

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Oyee.

SÍNDROME DE WALLEBERG - APRESENTAÇÃO DE
DOIS CASOS.

EMIR DACORÉGIO

JOÃO CARLOS VANIM DE MORAES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

SÍNDROME DE WALLEBERG - APRESENTAÇÃO DE
DOIS CASOS.

EMIR DACORÉGIO

JOÃO CARLOS VANIM DE MORAES

RESUMO

Os autores relataram dois casos de Síndrome de Wal - lenberg, diagnosticados em Lages - SC. Os aspectos clínicos e radiológicos observados correspondem aqueles previamente descritos. Um dos casos apresentou-se com quadro clínico completo, caracterizando a síndrome. O plano terapêutico constituiu-se de sintomáticos e vasodilatadores, havendo regressão total dos quadros clínicos. São tecidas considerações breves a respeito dos achados clínicos e do diagnóstico diferencial.

INTRODUÇÃO

Síndrome descrita em 1895 por Wallenberg, (6) através de um conjunto sintomático, que seis anos mais tarde, foi comprovado por verificações anatomo-patológicas do próprio caso, como obstrução da artéria cerebelosa postero-inferior (A.C.P.I.) que irriga o território vascular lateral do bulbo, valendo-se do trabalho de Duret, que distinguia no bulbo, dois territórios vasculares, um medial irrigado pela artéria espinhal anterior e outro lateral, dependente da A.C.P.I.(6).

O território bulbar comprometido nos casos de síndrome de Wallenberg, embora anatomicamente de dimensões exíguas, engloba as estruturas concernentes a sintomas funcionais diversos, donde a riqueza e complexidade das desordens que compõem a síndrome. (3) Figura - 1.

As Manifestações iniciais caracterizam-se por vertigens, vômitos, soluços, disfagia, dismetria, ataxia, dor ou adormecimento do tronco e membros do lado oposto a lesão. Ocasionalmente o doente refere diplopia. (5) Ao exame do doente, quando a síndrome se apresenta completa, observamos:

- a) Incoordenação de movimentos na metade do corpo situado do lado lesado (lesão do pedúnculo cerebelar inferior).
- b) Perda da sensibilidade térmica e dolorosa na metade da face situada do lado da lesão (lesão do tracto espinhal

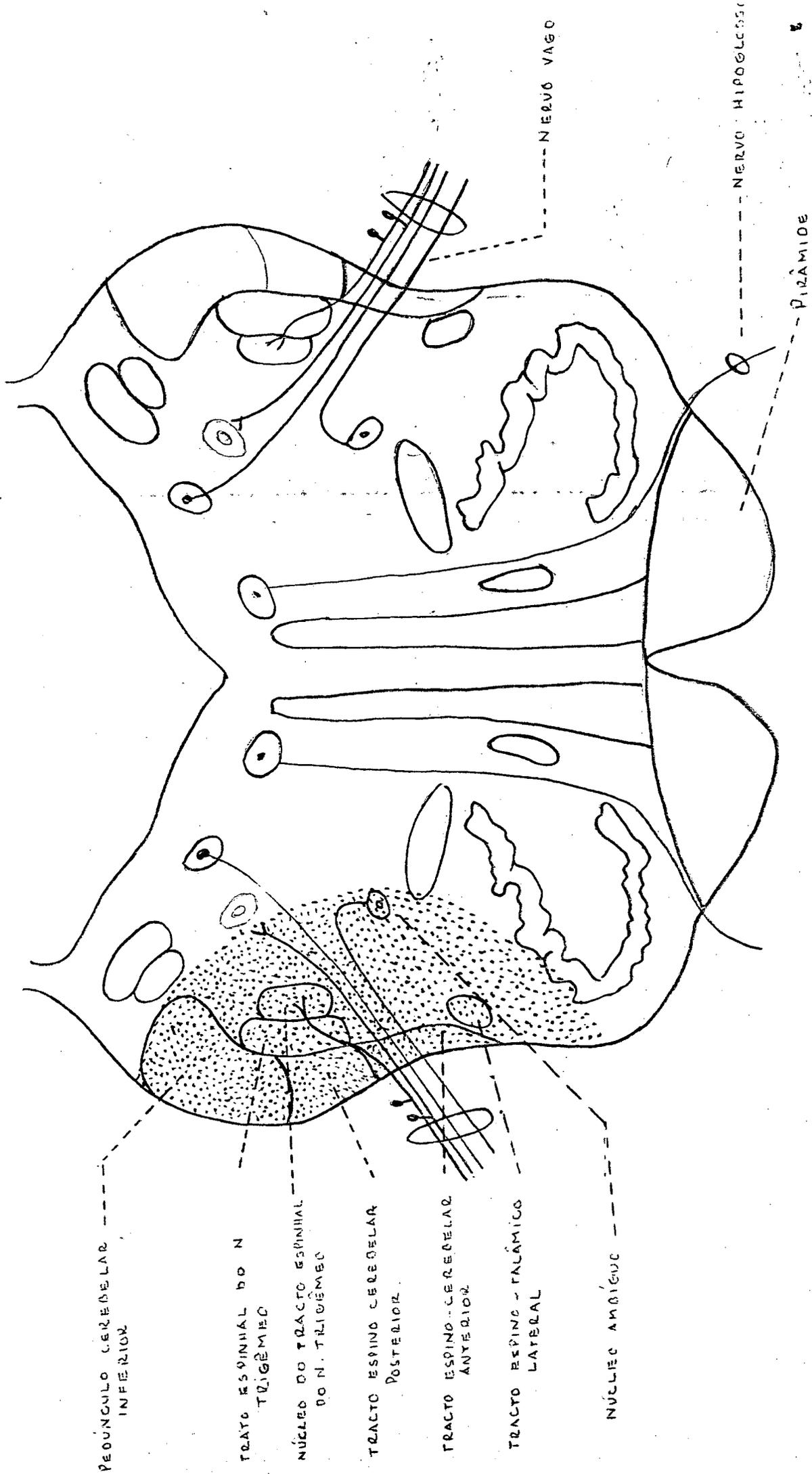


FIGURA 1 : Esquema de uma secção transversal do bulbo mostrando no lado esquerdo as estruturas comprometidas na síndrome de Wallenberg. Segundo Angelo Machado - Neuroanatomia funcional

do trigêmeo e seu núcleo).

c) Perda da sensibilidade térmica e dolorosa, na metade do corpo situado do lado oposto ao da lesão (lesão do tracto espino-talâmico lateral).

d) Perturbações da deglutição e da fonação por paralisia dos músculos da faringe e da laringe. (lesão do núcleo ambíguo).

e) Síndrome de Claude Bernard - Horner (por lesão das vias descendentes, que do hipotálamo dirigem-se aos neurônios pré - ganglionares, relacionados com a inervação da pupila. (3)

f) Podem aparecer, sensação vertiginosa e nistagmo (por desordens vestibulares). (2)

O quadro clínico, de instalação geralmente súbita, costuma ocorrer após os 40 anos de idade. (5) A principal etiologia da síndrome, é a trombose da artéria vertebral ou da artéria cerebelar postero-inferior, por aterosclerose ou arterite luética; a oclusão embólica, tumor, hemorragia e traumatismo, embora mais raros, também podem determinar quadro clínico semelhante. (5, 1, 6)

Este estudo visa apresentar 2 casos de Síndrome de Wallenberg de quadro clínico característico, que foi diagnosticado no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital de Caridade Nossa Senhora dos Prazeres - Lages SC.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

CASO I. Paciente masculino, 44 anos, natural e procedente de Anita Garibaldi, lavrador; foi admitido com queixas de tonturas, ausência da voz, dor de cabeça e dificuldade para caminhar. Na História da doença atual, relatou que há 26 dias notou diminuição da acuidade visual binasal, associado com um quadro de tonturas e cefaléia (que cedia à analgésicos comuns). Passado 14 dias, quadro semelhante se instalou, com cefaléia intensa de hemicrânio esquerdo, hemianopsia binasal, tontura rotatória, dificuldade para a marcha com queda para o lado esquerdo, perda da sensibilidade térmica e dolorosa de hemiface esquerda e hemicorpo direito, disfagia e disfonia.

Ao exame físico o paciente apresentava-se em bom estado geral, com outros aparelhos e sistemas sem particularidades. No exame neurológico encontramos: Síndrome vestibular, síndrome cerebelosa, síndrome sensitiva motora com hemianestesia corporal a direita e hemi-anestesia na face esquerda, arreflexia velo-palatina, disfonia, fundo de olho sem particularidades.

ACHADOS LABORATORIAIS : Por ocasião do internamento apresentava o líquido com 1,0 cel./mm³, proteína 5,0 mg %, glicose 44,4 mg%, cloretos 7,4 mg%, VDRL negativo, globulinas pandy negativo e Nonne Appelt positivo. Glicose sanguínea 72,2 mg %, uréia 26,0 mg %, creatinina 0,66 mg %, VDRL negativo, 0 hemogra

ma revelava: uma série vermelha sem alterações (5.000.000 de hemácias / mm^3 , hematócrito de 45%, hemoglobina de 15,2 g/dl, VGM de 90 e CHGM de 33), na série branca verificamos discreto aumento dos leucócitos com 11.900 cel./ mm^3 , (neutrófilos - 73%, segmentados - 68%, bastonados - 5%, eosinófilos - 4%, basófilos 0, monócitos - 4%, linfócitos - 19%).

ACHADOS RADIOLÓGICOS: RX simples de crânio - Abóbada e a base craniana tem aspecto anatômico. Não há evidências radiológicas de traço de fraturas. Ausência de sinais de hipertensão intracraniana ou calcificações patológicas. Sela turca de forma, contornos e volumes normais. Angiografia vertebral - Observa-se o enchimento retrogrado da artéria cerebelar postero-inferior esquerda. Conclusão: Síndrome de Wallenberg por trombose da P.I.C.A. Figura - 2 e 3

TRATAMENTO: No primeiro dia de internamento foi iniciada terapêutica com dipiridamol (225 mg/dia), associação de metanossulfonatos de diidroergocornina, diidroergocriptina e diidroergocristina (Hydergine ^R) e diazepam 5 mg ao dia. No quinto dia foi acrescido Tonopan ^R. No nono dia de internamento o paciente recebeu alta hospitalar com o quadro clínico em regressão lenta.

EVOLUÇÃO: O paciente retornou a consulta com 3 meses, e apresentava regressão total do quadro neurológico.

CASO II. Paciente masculino, 42 anos, natural de Lagoa Vermelha e procedente de Lages, cirurgião dentista. Procurou o médico com a queixa principal de dor no pescoço (cervicalgia) de longa data. Na história da doença atual relata que nos últimos 2 meses apresenta exacerbação da cervicalgia associado ao quadro de parestesias de membros superiores, sem apresentar alterações da sensibilidade. Foi medicado com miorrelaxante e bolsas de água quente no local; após 7 dias retornou a consulta com o mesmo quadro, associado a cefaléia, tonturas, disfagia, dificuldade para a marcha com queda para o lado direito, apresentando alterações da sensibilidade térmica e dorosa de hemiface direita e hemicorpo esquerdo.

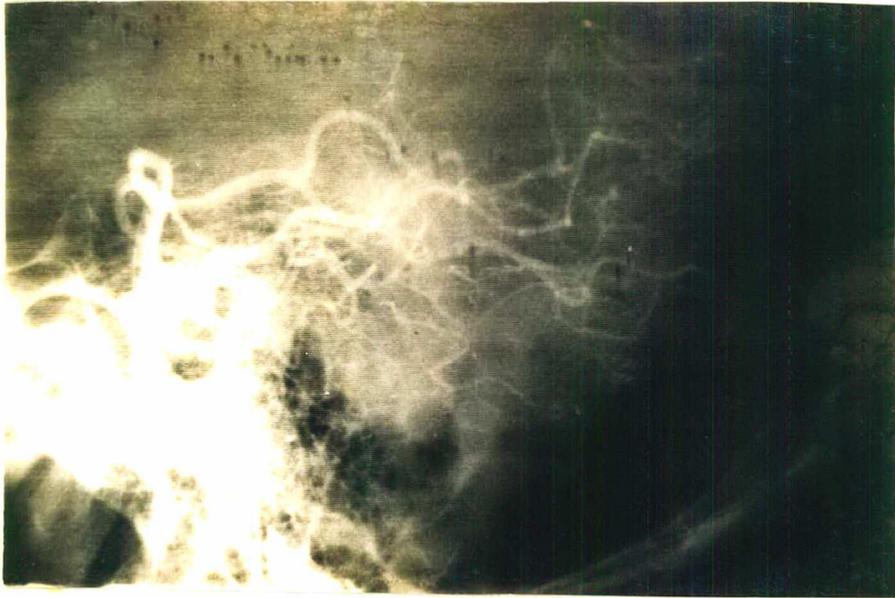


Figura - 2. Angiografia vertebral: mostrando a fase arterial, não observando-se o enchimento da artéria cerebelar postero-inferior.



Figura - 3. Angiografia vertebral: mostrando a fase venosa, onde verifica-se o enchimento da artéria cerebelar postero-inferior.

Ao exame físico o paciente apresentou-se em bom estado geral, com os aparelhos e sistemas sem particularidades com exceção do neurológico onde encontramos: Síndrome de Claude - Bernard - Horner, síndrome vestibular, síndrome cerebelosa e sensitiva-motora com hemianestesia corporal à esquerda e hemianestesia de face a direita do mesmo lado da síndrome de Horner mais disfagia.

ACHADOS LABORATORIAIS: Os exames foram os mesmos do primeiro caso e sem alterações.

ACHADOS RADIOLÓGICOS: RX simples de crânio - sem alterações. Angiografia vertebral - Trombose da P.I.C.A.

TRATAMENTO: Quando da primeira consulta foi medicado com glafenina e tiocolquicosóide (Glifarelix^R), associado a calor local (região cervical). Posteriormente foi medicado com benciclan (Fludilat^R) e vitaminas do complexo B.

EVOLUÇÃO: Paciente voltou para controle com 20 dias, apresentando quadro clínico em franca regressão e no último controle com 6 meses não apresentava sinais e sintomas anteriormente referido - regressão total.

DISCUSSÃO

A caracterização da síndrome de Wallenberg, como entidade clínica, é sustentada pelo quadro clínico associado ao estudo angiográfico da região bulbar. (5)

A etiologia dos casos apresentados foi a trombose da P.I.C.A.; etiologia esta relatada como sendo a mais comum na apresentação da síndrome. (3,6,1,5)

Os autores pesquisados relatam a incidência da síndrome com maior frequência na faixa etária acima dos 40 anos de idade; nos casos apresentados a faixa etária coincide. Quanto ao sexo, raça, não há predominância por um ou outro, mas nos casos apresentados, ambos eram do sexo masculino e de cor branca.

Os aspectos clínicos dos casos, coincidem com os previamente citados pelos autores, sendo que a perda da sensibilidade térmica e dolorosa da face ipsolateral, e hemicorpo contralateral a lesão, é o que mais chama a atenção.

Os sintomas do caso I, foram de instalação progressiva e abruptamente, mas a ausência da síndrome de Claude Bernard Horner, não o deixa caracterizá-lo como uma síndrome completa, (3,6) já no caso II esta síndrome está presente, apresentando quadro característico da síndrome de Wallenberg completa; sendo sua instalação com sintomas progressivos e arrastados.

Em relação aos achados laboratoriais, os mesmos tem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DASSEN, R. 7 FUSTINONI, O. Sistema Nervioso. 7ª edição. Rio de Janeiro - Buenos Aires. Libreria "El Ateneo" Editorial. 1959.
2. MACHADO, A. M. Neuroanatomia funcional. 1ª edição São Paulo - Rio de Janeiro. Livraria Atheneu. 1979.
3. MELARAGNO FILHO, R. Afecções vasculares cerebrais 1ª edição. São Paulo. Livraria Luso-espanhola e brasileira Ltda. 1959.
4. MUMENTHALER, M. Neurologia; Tradução Hildegard Thiemann Buckup. São Paulo. Atheneu. 1977.
5. SANVITO, W. L. Síndromes neurológicas. 1ª edição. São Paulo. Editora Manole Limitada. 1977.
6. TOLOSA, A. P. M. & CANELAS, H. M. Propedêutica neurológica. 2ª edição. São Paulo. Editôra de livros médicos Ltda "Sarvier". 1971.

1. O trabalho tem uma apresentação boa, (com) sendo bem datilografado e com boa ilustração
2. Na apresentação dos casos não causou a raça dos pacientes no exame neurológico fala-se em síndromes, mas não estão localizadas Síndrome cerebelar de que lado, onde?
3. Não causou a técnica utilizada para a cuprografia.
4. Na discussão, afirma-se que o tratamento fez-se com vasodilatadores e medicação sintomática o que não é verdade
5. A bibliografia é pobre, causando apenas livros teses de edições antigas

No entanto, levando-se em consideração o esforço feito pelo estudante, e o interesse demonstrado pelo Síndrome de Wallenberg, que poucos médicos conhecem, merece nota (8)

[Signature] 71283

indicação para a realização do diagnóstico diferencial das patologias que podem apresentar quadro clínico semelhante. (5) O diagnóstico diferencial desta síndrome deve ser feito com outras patologias que podem comprometer a região bulbar (as quais podem caracterizar a síndrome), como tumor, hemorragias e traumas, arterites e outras.

O tratamento de ambos os casos foi com medicação sintomática, associada com vasodilatadores, que é o tratamento preconizado pelos autores; alguns combinaram o uso de anticoagulantes. (5) O quadro costuma regredir total ou parcialmente, dentro de semanas ou meses, como foi nos casos apresentados.

TCC
UFSC
CC
0004

N.Cham. TCC UFSC CC 0004

Autor: Dacorégio, Emir

Título: Síndrome de Wallenberg : aprese



972810331

Ac. 252843

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM