

Migrânea hemiplégica: diagnóstico diferencial pouco conhecido em emergência**Hemiplegic migraine: differential diagnosis not known in emergency**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-064

Recebimento dos originais: 05/08/2019

Aceitação para publicação: 10/09/2020

Guiomar Nascimento de Oliveira

Médica Neurologista do Hospital Universitário Alzira Vellano

Instituição: UNIFENAS

Endereço: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas, MG, CEP: 37132440

E-mail: guiomarneuro@gmail.com

Thomaz Almeida Vargas

Médico Residente em Clínica Médica do Hospital Universitário Alzira Vellano

Instituição: UNIFENAS

Endereço: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas, MG, CEP: 37132440

E-mail: academicpaper1234@gmail.com

Débora Cavalcante Alves Onibene

Acadêmica do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Instituição: UNIFENAS

Endereço: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas, MG, CEP: 37132440

E-mail: deboracavalcante27@gmail.com

Hadassa Anjos de Almeida Lemes

Acadêmica do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Instituição: UNIFENAS

Endereço: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas, MG, CEP: 37132440

E-mail: hadassa.almeida@gmail.com

Wesley Blanco Mota

Acadêmica do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Instituição: UNIFENAS

Endereço: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas, MG, CEP: 37132440

E-mail: wesley.mota@gmail.com

RESUMO

A migrânea hemiplégica é uma forma rara de migrânea com aura que inclui fraqueza motora plenamente reversível. Objetivo: descrever um caso de paciente portador de migrânea hemiplégica ressaltando sua importância como diagnóstico diferencial no departamento de emergência. Relato de caso: Paciente feminina, 55 anos, admitida no pronto socorro com cefaléia holocraniana associada à afasia, sem déficit motor. Histórico de episódios recorrentes de cefaléia na infância e adolescência. Sinais vitais estáveis, exame clínico foi normal. Solicitada TC de crânio, sem alterações. Internada para investigação com retorno espontâneo

da fala e melhora da cefaléia no quinto dia. Retornou uma semana após com quadro semelhante agora associado à hemiplegia à esquerda, sem alterações na nova TC de crânio e demais exames complementares, com melhora espontânea ao terceiro dia. Repetiu mesmo quadro 2 meses do último episódio quando foi aventada hipótese diagnóstica de migrânea hemiplégica. Recebeu alta com topiramato e amitriptilina e encaminhada ao ambulatório de neurologia. Discussão: a cefaleia é um dos sintomas mais frequentes nos atendimentos de pronto socorro, representando 1-4 % em unidades de emergência. Ter em mente diagnósticos diferenciais pode ser um fator crucial para o prognóstico do paciente.

Palavras-chave: Migrânea hemiplégica, aura, cefaleia, emergência.

ABSTRACT

Hemiplegic migraine is a rare form of migraine with aura that includes reversible motor weakness. Objective: to describe a case of a patient with hemiplegic migraine, highlighting its importance as a differential diagnosis in the emergency department. Case report: Female patient, 55 years old, admitted to the emergency department with holocranial headache associated aphasia, without motor deficit. History of recurrent episodes of headache in childhood and adolescence. Stable vital signs, clinical examination was normal. Skull CT was requested, with no changes. Admitted to investigation with spontaneous return of speech and improvement of headache on the fifth day. She returned one week later with similar symptoms now associated with left hemiplegia, no changes in the new CT scan of the skull nor the other complementary exams with spontaneous improvement on the third day. She repeated the same symptoms two months after the last episode when the diagnostic hypothesis of hemiplegic migraine was suggested. She was discharged with topiramate and amitriptyline and sent to the neurology clinic. Discussion: headache is one of the most frequent symptoms in emergency rooms, accounting for 1-4 % in emergency units. Keeping in mind the differential diagnoses can be a crucial factor for the patient's prognosis.

Keywords: Hemiplegic migraine, aura, headache, emergency.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Silva Junior et al. (2008) a migrânea hemiplégica (MH), uma forma rara de migrânea com aura, cursa com fraqueza motora durante a aura além de sintomas visuais, sensoriais e/ou de linguagem. Os sintomas motores habitualmente duram menos de 72 horas, exceto a hipotonia; que, às vezes, pode persistir por semanas (RUSSELL, 2011).

Pode ser classificada na forma esporádica ou familiar. Para Kowacs (2011), a distinção está no acometimento de familiar(es) de primeiro ou segundo grau, para a forma familiar. Ambas possuem início geralmente na infância e tendem a ceder com a idade adulta com prevalência semelhante de 4-30% (SILVA et al., 2004) (DOMINGUES et al., 2005).

De acordo com Silva Junior et al. (2008) sua fisiopatologia ainda é incerta com duas principais hipóteses. A primeira é a hipótese vascular que atribui à perda de função motora devido à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral durante a crise. A segunda, neurogênica

engloba a demonstração de mutação gênica naqueles com migrânea hemiplégica familiar, em que ocorreria uma depressão cortical alastrante, isto é, uma onda de despolarização que atravessaria o córtex seguida por uma supressão da atividade neuronal, em que a onda de depressão alastrante levaria à provável hipoperfusão regional.

O objetivo deste estudo é descrever um caso de paciente portador de migrânea hemiplégica ressaltando sua importância como diagnóstico diferencial no departamento de emergência.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminino, 55 anos, foi admitida no pronto socorro (PS) com cefaleia holocraniana, forte intensidade, associado à afasia, sem déficit motor. Histórico de crises convulsivas na infância tratadas até adolescência com fenobarbital, quando a paciente interrompeu tratamento. Além disso, há referência de episódio semelhante na adolescência de cefaleia holocraniana, forte intensidade, associada a vômitos, hemiplegia em hemicorpo esquerdo com reversão espontânea do quadro em menos de 24 horas. Portadora de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, tabagista e histórico de episódios recorrentes de cefaleia.

História familiar de pai acometido por acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi), mãe afetada por trombose venosa profunda, uma irmã acometida por AVEi e tromboembolismo pulmonar e dois irmãos, um falecido aos 30 anos devido a rompimento de aneurisma cerebral e o outro portador de aneurisma aórtico.

Os sinais vitais da paciente estavam estáveis, sem alterações nos demais sistemas ao exame físico. Prontamente foi solicitada tomografia computadorizada de crânio (TC)[figura 1] não revelando alterações. Optado por internação hospitalar para investigação de afasia e para analgesia. Houve melhora progressiva da cefaleia e, no quinto dia de internação, retorno espontâneo da fala. Recebeu alta no sexto dia.

Após uma semana foi repetidamente admitida no PS com quadro de afasia e hemiplegia em dimídio esquerdo. Realizada TC de crânio não demonstrando alterações significativas. Foi internada para otimização da analgesia e investigação. Realizada ressonância magnética de crânio, sem alterações. Solicitado eletrocardiograma, não evidenciando alterações significativas; ecocardiograma com leve regurgitação mitral e tricúspide com fração de ejeção de 72%, sem trombos intracavitários. Recebeu alta após o terceiro dia, sem déficit motor, afasia ou cefaleia.

Figura 1 - Exames de neuroimagem.

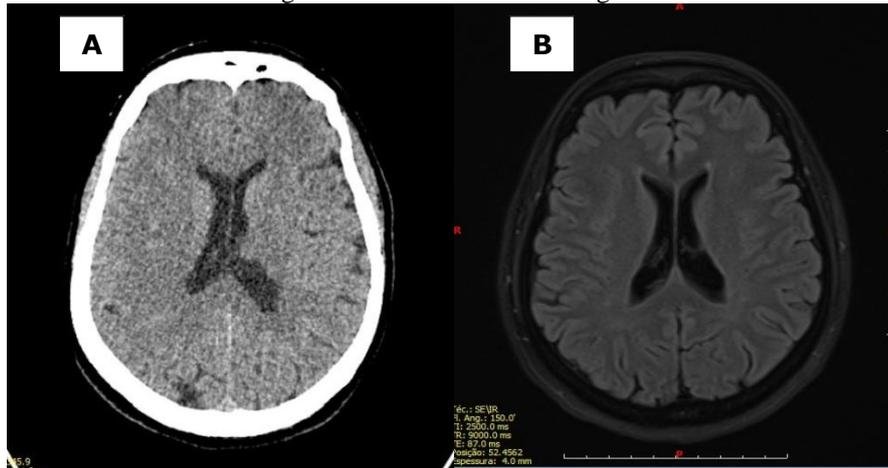


Figura 1. (A) Tomografia computadorizada de crânio da primeira admissão hospitalar da paciente devido à queixa de cefaleia e disfasia. Ausência de sinais sugestivos de AVE. (B) Ressonância magnética de crânio solicitada na segunda internação hospitalar devido queixa de cefaleia, disfasia e hemiplegia em dimidio esquerdo. Ausência de sinais sugestivos de AVE. Fonte: imagem gentilmente cedida pela paciente, 2019.

Após dois meses do último episódio regressou ao hospital com cefaleia holocraniana, de forte intensidade, fotofobia, afasia e hemiplegia em hemicorpo esquerdo. Realizada TC de crânio, sem alterações. Após 12 horas sob observação evoluiu com melhora espontânea da hemiplegia e afasia e diminuição da cefaleia, quando foi aventada hipótese diagnóstica de migrânea hemiplégica. Recebeu alta com topiramato e amitriptilina e encaminhada ao ambulatório de neurologia.

3 DISCUSSÃO

Segundo Yang et al (2019) a cefaleia é um dos sintomas mais frequentes nos atendimentos de PS, representando 1-4% em unidades de emergência. Ter em mente os diversos diagnósticos diferenciais relacionados às cefaleias pode ser um fator crucial para o prognóstico que no caso de nossa paciente a hipótese foi aventada apenas após o terceiro episódio e devido a recorrência em curto espaço de tempo.

Segundo Silva et al. (2010) o diagnóstico de MH é baseado em critérios clínicos estabelecidos pela Classificação Internacional de Cefaléias (3ª edição - 2018), os quais incluem aura consistindo de fraqueza motora plenamente reversível (habitualmente duram menos de 72 horas, todavia, em alguns pacientes pode persistir por semanas) e sintomas visuais, sensoriais e ou de fala/linguagem plenamente reversíveis. Tais critérios devem ser cautelosamente observados, entretanto podem ser difíceis de serem estabelecidos, como no presente caso, uma vez que o conjunto de sintomas pode simular um acidente vascular encefálico. Em virtude disso é prudente afastar primeiramente tal evento em pacientes com idade avançada que manifestam

fraqueza motora unilateral ou outros sintomas como paralisia facial associado a investigação sobre as características da cefaleia (RAMIREZ et al., 1997).

De acordo Silva Junior et al. (2008) o diagnóstico da forma familiar pode ser corroborado pelo estudo do cromossomo 19, o qual pode apresentar mutações gênicas. Já o diagnóstico dos casos esporádicos depende da realização de exames de neuroimagem e outros testes (incluindo estudo do líquido) para afastar outras etiologias.

O tratamento é similar ao da migrânea com aura. Para a interrupção das crises é desaconselhado o uso de ergóticos e triptanos. Há relatos do uso de quetamina (spray nasal) reduzir a duração da aura com desaparecimento do déficit motor e outros estudos com uso de verapamil intravenoso, o qual mostrou potencial em abolir ambas a cefaleia e a hemiplegia, sendo desaconselhado o uso de nimodipino durante crises prolongadas (RUSSELL, 2011).

A profilaxia destina-se aos pacientes com crises recorrentes, duradouras ou graves. Todas as drogas comumente usadas na prevenção das migrêneas típicas podem ser usadas na MH. Fármacos como verapamil oral, acetazolamida e lamotrigina tem demonstrado potencial profilático eficaz, entretanto com resultados pouco definidos (melhora em alguns, sem efeito em outros) de maneira que não parece haver opinião firmada entre a literatura compulsada (RUSSELL, 2011).

REFERÊNCIAS

1. SILVA JÚNIOR, A. A. et al. Migrânea com aura hemiplégica. **Migrêneas cefaleias**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 265-2267, 2008.
2. RUSSELL, M. B; DUCROS, A. Sporadic and familial hemiplegic migraine: pathophysiological mechanisms, clinical characteristics, diagnosis, and management. **Lancet Neurol**, Oslo, v.10, n. 1, p. 457-470, 2011.
3. KOWACS, F; MACEDO, D.D.P; SILVA-NETO; R.P. **Classificação Internacional das Cefaleias 3ª edição**. São Paulo: Editora Omnifarma, 2019. Disponível em <<https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/11/ICHD-3-Brazilian-Portuguese-translation-11112019.pdf>>. Acesso em 9 fev. 2020.
4. SILVA, W.F. et al. Migrânea hemiplégica: relato de 6 casos. **Migrêneas cefaleias**, Recife, v. 7, n. 1, p. 30-33, 2004.

5. DOMINGUES, J. R. S; ROMERO, D. F. B; ESPOSITO, S. B. Migrânea Hemiplégica Esporádica. **Rev Fac de Cienc Med Sorocaba**, São Paulo, v.7, n. 1, p. 23-26, 2005.
6. BRUYN, G. W; WERNIK, H.R. Migraine accompagnée: a critical evaluation. **Cephalalgia**, Utrecht, v. 6, n.1, p. 1-22, 1966.
7. YANG, X.Y; DU, H.P; XU, Y. A case of late-onset sporadic hemiplegic migraine. **J Int Med Res**, Suzhou, n.0, v.0, p. 1-3, 2019.
8. SILVA, M. J. et al. Etiologia das cefaleias nos serviços de urgência: breve revisão. **Ver Med Minas Gerais**, Nova Lima, v. 20, n. 2, p. 30-33, 2010.
9. RAMIREZ-LASSEPAS, M. et al. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache, **Arch Neurol**, Minnesota, v. 54, n.20, p. 1506-11, 1997.