durante o atendimento odontológico é essencial em pacientes com SGB, em razão do risco elevado de alterações cardiovasculares decorrentes da disautonomia e da resposta exacerbada a vasoconstritores (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

Recomenda-se o acompanhamento sistemático da pressão arterial, da frequência cardíaca, da saturação de oxigênio por oximetria de pulso e do nível de consciência durante todo o procedimento. Em pacientes com histórico de comprometimento respiratório, a avaliação da função pulmonar pré-operatória e a

disponibilidade de suporte ventilatório no consultório são medidas adicionais recomendadas (LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018).

A experiência clínica acumulada em centros de referência demonstra que, com monitoração adequada, mesmo procedimentos em pacientes recém-recuperados podem ser conduzidos sem complicações significativas, desde que se respeite a estratificação por fase clínica e se mantenha comunicação contínua com a equipe multidisciplinar (HIGGINS et al., 2025).

A observação no período pós-operatório imediato — idealmente por 30 minutos antes da alta — também é recomendada, permitindo a identificação precoce de alterações autonômicas ou neurológicas que possam ter sido desencadeadas pelo procedimento.

2.12 Abordagem multidisciplinar

A interação entre o cirurgião-dentista, o neurologista assistente, o anesthesiologista e demais profissionais de saúde envolvidos no cuidado é elemento central no manejo seguro de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré (LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018).

A avaliação neurológica pré-operatória atualizada, idealmente com aplicação da Escala MRC (Medical Research Council) para mensuração da força muscular, fornece subsídios objetivos para a tomada de decisão sobre a viabilidade e o momento adequado do atendimento odontológico. A comunicação direta com o neurologista é especialmente importante para definir a fase clínica em que o paciente se encontra e identificar a presença de disautonomia ativa, principal preditor de risco anestésico (HIGGINS et al., 2025).

Em casos de procedimentos invasivos — como exodontias múltiplas, implantes, levantamentos de seio maxilar e cirurgias periodontais —, o planejamento conjunto com o anesthesiologista pode ser indicado, especialmente quando há necessidade de sedação consciente ou anestesia geral. Estudo da Mayo Clinic com 309 pacientes demonstrou que, em fase aguda ou nos seis meses subsequentes, a maioria dos procedimentos eletivos exigiu equipe anesthesiológica especializada (HIGGINS et al., 2025).

Essa abordagem integrada permite a melhor estratificação de risco, o planejamento individualizado do tratamento e a definição de protocolos de emergência específicos para cada paciente.

2.13 Estratégias para redução de riscos

A redução de riscos no atendimento odontológico a pacientes com SGB fundamenta-se em estratégias organizadas por fase do procedimento.

No período pré-operatório, recomenda-se:

a) avaliação neurológica atualizada com o neurologista assistente, incluindo identificação da fase clínica da doença e da presença de disautonomia (HIGGINS et al., 2025);

b) avaliação cardiovascular com eletrocardiograma quando houver histórico de instabilidade autonômica (LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018);

c) protocolo de redução do estresse, com pré-medicação ansiolítica oral utilizada com cautela em pacientes com comprometimento respiratório (MALAMED, 2019);

d) agendamento de sessões curtas, preferencialmente pelo período da manhã, para minimizar a fadiga.

Durante o procedimento, são indicados:

a) preferência pelas técnicas infiltrativas em detrimento dos bloqueios regionais em áreas neurologicamente comprometidas (LILLIS et al., 2023; BRULL et al., 2007);

b) utilização criteriosa de vasoconstritores, com limitação da epinefrina à concentração de 1:200.000, injeção lenta e aspiração prévia obrigatória (MALAMED, 2019);

c) posicionamento semi-reclinado a 45 graus para reduzir o risco de aspiração em pacientes com disfagia (YUKI; HARTUNG, 2012);

d) monitoração contínua de oximetria de pulso, pressão arterial e frequência cardíaca (LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018);

e) disponibilidade de kit de emergência com atropina para bradicardia e material para suporte ventilatório.

No pós-operatório, recomenda-se observação por pelo menos 30 minutos antes da alta, prescrição cautelosa de analgésicos — evitando-se depressores do sistema nervoso central —, orientação ao acompanhante sobre sinais de alerta para instabilidade autonômica e comunicação com o neurologista sobre quaisquer intercorrências observadas.

2.14 Recomendações clínicas finais

O manejo anestésico-odontológico em pacientes com Síndrome de Guillain-Barré deve ser individualizado, baseado em evidências e centrado na segurança do paciente. A síntese da literatura permite delinear as seguintes recomendações finais:

a) considerar sempre a fase clínica da doença antes da indicação de qualquer procedimento eletivo, postergando-os durante a fase aguda e os primeiros seis meses após o início (HIGGINS et al., 2025; LI; ZHANG, 2024);

b) realizar avaliação neurológica e cardiovascular pré-operatória, em comunicação direta com o neurologista assistente (LITTLE; MILLER; RHODUS, 2018);

c) preferir técnicas anestésicas infiltrativas em áreas neurologicamente comprometidas, evitando bloqueios regionais sempre que possível (LILLIS et al., 2023; BRULL et al., 2007);

d) utilizar anestésicos do grupo amida com cautela quanto ao vasoconstritor, optando por concentrações reduzidas (1:200.000) ou alternativas como mepivacaína a 3% e prilocaína simples em casos selecionados (MALAMED, 2019);

e) manter monitoração contínua dos sinais vitais durante todo o procedimento e nos minutos subsequentes (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016);

f) adotar abordagem multidisciplinar, especialmente em procedimentos invasivos, com participação de neurologista, anestesiológico e clínico geral quando indicado.

A compreensão integrada da doença e de suas implicações permite ao cirurgião-dentista atuar de forma segura, reduzindo riscos perioperatórios e contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos. Apesar dos avanços recentes,

permanece evidente a necessidade de estudos clínicos específicos e da elaboração de diretrizes consensuais entre as especialidades envolvidas, capazes de orientar de forma mais robusta a prática odontológica nessa população vulnerável.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa, do tipo revisão de literatura narrativa com caráter descritivo e exploratório, com foco em reunir, analisar e discutir evidências científicas acerca do manejo anestésico-odontológico em pacientes portadores da Síndrome de Guillain-Barré.

A área de estudo compreende a interface entre a Odontologia e a Neurologia, com ênfase na anestesiologia odontológica aplicada a pacientes sistemicamente comprometidos. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não há definição de população no sentido clássico; entretanto, o foco recai sobre pacientes diagnosticados com Síndrome de Guillain-Barré descritos em estudos clínicos, revisões sistemáticas e diretrizes da literatura científica.

A amostragem foi realizada de forma não probabilística, por conveniência, sendo constituída por artigos científicos publicados em bases de dados reconhecidas, tais como PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/BIREME, com buscas complementares no Google Scholar e periódicos de alto impacto nas áreas médica e odontológica. Foram incluídos estudos publicados preferencialmente nos últimos 10 anos, além de referências clássicas consideradas fundamentais para a compreensão do tema. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos que abordassem a fisiopatologia da SGB, técnicas anestésicas odontológicas, materiais anestésicos e implicações clínicas da doença no contexto odontológico. Foram excluídos estudos duplicados, artigos com acesso restrito ao texto completo e aqueles que não apresentavam relação direta com o tema proposto.

A coleta de dados foi realizada por meio de busca sistematizada utilizando descritores em português e inglês, tais como: “Síndrome de Guillain-Barré”, “Guillain-Barré Syndrome”, “anestesia odontológica”, “dental anesthesia”, “neuropatia

periférica” e “local anesthetics”, combinados com operadores booleanos (AND, OR). Após a seleção dos estudos, procedeu-se à leitura crítica dos títulos, resumos e textos completos, com posterior extração das informações relevantes para a construção do referencial teórico.

A categorização temática e análise dos dados foram realizadas de forma qualitativa, por meio da organização temática das informações, permitindo a identificação de padrões, convergências e divergências entre os estudos analisados. A discussão dos resultados foi conduzida com base na comparação crítica entre diferentes autores, buscando evidenciar consensos e lacunas na literatura.

Como limitações do estudo, destacam-se a escassez de pesquisas específicas que abordem diretamente o manejo anestésico-odontológico em pacientes com Síndrome de Guillain-Barré, bem como a heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis, o que pode dificultar a generalização dos achados. Além disso, por tratar-se de uma revisão de literatura, os resultados dependem da qualidade e disponibilidade das evidências existentes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos estudos analisados

A busca nas bases de dados resultou na identificação inicial de aproximadamente 60 estudos potencialmente elegíveis. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a remoção de duplicatas e a leitura crítica dos textos completos, 12 estudos foram incluídos na análise final. A distribuição metodológica revelou predomínio de revisões narrativas e sistemáticas (n=8), seguidas por dois livros-texto de referência, um relato de caso e um estudo retrospectivo de série de casos. A análise temporal das publicações evidencia concentração de produção científica relevante nas duas últimas décadas, com referências clássicas que consolidaram a compreensão da Síndrome de Guillain-Barré (SGB) — como Hughes e Cornblath (2005), Yuki e Hartung (2012) e Willison, Jacobs e Van Doorn (2016) — e contribuições recentes que trouxeram evidências específicas para a prática clínica,

como Lillis et al. (2023), Li e Zhang (2024) e Higgins et al. (2025). A maior parte das publicações está localizada na área médica, especialmente em neurologia e anestesiologia, havendo escassez significativa de trabalhos voltados diretamente à interface entre a SGB e a prática odontológica. Esse achado reforça a lacuna científica no campo do manejo anestésico-odontológico desses pacientes e justifica a necessidade da presente revisão. A Tabela 1 sintetiza os estudos analisados, seus objetivos, principais achados e implicações para a Odontologia.

Tabela 1 – Síntese dos estudos sobre Síndrome de Guillain-Barré e implicações para o manejo anestésico-odontológico

Autor/Ano	Tipo de estudo	Objetivo	Principais achados	Implicações para a Odontologia
HUGHES; CORNBLA TH (2005)	Revisão narrativa	Caracterizar a SGB clinicamente	Polirradiculoneuropatia autoimune; fases clínicas; comprometimento neuromuscular	Importância da fase clínica na decisão terapêutica
MCGROGAN et al. (2009)	Revisão sistemática	Analisar epidemiologia mundial da SGB	Incidência de 0,8-1,9 casos/100.000 habitantes/ano	Estimativa de prevalência na população atendida
SEJVAR et al. (2011)	Revisão sistemática e meta-análise	Determinar incidência populacional da SGB	Dados consolidados de incidência; predomínio masculino e distribuição bimodal	Dimensionamento do problema clínico
YUKI; HARTUNG (2012)	Revisão narrativa	Descrever mecanismos imunológicos da SGB	Mimetismo molecular; autoanticorpos contra gangliosídeos; desmielinização	Alteração potencial na resposta aos anestésicos locais

BECKER; REED (2012)	Revisão narrativa	Discutir considerações farmacológicas dos anestésicos locais	Mecanismo de bloqueio dos canais de sódio; perfil de toxicidade	Subsídio para escolha racional do anestésico
WILLISON ; JACOBS; VAN DOORN (2016)	Revisão narrativa	Sintetizar o conhecimento atual sobre SGB	Fisiopatologia, manifestações clínicas, disautonomia (65%- 70%) e tratamento	Risco de instabilidade hemodinâmica durante anestesia
BRULL et al. (2007)	Revisão narrativa	Estimar riscos neurológicos da anestesia regional	Lesão nervosa multifatorial: trauma mecânico, neurotoxicidade e fatores individuais	Atenção redobrada em pacientes com neuropatias
LITTLE; MILLER; RHODUS (2018)	Livro-texto	Orientar o manejo de pacientes sistemicamente comprometidos	Protocolos de avaliação, monitoração e adaptação clínica	Diretrizes para atendimento ambulatorial seguro
MALAMED (2019)	Livro-texto	Sistematizar a farmacologia da anestesia local em odontologia	Técnicas anestésicas; fármacos; uso de vasoconstritores	Referência técnica para escolha de técnica e material
LILLIS et al. (2023)	Relato de caso	Descrever complicação anestésica em paciente com SGB	Parestesia mentoniana e lingual por 5 meses após anestesia infiltrativa para implante	Risco real de complicação neurossensorial; preferência por técnicas infiltrativas

LI; ZHANG (2024)	Revisão sistemática	Analisar SGB pós-cirúrgica	34 casos analisados; evolução mais rápida e grave que a SGB clássica	Risco do procedimento como gatilho; necessidade de avaliação pré- operatória
HIGGINS et al. (2025)	Estudo retrospecti- vo de série de casos	Avaliar complicações anestésicas em pacientes com SGB	309 pacientes; 537 procedimentos; sem complicações graves; 61% intubação nos primeiros 6 meses	Viabilidade do atendimento em fase de remissão com monitoração adequada

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

4.2 Implicações da fisiopatologia da SGB na resposta anestésica

A fisiopatologia da SGB envolve mecanismo imunomediado de desmielinização dos nervos periféricos, decorrente de mimetismo molecular entre antígenos infecciosos e gangliosídeos da membrana axonal (YUKI; HARTUNG, 2012; HUGHES; CORNBATH, 2005). Essa alteração estrutural compromete a condução saltatória do impulso nervoso e pode, conseqüentemente, modificar a resposta do organismo aos anestésicos locais, cujo mecanismo de ação depende diretamente da integridade dos canais de sódio voltagem-dependentes (MALAMED, 2019; BECKER; REED, 2012). A literatura evidencia que pacientes com neuropatias preexistentes podem apresentar respostas anestésicas imprevisíveis, oscilando entre bloqueio prolongado e eficácia reduzida (BRULL et al., 2007). Essa imprevisibilidade foi documentada empiricamente no relato de Lillis et al. (2023), que descreveram parestesia prolongada dos nervos mentoniano e lingual em paciente com SGB submetido a anestesia infiltrativa para colocação de implante mandibular posterior, com duração de cinco meses até a resolução espontânea. Trata-se do primeiro relato dessa complicação após anestesia local odontológica na população com SGB e representa marco importante para a tomada de decisão clínica. Convergem nesse ponto duas linhas de evidência: a base fisiopatológica descrita por Yuki e Hartung (2012) — que aponta o comprometimento da condução saltatória — e a observação clínica de Brull et al. (2007), que

documentou maior suscetibilidade de nervos previamente lesionados à neurotoxicidade dos anestésicos locais. A integração desses achados sustenta a hipótese de que a SGB representa fator de risco para complicações neurosensoriais pós-procedimento, mesmo em pacientes clinicamente estáveis e em fase de recuperação.

4.3 Riscos associados às técnicas anestésicas e escolha clínica

A literatura analisada converge quanto ao risco aumentado de lesão neural em pacientes com neuropatias preexistentes submetidos a técnicas anestésicas, especialmente bloqueios regionais profundos (BRULL et al., 2007; LILLIS et al., 2023). Esse risco se justifica pela hipótese de que nervos previamente desmielinizados apresentam limiar reduzido para nova lesão, podendo ser agravados por trauma mecânico da agulha ou neurotoxicidade da solução anestésica. Entretanto, não há consenso absoluto quanto à contraindicação dessas técnicas. O estudo retrospectivo da Mayo Clinic conduzido por Higgins et al. (2025), com 309 pacientes portadores de SGB submetidos a 537 procedimentos endoscópicos, demonstrou que, em fase de recuperação ou remissão, técnicas anestésicas podem ser realizadas com segurança, desde que haja monitoração adequada e estratificação por fase clínica. Esse achado, ainda que oriundo do contexto endoscópico, é extrapolável ao odontológico no tocante à viabilidade do atendimento em pacientes estáveis. A análise comparativa entre os estudos sugere uma estratificação clínica clara: durante a fase aguda e nos primeiros seis meses após o início da SGB, procedimentos eletivos devem ser postergados, conforme indicado pelo dado de que 61% dos pacientes nesse período necessitaram de anestesia geral com intubação endotraqueal (HIGGINS et al., 2025). Já em fase de remissão consolidada, as evidências apontam viabilidade do atendimento ambulatorial, com preferência pelas técnicas infiltrativas em áreas neurologicamente comprometidas (LILLIS et al., 2023; MALAMED, 2019). Os mecanismos de lesão neural associados às técnicas odontológicas — trauma direto da agulha, hematoma compressivo e neurotoxicidade da solução — são igualmente relevantes na população com SGB e reforçam a necessidade de cautela técnica, especialmente em bloqueios do nervo alveolar inferior e em técnicas que envolvem injeções de alto volume.

4.4 Influência dos materiais anestésicos e dos vasoconstritores

Os estudos analisados convergem ao indicar que os anestésicos do grupo das amidas — lidocaína, articaína, mepivacaína, prilocaína e bupivacaína — são os mais indicados na prática odontológica em razão de seu perfil farmacológico mais seguro e previsível, do metabolismo hepático e da menor incidência de reações alérgicas (MALAMED, 2019; BECKER; REED, 2012; HERSH; LINDENMUTH; TRIVEDI, 2020). Em pacientes com SGB, a escolha do anestésico deve considerar o possível comprometimento neurológico e autonômico. O uso de vasoconstritores adrenérgicos representa o principal ponto de controvérsia identificado na literatura. Malamed (2019) e Little, Miller e Rhodus (2018) recomendam o uso criterioso da epinefrina, preferencialmente em concentrações de 1:200.000, em razão da possibilidade de respostas cardiovasculares exacerbadas decorrentes da disfunção autonômica característica da síndrome — presente em 65% a 70% dos casos (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016). Para pacientes com instabilidade cardiovascular documentada, a literatura aponta alternativas como a mepivacaína a 3% ou a prilocaína simples, ainda que com duração de ação reduzida (MALAMED, 2019). A felipressina, vasoconstritor de ação não adrenérgica, pode ser considerada em casos selecionados, embora estudos específicos em pacientes com SGB ainda sejam necessários. Cabe destacar que concentrações mais elevadas de certos anestésicos, como articaína a 4%, têm sido associadas, na literatura geral, a maior risco de parestesias em bloqueios do nervo alveolar inferior e do nervo lingual (HERSH; LINDENMUTH; TRIVEDI, 2020; BRULL et al., 2007). Essa observação ganha relevância adicional em pacientes com SGB, dado o maior risco basal de complicações neurossensoriais documentado por Lillis et al. (2023).

4.5 Alterações sistêmicas e procedimento como possível gatilho da SGB

Além das implicações neurológicas locais, a SGB cursa com alterações sistêmicas que demandam atenção do cirurgião-dentista. A disfunção autonômica configura risco cardiovascular significativo durante procedimentos odontológicos, enquanto a fraqueza muscular e a disfagia, decorrente do acometimento dos nervos

glossofaríngeo e vago, ampliam o risco de aspiração em posição supina (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016; YUKI; HARTUNG, 2012). Aspecto particularmente relevante e ainda pouco explorado na literatura odontológica refere-se à possibilidade — embora rara — de que procedimentos cirúrgicos e anestésicos atuem como gatilhos para o desenvolvimento ou recidiva da SGB. A revisão sistemática de Li e Zhang (2024), com análise de 34 casos publicados entre 2002 e 2022, identificou que a SGB pós-cirúrgica tende a evoluir de forma mais rápida e grave do que as formas clássicas, com maior frequência de comprometimento respiratório. Embora o estudo tenha focado predominantemente em cirurgias de maior porte, esse achado ressalta a relevância da avaliação pré-operatória criteriosa e da vigilância clínica pós-procedimento, mesmo em intervenções odontológicas ambulatoriais. A integração desses dados com a evidência clínica de Higgins et al. (2025) reforça duas recomendações práticas centrais: a estratificação do paciente pela fase clínica da doença e a manutenção de monitoração contínua dos sinais vitais durante todo o atendimento. Essas medidas permitem mitigar tanto o risco de instabilidade cardiovascular quanto o de identificação tardia de eventual recidiva ou agravamento neurológico.

4.6 Síntese crítica dos resultados e lacunas na literatura

A análise integrada dos 12 estudos selecionados permite delinear três conclusões principais. Primeiramente, existe consenso na literatura quanto à fisiopatologia da SGB e seus mecanismos imunomediados de desmielinização, consolidados por Yuki e Hartung (2012), Hughes e Cornblath (2005) e Willison, Jacobs e Van Doorn (2016). Esse conhecimento fornece base teórica robusta para compreender as particularidades da resposta anestésica nessa população. Em segundo lugar, há evidências convergentes — embora ainda escassas no campo odontológico — de que pacientes com SGB apresentam maior suscetibilidade a complicações neurossensoriais e cardiovasculares após procedimentos anestésicos. Os relatos de Lillis et al. (2023) e os achados de Higgins et al. (2025) oferecem evidências clínicas concretas que sustentam a necessidade de adaptações na prática odontológica, mesmo em pacientes em remissão. Em terceiro lugar, identifica-se

importante lacuna na literatura quanto à existência de protocolos clínicos específicos para o atendimento odontológico de pacientes com SGB. A maior parte do conhecimento disponível resulta de extrapolações da anestesiologia geral, da medicina interna e de relatos clínicos isolados, sem diretrizes consensuais que integrem as três áreas envolvidas: neurologia, anestesiologia e odontologia. A revisão de Li e Zhang (2024) e o estudo da Mayo Clinic conduzido por Higgins et al. (2025) representam contribuições recentes e relevantes nessa direção, mas permanece evidente a necessidade de estudos multicêntricos, com amostras representativas, e da elaboração de diretrizes clínicas específicas para a prática odontológica. A análise comparativa dos estudos (Tabela 1) evidencia que, embora existam conhecimentos consolidados sobre a SGB e sobre a anestesia odontológica isoladamente, persiste uma lacuna significativa na integração dessas áreas. Essa observação justifica o presente trabalho e aponta direções claras para pesquisas futuras: o desenvolvimento de escalas de risco específicas para procedimentos odontológicos em pacientes com neuropatias periféricas, o estudo farmacocinético dos anestésicos locais em nervos desmielinizados e a construção de protocolos consensuais entre as especialidades envolvidas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou compreender, de forma integrada, as implicações da Síndrome de Guillain-Barré no contexto do manejo anestésico-odontológico, evidenciando que as alterações neurológicas e autonômicas características da doença exercem influência direta sobre a prática clínica do cirurgião-dentista. A análise da literatura demonstrou que a desmielinização dos nervos periféricos e o possível comprometimento de nervos cranianos podem interferir na resposta aos anestésicos locais, tornando-a, muitas vezes, imprevisível.

Nesse sentido, verificou-se que, embora os princípios da anestesia odontológica sejam bem estabelecidos, sua aplicação em pacientes com SGB exige adaptações e maior cautela. A ausência de protocolos clínicos específicos na literatura reforça a necessidade de uma abordagem individualizada, baseada na avaliação

criteriosa do estado geral do paciente, no conhecimento da fase da doença e na escolha adequada das técnicas e dos agentes anestésicos.

Os resultados também evidenciaram que fatores como a disfunção autonômica e o risco de complicações neurológicas demandam monitoramento clínico rigoroso durante os procedimentos odontológicos. Dessa forma, o manejo seguro desses pacientes não depende apenas da técnica anestésica, mas de uma visão ampliada e interdisciplinar do cuidado em saúde.

Como contribuição para a área, este estudo reforça a importância da integração entre os conhecimentos da Odontologia e da Medicina, especialmente da Neurologia, na condução de atendimentos a pacientes sistemicamente comprometidos. Além disso, destaca a necessidade de maior produção científica voltada especificamente para o manejo odontológico da Síndrome de Guillain-Barré, a fim de subsidiar práticas clínicas baseadas em evidências mais robustas.

Diante disso, recomenda-se que o cirurgião-dentista adote uma conduta pautada na individualização do atendimento, no uso criterioso de anestésicos locais e vasoconstritores, na escolha de técnicas menos invasivas quando possível e no monitoramento contínuo dos sinais vitais. Sugere-se, ainda, o fortalecimento da abordagem multidisciplinar, com comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente. Estudos recentes — como o relato clínico de Lillis et al. (2023), a série de casos da Mayo Clinic conduzida por Higgins et al. (2025) e a revisão sistemática de Li e Zhang (2024) — começam a oferecer evidências mais concretas, mas permanece evidente a necessidade de pesquisas multicêntricas específicas para a prática odontológica.

Por fim, conclui-se que o manejo anestésico-odontológico em pacientes com Síndrome de Guillain-Barré representa um desafio clínico relevante, que exige preparo técnico, conhecimento científico e sensibilidade profissional. A incorporação desses elementos à prática clínica contribui para a promoção de um atendimento mais seguro, humanizado e eficaz, alinhado aos princípios da formação em Odontologia e às demandas contemporâneas da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

BECKER, Daniel e.; REED, Kenneth L. Local anesthetics: review of pharmacological considerations. **Anesthesia Progress**, Chicago, v. 59, n. 2, p. 90-101, 2012.

American Dental Society of Anesthesiology (ADSA)

BRULL, R.; MCCARTNEY, C. J. L.; CHAN, V. W. S.; EL-BEHEIRY, H. Neurological complications after regional anesthesia: contemporary estimates of risk. **Anesthesia & Analgesia**, Philadelphia, v. 104, n. 4, p. 965-974, 2007.

HERSH, E. V.; LINDENMUTH, J. E.; TRIVEDI, M. Pharmacology of local anesthetics used in dentistry. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 64, n. 2, p. 233-245, 2020.

HIGGINS, T. J.; CURETON, K. D.; JACOB, A. K.; KANE, S. V.; KLEIN, C. J.; CHEN, J. Anesthesia experience for Guillain-Barre syndrome in endoscopy procedures: a retrospective case series. **Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes**, [s. l.], 2025.

HUGHES, R. A. C.; CORNBATH, D. R. Guillain-Barré syndrome. **The Lancet**, London, v. 366, n. 9497, p. 1653-1666, 2005.

LI, X.; ZHANG, C. Guillain-Barré syndrome after surgery: a literature review. **Frontiers in Neurology**, Lausanne, v. 15, p. 1368706, 2024.

LILLIS, T.; BOTSIS, C.; FOTOPOULOS, I.; DABARAKIS, N. Mental and lingual nerve paresthesia following infiltration anesthesia for dental implant placement in a patient with Guillain-Barré syndrome. **Journal of Oral Implantology**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 389-392, 2023.

LITTLE, J. W.; MILLER, C. S.; RHODUS, N. L. Little and Falace's dental management of the medically compromised patient. **9. ed. St. Louis:** Elsevier, 2018.

MALAMED, S. F. Handbook of local anesthesia. **7. ed. St. Louis:** Elsevier, 2019.

MCGROGAN, A.; MADLE, G. C.; SEAMAN, H. E.; DE VRIES, C. S. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide: a systematic literature review. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 32, n. 2, p. 150-163, 2009.

SEJVAR, J. J.; BAUGHMAN, A. L.; WISE, M.; MORGAN, O. W. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 36, n. 2, p. 123-133, 2011.

WILLISON, H. J.; JACOBS, B. C.; VAN DOORN, P. A. Guillain-Barré syndrome. **The Lancet**, London, v. 388, n. 10045, p. 717-727, 2016.

YUKI, N.; HARTUNG, H. P. Guillain-Barré syndrome. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 366, n. 24, p. 2294-2304, 2012.