

## **Relato De Caso: Hipertensão Intracraniana Idiopática**

**VALLETTA**, Raíssa Camelo<sup>1</sup>; **BARROS**, Norami de Moura<sup>1</sup>; **NETO**, Said Rassi<sup>1</sup>; **SILVA**, Lucas Costa<sup>1</sup>; **TOLEDO**, Bruno Cordeiro<sup>1</sup>; **CAVALCANTE**, José Edison da Silva<sup>2</sup>.

**Palavras-chave:** Pseudotumor; Hipertensão intracraniana benigna.

### **Justificativa/ Base teórica:**

A hipertensão intracraniana idiopática (HII), ou hipertensão intracraniana benigna ou síndrome do pseudotumor cerebral, caracteriza-se pelo aumento da pressão líquórica, sem alterações na composição do líquido (citologia e bioquímica), sem processo expansivo intracraniano ou alargamento dos ventrículos, e com causa, geralmente, desconhecida. Da epidemiologia, é predominante no sexo feminino, na idade fértil. Cursa com cefaléia, embaçamento visual e obscurecimentos transitórios da visão, diplopia, papiledema e ausência de outras alterações neurológicas (*Monteiro, MLR & Moura, FC*). A perda visual é comum na PTC, embora seja benigna neurologicamente. A cirurgia de derivação do líquido causando o alívio da pressão intracraniana em vários casos estabilizou e/ou melhorou a perda visual. Entretanto, quando se tem a doença em um estágio mais avançado, com maior acometimento do nervo óptico, o prognóstico é pior mesmo com a cirurgia. Neste trabalho vamos evidenciar um caso clínico em que uma mulher de 42 anos, com HII, teve seu prognóstico piorado pela demora da aplicação da terapêutica cirúrgica. Segue o relato do caso clínico, colhido no Hospital das Clínicas em Goiânia, em abril de 2011.

Relato: Mulher, 42 anos, Índice de Massa Corporal normal. Há 2 anos e 3 meses começou com lacrimejamento, vermelhidão, inchaço, dor e prurido no olho esquerdo, havendo diminuição súbita da visão. Há 2 anos surgiu tontura desencadeada por agitação, com piora gradual neste período e insônia. Há 1 mês com cefaléia, tontura acompanhada de náuseas (sem fatores desencadeantes) e dor em aperto, de intensidade 8/10 na região proximal de membros inferiores, predominantemente em membro inferior esquerdo, com irradiação para comprimento lateral do membro, sensível a analgésicos. Recentemente houve piora da visão bilateralmente, com aparecimento de escotomas e diplopia, além de dor ocular intensa desencadeada por agitação. Paciente portadora de hipertensão arterial

sistêmica há 7 anos. Não foram encontradas alterações no exame neurológico, exceto no exame do II par de nervos cranianos (nervo óptico). Ao exame oftalmológico: Olho direito 20/80 e presença de edema de papila (2+/4+) por hipertensão intracraniana; Olho esquerdo 20/100 com palidez de papila (2+/4+), reliquat de hipertensão intracraniana. Foi realizada tomografia que excluiu presença de qualquer anormalidade. Foi feito tratamento cirúrgico com colocação de dreno com derivação lombo-peritoneal e ainda não houve melhora no quadro visual. Aguarda-se novamente retorno em 6 meses para nova avaliação oftalmológica.

Analisando o caso clínico vemos compatibilidade com a clínica de HII. Os sintomas iniciais apresentados pela paciente foram primeiramente os oftalmológicos, o que acontece em cerca de 20% dos casos. A cefaleia acompanhada de náuseas também é um sintoma muito frequente na HII, assim como a diplopia, relacionada com a paresia do nervo abducente, indica hipertensão craniana. De todos os sintomas, o mais característico da HII é o papiledema, presente nos dois olhos. O edema pálido presente no olho esquerdo indica um acometimento ocular mais severo e antigo. O exame neurológico sem outras alterações, senão o II par craniano, conta positivamente no diagnóstico, assim como a indispensável tomografia excluindo qualquer anormalidade de parênquima, estruturas ósseas, ventrículos e contornos cerebrais.

### **Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é contribuir um acervo de dados que mostram que casos de HII com tratamento cirúrgico tardio apresentam pior prognóstico pois a perda visual não é significativamente alterada. Com a apresentação deste caso esperamos que o encaminhamento de pacientes portadores de HII seja mais rápido, a demora burocrática dos planos de saúde, sejam público ou particulares, é geralmente grande, dessa forma não há tempo para diagnósticos e decisões terapêuticas tardias.

### **Metodologia:**

A paciente foi encaminhada para diversos serviços de saúde sendo o principal motivo do atraso do diagnóstico definitivo, levando a uma piora do estado clínico (perda de visão acentuada). Quando diagnosticada, pela logística deficitária do

sistema de saúde, a terapêutica cirúrgica foi atrasada, agravando ainda mais o quadro da paciente.

### **Discussão:**

Este relato evidencia a importância do diagnóstico e tratamento precoce na hipertensão intracraniana idiopática. A literatura mostra que casos como este, diagnosticados e tratados rapidamente há melhora significativa no quadro visual, o que não foi observado neste devido aos fatores explicitados anteriormente. Segundo *Monteiro, MLR & Moura, FC*, a melhora visual é discreta e não ocorre em pacientes com perda visual acentuada e de longa duração, confirmando o prognóstico da nossa paciente. Em seu estudo, com 24 olhos de 17 pacientes, 1 olho apresentou piora visual devido à rápida progressão da perda visual e edema já pálido.

O caso é importante pois participa da denúncia de que pela demora no diagnóstico e falta de logística do Sistema de Saúde, o prognóstico que antes poderia ser de melhora parcial ou estabilização da visão, agora poderá ser de piora.

### **Conclusões:**

Concluimos que o atendimento médico deve ser feito com o máximo de atenção para que seja feita uma correlação maior e mais efetiva de todos os sistemas do corpo. O oftalmologista, por exemplo, tem que relacionar o edema de papila à hipertensão intracraniana e encaminhar o paciente com urgência ao neurologista. Este deve fechar o diagnóstico final o mais rápido possível para que as medidas terapêuticas sejam colocadas em prática.

A intervenção cirúrgica, por sua vez, deve ser feita imediatamente após o esgotamento do tratamento clínico, do contrário, as chances de reversão dos danos visuais se tornam muito menores. De maneira alguma esse atraso deveria estar relacionado à burocracias do Sistema de Saúde, seja ele público ou particular.

### **Referências:**

LENT, Roberto. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais*. São Paulo: Atheneu. 2002

MONTEIRO, Mário Luiz Ribeiro. *Descompressão da bainha do nervo óptico*. Revista Brasileira Oftalmologia. 1994; 57: 161-6.

MONTEIRO, Mário Luiz Ribeiro & MOURA, FC. *Aspectos oftalmológicos da síndrome da hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebral)*. Revista Brasileira de oftalmologia. 2008; 67 (4): 196-203.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás, membros da Liga de Neurociências.

<sup>2</sup> Dr. neurocirurgião do Hospital das Clínicas de Goiânia, coordenador da Liga de Neurociências.

Contato: raissavalletta@gmail.com