

# HEMIBALISMO TRATADO COM ÁCIDO VALPROICO

## REGISTRO DE DOIS CASOS

JOÃO ARIS KOUYOUMDJIAN \*

O distúrbio conhecido como hemibalismo ou coréia proximal unilateral representa desordem extrapiramidal relativamente incomum causada na maioria das vezes por problema vascular no corpo subtalâmico de Luys contralateral. Desde que a moléstia foi descrita, vários tratamentos foram preconizados tais como clorpromazina, perfenazina, haloperidol, tetrabenazina e algumas vezes cirurgia estereotáxica<sup>2, 3, 4</sup>. Recentemente, Lenton et al<sup>4</sup> descreveram um caso de hemibalismo tratado com valproato de sódio e em seguida tive a oportunidade de usar uma droga parecida — ácido valproico — em dois casos de hemibalismo descritos nesse artigo.

### OBSERVAÇÕES

*Caso 1* — Paciente de 60 anos de idade, do sexo masculino, admitido no Hospital de Base, São José do Rio Preto, em julho de 1982, com quadro de dois dias de evolução. Referia que subitamente, durante o início do sono, apresentou movimentos não controlados de grande amplitude no membro superior direito e, em menor proporção, no membro inferior do mesmo lado. Ele estava em tratamento médico para hipertensão arterial e diabetes mellitus há vários anos. O exame físico e neurológico revelaram: pressão arterial de 200 x 140 mmHg; movimento involuntário violento, de grande amplitude e predominantemente proximal no membro superior direito. Os exames complementares revelaram glicemia de 380 mg%. Foi iniciado tratamento com dieta, drogas antihipertensivas e ácido valproico (250 mg a cada 6 horas). Após 5 dias ele estava praticamente sem os movimentos involuntários e, dois meses após, a medicação foi interrompida permanecendo o paciente assintomático por 6 meses (após esse período não mais retornou ao ambulatório).

*Caso 2* — Paciente de 77 anos de idade, do sexo feminino, admitida no mesmo hospital em agosto de 1982. Referia que há cerca de 8 dias havia apresentado cefaléia súbita durante o sono que desapareceu completamente após dois dias, sem uso de qualquer medicação. Após esse período notou o aparecimento súbito de movimentos não controlados violentos no membro superior esquerdo e, em menor proporção, na hemiface esquerda. Ela estava também em tratamento médico há muitos anos por apresentar hipertensão arterial e diabetes mellitus. O exame físico e neurológico reve-

---

Trabalho da Disciplina de Neurologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; \* Chefe da Disciplina de Neurologia.

lou: pressão arterial de 130 x 80 mmHg; quadro de hemibalismo característico no membro superior esquerdo, com movimento súbito violento projetando todo o membro em várias direções; havia também discreta desordem de movimento também na hemiface esquerda. Os exames complementares revelaram glicemia de 230 mg%. Foi instituída dieta para diabetes e iniciado ácido valproico (250 mg a cada 6 horas). Após 8 dias ela estava assintomática e, três semanas após, a medicação foi interrompida permanecendo a paciente assintomática até a data deste registro (julho, 1983).

#### COMENTARIOS

Os dois casos apresentados refletem a história natural mais comum da desordem conhecida como hemibalismo<sup>1, 2, 3, 4</sup>. O quadro clínico característico consiste de um movimento involuntário abrupto, rápido e de grande amplitude, ocorrendo em um ou dois membros de um mesmo lado do corpo. Muitas vezes o início ocorre a noite e os músculos proximais são muito mais acometidos do que os distais. O hemibalismo geralmente acomete pacientes idosos e, em mais de 50% dos casos, se encontra hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Em geral o substrato patológico é de etiologia vascular, sendo raramente encontradas outras condições tais como tumores, lesões granulomatosas ou esclerose múltipla. Em termos topográficos o núcleo subtalâmico contralateral está implicado na maioria dos casos. Bioquimicamente, existem evidências de que o hemibalismo poderia resultar de um aumento da síntese e liberação pressináptica de dopamina, em contraste com a coreia de Huntington que parece resultar de aumento de resposta no receptor a níveis normais de dopamina<sup>3</sup>.

O prognóstico do hemibalismo foi por muito tempo considerado ruim por muitos autores, e mortes por "exaustão", pneumonia ou insuficiência cardíaca foram descritas em até 60% dos pacientes. Mais recentemente relatos mostraram melhor prognóstico usando-se neurolépticos (mais frequentemente haloperidol) e também melhora espontânea após algumas semanas<sup>1, 2, 3</sup>. Rector et al<sup>5</sup> também postulam o papel da hiperglicemia não cetótica no aparecimento de hemibalismo e/ou coreoatetose; nos seus casos os movimentos involuntários desapareceram quando a hiperglicemia foi corrigida. Há pouco tempo, Lenton et al<sup>4</sup> sugeriram outra droga para a terapêutica do hemibalismo, o valproato de sódio. É realmente difícil afirmar que nos casos aqui registrados o hemibalismo desapareceu espontaneamente, após o controle da glicemia ou após a medicação instituída (ácido valproico), mas é possível concluir que esta droga deve ser já considerada entre as de primeira escolha para o tratamento de hemibalismo causado por distúrbio vascular, assim como já concluíram Lenton et al em relação ao valproato de sódio<sup>4</sup>.

#### RESUMO

Dois casos de hemibalismo de etiologia vascular em pacientes idosos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus são apresentados. Em ambos os casos houve remissão completa dos movimentos involuntários após aproximadamente

uma semana de tratamento com ácido valproico. O desaparecimento do hemibalismo após controle da glicemia ou mesmo a sua remissão espontânea é também ponderado.

#### SUMMARY

##### *Hemiballismus treated with valproic acid: report of two cases.*

Two cases of hemiballismus caused by a vascular lesion are presented. The patients had been on treatment for hypertension and diabetes mellitus for many years. The involuntary movement were completely subsided about one week after a valproic acid trial. The role of hyperglycemia in the appearing of hemiballismus or even a spontaneous recovery are also considered.

#### REFERÊNCIAS

1. HYLAND, H. H. & FORMAN, D. M. — Prognosis in hemiballismus. *Neurology (Minneapolis)* 7:381, 1957.
2. JOHNSON, W. G. & FAHN, S. — Treatment of vascular hemiballismus and hemichorea. *Neurology (Minneapolis)* 27:634, 1977.
3. KLAWANS, H. L.; MOSES III, H.; NAUSIEDA, P. A.; BERGEN, D. & WEINER, W. J. — Treatment and prognosis of hemiballismus. *New Engl. J. Med.* 295:1348, 1976.
4. LENTON, R. J.; COPTI, M. & SMITH, R. G. — Hemiballismus treated with sodium valproate. *Brit. med. J.* 283:17, 1981.
5. RECTOR, W. G.; HERLONG, H. F. & MOSES III, H. — Nonketotic hyperglycemia appearing as choreoathetosis or ballismus. *Arch. int. Med.* 142:154, 1982.

*Departamento de Medicina Integrada, Disciplina de Neurologia — Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto — Av. Brig. Faria Lima 5416 — 15100, São José do Rio Preto, SP — Brasil.*