

Síndrome de Opalski por AVC Isquêmico Bulbar Direito

Opalski Syndrome Due Right Bulbar Ischemic Stroke

DOI:10.34119/bjhrv4n2-297

Recebimento dos originais: 02/03/2021

Aceitação para publicação: 06/04/2021

Katrine Bezerra Cavalcanti

Doutorado em Patologia Humana
UFPI/CSHNB

Endereço: R. Cícero Duarte, nº 905 - Junco, Picos - PI, 64607-670
E-mail: kbcavalcanti@gmail.com

Tércio Luz Barbosa

Residência Médica em Neurologia
Neuromed, HRJL e UFPI

Endereço: Rua São Sebastião, 467. Picos -Piauí
E-mail: tercioluzbarbosa@gmail.com

Débhora Geny de Sousa Costa

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Piauí

Endereço: Rua Chico Doca, 437, Acarape, Teresina-PI
E-mail: Debhora.geny@gmail.com

Sharlla Layana Leite Mendes

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Piauí

Endereço: Rua Aristides Saraiva de Almeida, 960, Santa Isabel, cond smile. Teresina pi
E-mail: sharllamed@gmail.com

Larissa Alves dos Santos Silva

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Piauí

Endereço: Rua Climério Bento Gonçalves, 1140
E-mail: larialvessantoss@gmail.com

Sarah Moreira Ramos

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Piauí

Endereço: Rua Joaquim Jovino, N2320. Bairro Catavento. Picos-PI
E-mail: sarahmramos@ufpi.edu.br

Clinton Henry Colaço Conegundes

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Piauí

Endereço: R. Cícero Duarte, nº 905 - Junco, Picos - PI, 64607-670
E-mail: clintonhenrycolaco@gmail.com

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) representa uma emergência caracterizada por um déficit neurológico súbito causado pela isquemia do tecido cerebral. A síndrome de Opalski é uma manifestação da síndrome de Wallenberg, ela se caracteriza por ser um tipo não muito frequente de AVC que se caracteriza por presença de hemiplegia ipsilateral à lesão e sintomas associados à síndrome medular lateral. Os sinais e sintomas ipsilaterais à lesão do sistema nervoso é devido a lesão do trato corticoespinal após a decussação das pirâmides. O exame complementar de imagem, por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética são indispensáveis para conclusão diagnóstica. O tratamento é o mesmo para AVC, requerendo a análise de sinais e sintomas, exames de imagem para uma conduta terapêutica adequada.

Palavras-chave: AVC, Acidente Vascular Cerebral, Opalski, Déficit Neurológico.

ABSTRACT

Stroke represents an emergency characterized by a sudden neurological deficit caused by ischemia on the cerebral tissue. The Opalski syndrome is a manifestation of Wallenberg syndrome and it is characterized to not be a common stroke type and it is characterized by ipsilateral hemiplegia presence to the lesion and symptoms associated with the lateral medullary syndrome. The ipsilateral to lesion signals and symptoms of the nervous system are due to the injuries of the corticospinal tract after the decussation of the pyramids. The imagery complementary exam by computerized tomography or magnetic resonance is indispensable to the diagnostic conclusion. The treatment is the same as the stroke treatment, requiring the signals and symptoms analyses and imagery exams to a more adequate therapeutic conduct.

Keywords: Stroke, Opalski, Neurological Deficit.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares fazem parte de um grupo de lesões por alteração endotelial e entre elas há o acidente vascular cerebral. O acidente vascular cerebral (AVC) pode ser definido como um déficit neurológico súbito que pode ser de origem isquêmica, pela qual a obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo causa isquemia do tecido cerebral. A outra causa de AVC é o tipo hemorrágico, no qual a isquemia tecidual é provocada pela ruptura do vaso sanguíneo que irriga determinada região do sistema nervoso central. Os principais fatores de risco para AVC são hipertensão arterial, diabetes, história familiar, AVC prévio dentre outros (MARIANELLI; MARIANELLI; DE LACERDA NETO, 2020).

A síndrome de Opalski é uma variante rara da síndrome bulbo-medular lateral ou síndrome de Wallenberg causado por isquemia acometendo geralmente a artéria cerebelar inferior posterior, maioria das vezes por acidente vascular do tipo isquêmico (CARRILLO-ESPER, et al. 2018).

Os achados clínicos da síndrome de Opalski são hemiplegia ipsilateral, que pode ser justificada pelo envolvimento das fibras corticospinais caudais à decussação das pirâmides ou pelo envolvimento das artérias espinhais anteriores e posteriores que suprem as fibras piramidais causado por insuficiência do fluxo sanguíneo para suprir a demanda da região geralmente por oclusão ou estenose arterial (LEI, et al. 2020). Outros achados podem ser déficits sensoriais cruzados à lesão, em especial a perda da sensação de dor e temperatura, devido infarto na região lateral do bulbo e atrás da oliva inferior (AYNACI; GOK; YOSUNKAYA. 2017).

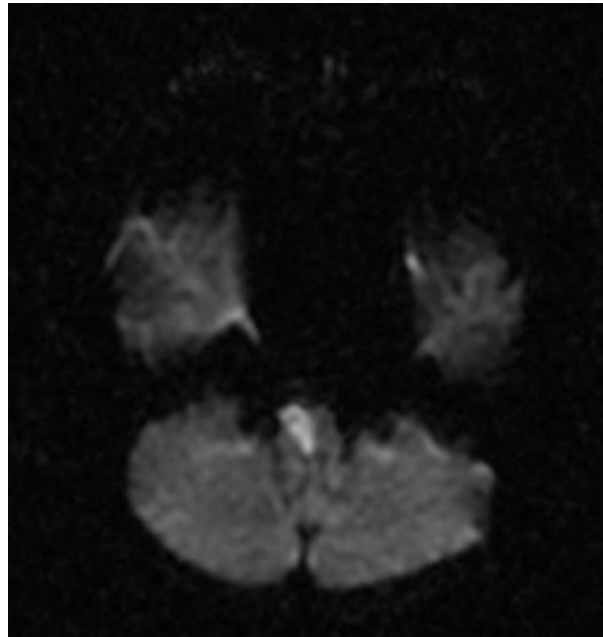
2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos, previamente hipertenso e diabético em uso irregular das medicações, apresentou quadro súbito de hemiparesia esquerda, disartria, vertigem intensa e sensação de parestesias em hemiface esquerda.

Deu entrada no setor de emergência hospitalar após 12 horas de início do quadro, com Pressão Arterial de 200x140 mmHg e glicemia capilar de 230 mg/dl. O eletrocardiograma de entrada com apresentava ritmo sinusal. Ao exame neurológico inicial, obteve 9 pontos na escala de NIHSS, fala disátrica, hemiparesia completa à esquerda proporcionada, hipoestesia em hemiface direita, hemihipoestesia termoálgica em hemicorpo esquerdo, além de Síndrome de Horner à direita, desvio skew (olho direito hipotrópico) e nistagmo multidirecional, com mudança da direção fase rápida no olhar horizontal e componente vertical, espontâneo e inesgotável, sem supressão com a fixação do olhar. Aos exames séricos: apresentava-se dislipidêmico (LDL de 151, Trig de 377), com glicemia de jejum de 288 mg/dl e HbA1C de 11,7%.

A tomografia de crânio (TC) de entrada normal e a Ressonância Magnética de crânio mostrava área de restrição à difusão na região dorsolateral do bulbo à direita, com correspondência no mapa ADC, sugestivo de evento isquêmico recente. Angioressonância arterial de vasos intracranianos e cervicais sem alterações.

Imagem 01: Seta vermelha indicando área isquêmica em região bulbar direita. Cedida com autorização do paciente.



Ecocardiograma transtorácico, com leve hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, sem disfunção sistólica (FEVE 70%) e holter 24h com episódios de taquicardia atrial não-sustentada e raras extrassístoles supraventriculares. Exames de investigação para trombofilia, marcadores auto-imunes todos negativos. No seguimento, foi antiagregado com aspirina 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia, ciprofibrato 100 mg/dia e o tratamento otimizado dos fatores de risco (hipertensão e diabetes). Após 3 meses de reabilitação com fisioterapeuta e fonoaudiólogo, apresentou NIHSS 2 (discreta hemiparesia esquerda) e Rankin 2.

3 DISCUSSÃO

A Síndrome de Opalski é uma variante da síndrome medular lateral, ou Síndrome de Wallenberg, que está associada a vários sintomas que ocorrem devido a lesões no segmento lateral da medula posterior ao núcleo olivar inferior. Alguns desses sintomas apresentados no caso são: vertigem, disartria, síndrome de Horner, hipoestesia (face ipsilateral e membro contralateral), hemiparesia contralateral, nistagmo, – com o acréscimo de hemiplegia ipsilateral, quando se trata da Síndrome de Opalski (LUI; TADI; ANILKUMAR, 2021) (PANDEY; BATLA, 2013).

No relato analisado, a lesão bulbar é explicitada pela RM de crânio, que evidenciou área de restrição à difusão na região dorsolateral do bulbo à direita, com correspondência no mapa ADC, o que aponta para a Síndrome de Wallenberg, que é a

síndrome de AVC isquêmico da circulação posterior mais típica na prática clínica. Corroborar-se que hipertensão e diabetes estão entre os fatores de risco mais prevalentes para essa doença (LUI; TADI; ANILKUMAR, 2021).

A causa da hemiparesia ipsilateral ainda é controversa. Opalski a explicou pela extensão do infarto, que envolveria as fibras corticoespinhais caudais à decussação das pirâmides, e também considerou que a isquemia se devia a uma implicação adicional da artéria espinhal posterior. Contudo, estudos mais recentes sugerem que o envolvimento das artérias penetrantes medulares – um ramo da artéria vertebral, identificada como a artéria mais comum envolvida na Síndrome de Wallenberg – que suprem as fibras piramidais após a decussação pode ser o responsável. A má perfusão regional na área da zona de fronteira na medula espinhal que se encontra entre as artérias espinhais anterior e posterior e que pode estar envolvida seria responsável pelo envolvimento da fibra piramidal, devido alguma alteração hemodinâmica, como estenose, oclusão ou dissecação da artéria. (PARATHAN et al, 2014) (PANDEY; BATLA, 2013).

A vertigem, nesses casos, se apresenta comumente associada ao nistagmo, o que indica lesão nos núcleos vestibulares (principalmente o inferior) e vias vestibulares, ou no território de irrigação da artéria cerebelar inferior posterior. O nistagmo pode ser classificado através do HINTS (Head Impulse Nystagmus Test of Skew), no qual pôde-se excluir causas periféricas, devido sua característica multidirecional, teste skew positivo e teste de impulso de cabeça negativo. (GASCA-GONZÁLEZ et al, 2020) (LUI; TADI; ANILKUMAR, 2021)

A disartria, por sua vez, é uma manifestação que decorre da lesão de algumas fibras que dão origem ao nervo glossofaríngeo (SALEEM; DAS, 2020). De maneira semelhante, a síndrome de Horner decorre da lesão das fibras simpáticas descendentes que atravessam o bulbo (GASCA-GONZÁLEZ et al, 2020).

A hipoestesia em hemiface ipsilateral à lesão se deve ao acometimento do nervo trigêmeo; a hemihipoestesia termoálgica em hemicorpo contralateral, ao acometimento do trato espinotalâmico; e a hemiparesia contralateral se relaciona com lesão no trajeto das fibras corticoespinhais (SALEEM; DAS, 2020) (GASCA-GONZÁLEZ et al, 2020).

Diante da suspeita clínica de AVC alguns exames são importantes para sua confirmação, são eles a TC de crânio que deve ser realizada prontamente, caso necessário ressonância magnética encefálica ponderada para perfusão ou difusão. No tocante à investigação etiológica, recomenda-se a realização do US com Doppler de carótidas e vertebrais, avaliação cardíaca com eletrocardiograma, radiografia de tórax e

ecocardiograma com Doppler transtorácico ou transesofágico. Outros exames de imagem podem ser realizados conforme a necessidade, incluindo o Doppler transcraniano e o SPECT (“single photon emission computed tomography”) (Soc. Bras. Doenças cerebrovasculares, 2001).

Atualmente, a abordagem do tratamento do AVC isquêmico concentra-se na fase aguda, com o objetivo de reduzir a progressão da isquemia, revascularizar e reperfundir o parênquima cerebral. O tratamento complementar inclui a redução dos danos e morte celular neuronal causados pela reperfusão abrupta. Por fim, o tratamento se concentra na reabilitação e no retardo da progressão da doença vascular, bem como na prevenção de novos episódios. O rtPA recombinante é altamente recomendado em todos os pacientes elegíveis, no entanto, seus critérios de elegibilidade são rigorosos (menos de 10% dos pacientes são elegíveis para trombólise com rtPA). Existe uma zona cinzenta entre 3 e 4,5 horas em que o benefício do uso da rtPA IV pode superar os riscos. O paciente do nosso referido caso, no entanto, não se enquadra dentro do período de janela elegível, o que justifica as condutas realizadas. (MESTRE, H. et.al., 2013)

Tendo em vista o tratamento geral, recomenda-se a oxigenoterapia, a monitorização do estado neurológico, pulso, pressão arterial, temperatura e saturação de oxigênio e o balanço hídrico e eletrolítico. (LOURENÇO, M.S, 2019) Atualmente, não é recomendada a utilização de terapêutica anticoagulante com heparina de baixo peso molecular não fracionada no tratamento do AVC isquêmico, com particular destaque para os doentes com infarto cerebral moderado a extenso devido ao risco aumentado de complicações hemorrágicas intracranianas graves. (LOURENÇO, M.S, 2019)

Dessa forma, o caso supracitado deu entrada no setor de emergência, após 12 do início dos sintomas (não sendo mais elegível para tratamento de primeira linha com tPA recombinante) com NIHSS de 9, teve seu seguimento com aspirina 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia, ciprofibrato 100 mg/dia e tratamento otimizado dos fatores de risco (hipertensão e diabetes). Após 3 meses de tratamento farmacológico, fisioterapia e acompanhamento com fonoaudiólogo, o paciente evoluiu para um NIHSS de 2.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hemiplegia ipsilateral secundária a infarto medular lateral, ou síndrome de Opalski, é uma variante rara da síndrome de Wallenberg. É fundamental o reconhecimento dos sintomas e sinais apresentados e o uso de imagens diagnósticas para esclarecer a etiologia, isso deve ser feito o mais rápido possível. A principal característica

da síndrome é a hemiparesia ou hemiplegia ipsilateral ao lado da lesão, o que torna o diagnóstico da variante em relação à forma clássica do Síndrome de Wallenberg. Sua abordagem de diagnóstico não muda e o plano terapêutico, irá variar de acordo com o compromisso clínico e as necessidades do paciente.

REFERÊNCIAS

Aynaci O, Gok F, Yosunkaya A. Management of a patient with Opalski's syndrome in intensive care unit. *Clin Case Rep.* 2017;5(9):1518–1522. Published 2017 Jul 30. doi:10.1002/ccr3.1111

Deshpande A, Shetty A, Pai AR, Rao S. Abnormal brain MRI diffusion-weighted imaging in a case of Opalski syndrome. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2013201695. Published 2014 Feb 5. doi:10.1136/bcr-2013-201695

Humberto Mestre, Yael Cohen-Minian, Daniel Zajarias-Fainsod and Antonio Ibarra. May 15th 2013. Pharmacological Treatment of Acute Ischemic Stroke, Neurodegenerative Diseases, Uday Kishore, IntechOpen, DOI: 10.5772/53774. Available from: <https://www.intechopen.com/books/neurodegenerative-diseases/pharmacologic-al-treatment-of-acute-ischemic-stroke>

Lei Q, Lv J, Kang B, et al. Comorbid SUNCT Syndrome and Opalski Syndrome Caused by Dorsolateral Medullary Infarction. *Front Neurol.* 2020;11:52. Published 2020 Feb 11. doi:10.3389/fneur.2020.00052

Lourenço, Maria de Sá. Novas abordagens farmacológicas no tratamento de doentes com diagnóstico de AVC isquémico com contraindicação para terapêutica trombolítica. Universidade de Lisboa, 2019. Acesso em: < <http://hdl.handle.net/10451/43420>>

MARIANELLI, Mariana; MARIANELLI, Camila; DE LACERDA NETO, Tobias Patricio. Principais fatores de risco do avc isquêmico: Uma abordagem descritiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020, 3.6: 19679-19690.

Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 972-980, Dec. 2001. Available from. access on 03 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000600026>.

Shinichiro Nakamura, Makiko Kitami, Yoshiaki Furukawa. Ipsilateral hemiplegia due to a lateral-medullary infarction. *Neurology* Nov 2010, 75 (18) 1658; DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181fb4479

Uemura, M., Naritomi, H., Uno, H., Umesaki, A., Miyashita, K., Toyoda, K., ... Nagatsuka, K. (2016). Ipsilateral hemiparesis in lateral medullary infarction: Clinical investigation of the lesion location on magnetic resonance imaging. *Journal of the Neurological Sciences*, 365, 40–45. doi:10.1016/j.jns.2016.04.006