

Caso Clínico

Prof. Dr. José Luiz de Sá Cavalcanti¹

ID: AAS, 67 anos, brasileira, natural do Espírito Santo, Professora aposentada, moradora em Niterói.

Queixa principal: Tontura e distúrbio da marcha

HDA: Paciente vem à consulta desacompanhada, relatando que há cerca de 3 meses apresentou de modo súbito pela manhã após levantar um intenso episódio vertiginoso, durante o qual o meio ambiente rodava em torno de si, não sabendo, se da esquerda para a direita ou ao contrário, tendo que ser amparada para não cair. Sentiu-se nauseada na ocasião e vomitou uma vez. Ficou deitada procurando não mover a cabeça, pois qualquer mudança desencadeava a vertigem.

Nessa ocasião, o clínico chamado para consulta em residência verificou que sua pressão arterial se elevara um pouco, que seus sinais vitais estavam mantidos e que as manifestações eram devidas a possível “labirintite”.

Foi medicada com Dimenidrinato 50mg + Piridoxina 10mg para serem tomados 4 vezes ao dia, além de Cinarizina 75mg para ser tomada 1 vez por dia e solicitou alguns exames complementares.

Melhorou com repouso em poucos dias, mas ao levantar se mostrava insegura para andar e tinha medo de cair, ou de sentir novamente a vertigem. Com o passar do tempo e melhora dos sintomas iniciais, verificou que estava andando de maneira diferente, não controlando bem os passos, com tendência a cair para à esquerda. Percebeu ainda que, apesar de destra, seus movimentos com a mão esquerda estavam diferentes. Não vem melhorando desses sintomas e foi orientada a buscar uma consulta com o neurologista.

AP: Relata saúde geral boa, apresentado reações reumáticas alteradas há 25 anos e alterações no lipidograma há cerca de 15 anos. Vem em uso atual de Bissulfato de Clopidogrel 75mg e Bezafibrato 200mg por orientação do clínico.

Não refere ser diabética ou com hipertensão arterial.

AF: Tem 2 filhos saudáveis, de partos normais. Pai falecido aos 65 anos de IAM e mãe aos 86 anos de câncer no intestino. Não há referências a doenças familiares ou episódios semelhantes ao seu.

HS: Mora com o marido em apartamento próprio, ele militar aposentado e ambos têm situação financeira e familiar estável.

Exame clínico geral:

Bom estado geral. P: 58kg, H: 154cm, pulso radial: 90/min, PA deitada: 140x85. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome flácido, indolor à palpação. Pulsos periféricos carotídeos, radiais, femorais e pediosos palpáveis e simétricos. Articulações dos joelhos dolorosas à mobilização, e dores à elevação completa de ambos os braços.

Exame específico neurológico:

¹ Membro Titular Emérito da Academia Brasileira de Neurologia e Professor de Neurologia da Escola de Medicina Souza Marques.

Paciente lúcida e orientada no tempo, espaço e meio ambiente. Não mostra alterações da linguagem. Olfacção normal. Acuidade visual preservada, usando óculos. Motilidade ocular (IIIº, IVº, VIº) normal. Sensibilidade e motilidade da face (Vº, VIIº) normais. VIIIº discreta hipoacusia bilateral aos sons mais altos. Motilidade e sensibilidade faríngea, laríngea e lingual normais. Sinal de Romberg ausente. Marcha instável, com tendência ao desvio para esquerda. Força conservada nos 4 membros. Leve hipotonia nos membros esquerdos, mais evidente no membro inferior. Dismetria às provas dedo x nariz e calcanhar x joelho à esquerda. Reflexos abdominais inaparentes, plantares em flexão. Reflexos profundos com bicipital, tricipital e patelar diminuídos à esquerda e os demais normais. Exame da sensibilidade tátil, térmica e álgica normais. Sensibilidade vibratória e noção das posições segmentares normais.

Diagnóstico sindrômico:

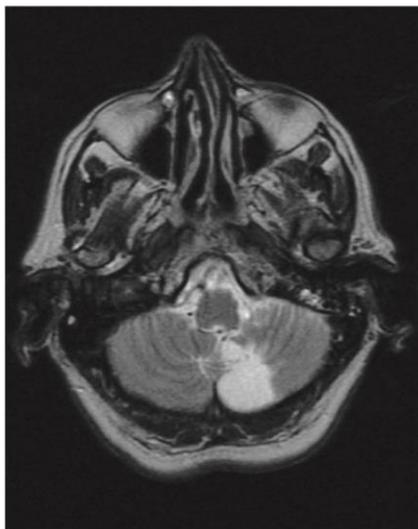
Síndrome vestibular aguda seguida de manifestações da coordenação motora.

Diagnóstico topográfico:

Os sinais atuais são sugestivos de comprometimento cerebelar à esquerda.

Diagnóstico nosológico:

Pela idade da paciente, história prévia de risco vascular (Colesterol e exames reumáticos positivos) e o surgimento agudo do quadro sugerem a etiologia vascular. Tem indicação de neuroimagem.



*Fig. 1: RM ponderada em T2 com contraste.
Corte transversal onde se observa a extensão da lesão.*

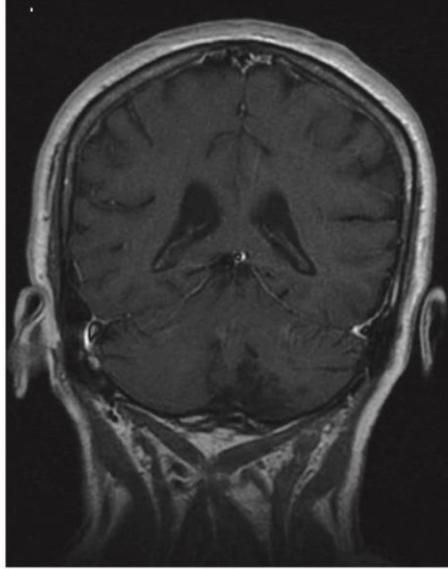


Fig. 2: RM ponderada em T1 corte coronal. Se observa a extensão da lesão.