

Relatos Casos Clínicos

PD-080 - (UM20-5455) - SEMIOLOGIA MÉDICA COMO ARMA DIAGNÓSTICA

Diana Da Rocha¹; Ana Henriques²

1 - USF Progresso e Saúde; 2 - Serviço de Neurologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz

A Cerebelite Aguda (CA) é uma patologia neurológica que incluiu uma variedade de sinais/sintomas comuns na prática clínica tais como cefaleia, vertigem, vômitos e alteração da marcha. Mais raramente, poderá coexistir febre, sinais de irritação meníngea, crises convulsivas e hipertensão craniana. Surge habitualmente nas crianças e adultos jovens, e ocorre principalmente em associação a infeção viral, bem como a outros agentes infecciosos. Os agentes mais frequentemente implicados são os vírus da varicela-zoster, Epstein Barr, do sarampo, da rubéola e os coxsackie vírus. A evolução clínica tende a ser benigna e auto-limitada, com um envolvimento cerebeloso focal, na maioria dos casos.

Mulher, 27 anos, operadora de caixa. Antecedentes de enxaqueca e asma, para a qual cumpria inalador (Budesonida/Formoterol 160/4.5 ug). Recorre ao Serviço de Urgência (SU) a 2/01/2019 por cefaleias em contexto febril, estudo analítico sem alterações, alta medicada com diagnóstico de enxaqueca e infeção viral. Consulta a 4/01 Otorrinolaringologista por agravamento do quadro com “sensação de ouvido cheio”, alterada terapêutica para flunarizina, fluoxetina e propanolol. Volta ao SU a 6/01 por aparecimento de sintomas de novo: vômitos, visão turva, tonturas com limitação na atividade quotidiana. Apirética (contudo a cumprir AAS 3id). Análises sem alterações, diagnóstico de síndrome vertiginoso – alta com indicação para suspensão da terapêutica anterior, e início de Beta-histina 16 mg, Zolmitriptano em crise, metoclopramida e AAS em SOS. Melhoria do quadro com resolução da febre, tolerabilidade para retomar atividade laboral, contudo novo agravamento após 1 semana, com cefaleias intensas, pulsáteis, vertigens posicionais e vômitos, pelo que em contexto de SU realizou TAC – CE normal, Punção Lombar: LCR com aumento de proteínas, bacteriológico e teste multiplex negativos. Diagnóstico de Cefaleia inaugural para estudo, orientada para consulta de Neurologia e medicada com paracetamol, naproxeno e Amitriptilina 25 mg. Contudo após 1 semana sem melhoria, recorre a consulta de Neurologia particular, auxiliada pelo marido, por dificuldade na marcha. Referiu cefaleias persistentes, vertigens com os movimentos cervicais, vômitos, diplopia e sensação de pressão no ouvido direito. Sem tolerância ao decúbito dorsal direito por vômito associado. Ao exame físico ataxia da marcha, nistagmo horizonto-rotatório exuberante no movimento do olhar para a esquerda, sem limitações aparentes do movimento ocular. Aumentada dose de beta-histina para 24 mg e instituída corticoterapia com deflazacorte. Reavaliação no dia seguinte em contexto hospitalar e colocada hipótese de CA. Por ausência de tolerabilidade de terapêutica oral ficou internada para estabilização. Melhoria clínica do quadro, com controlo analítico normal e a aguardar RMN-CE, que realizou posteriormente em ambulatório com confirmação diagnóstica de CA em provável contexto pós-viral.

A apresentação clínica do caso descrito é compatível com os sintomas de CA relatados na literatura. Outras doenças que afetam o SNC, podem evoluir com quadro clínico semelhante, sendo, mandatária a realização de exame de neuroimagem para diagnóstico preciso, tratando-se a RMN-CE do exame mais sensível. Com este caso, destaca-se, a importância da semiologia médica para sugerir tal hipótese diagnóstica, dado ser uma entidade pouco frequente, não nos focando exclusivamente nos antecedentes pessoais do doente em detrimento de outros dados importantes.