

ESTADO CONFUSIONAL E ENXAQUECA INFANTIL

RELATO DE UM CASO

*DEUSVENIR DE SOUZA CARVALHO **

*ELIOVA ZUKERMAN ***

*SUZANMEIRE NEGRO MINATTI HANNUCH **

*CÉLIO LEVYMAN **

O envolvimento do sensório na síndrome enxaquecosa tem sido referido desde Liveing (1873), segundo Gascon e Barlow⁵. Em 1970, estes autores descreveram 4 casos de crianças com estado confusional associado a enxaqueca. Dessa época para cá mais 12 casos foram referidos ocorrendo em crianças: 4 por Emery²; 5 por Ehyai e Fenichel¹; 1 por Feely e col.³; 2 por Walser e Isler⁷. Na mesma literatura revista aparecem 7 casos em adultos^{3,4,7}. A relativa raridade e importância no reconhecimento desse quadro, motivou-nos a apresentação deste caso.

OBSERVAÇÃO

M.L.M.S., branco, 5 anos de idade. Internado em 31-05-77, apresentando cefaléia, vômitos e sonolência; foi submetido a punção lombar em outro Hospital, sendo normal o resultado do exame do líquido cefalorraqueano (LCR); apresentava-se torporoso, sonolento, irritadido, com temperatura de 38,8°C e hemiparesia esquerda; LCR, hemograma, hemossedimentação, sódio, potássio, gasometria, raio X do crânio e mapeamento cerebral normais; eletrencefalograma (EEG) mostrou acentuada lentificação difusa de ritmos predominando à direita; medicado com ACTH, corticóides e antibióticos, melhorou progressivamente, apresentando-se assintomático e com exame neurológico normal após 7 dias. Passou bem até 17-06-81 quando foi reinternado por ter sofrido trauma craniano irrelevante na região têmporo-parietal esquerda e 12 horas depois apresentava-se sonolento, com vômitos, temperatura 37,5°C, hemiparesia direita e duvidosos sinais meníngeos; LCR, hemograma, eletrocardiograma (ECG), urina, sódio, potássio, glicemia, raio X do tórax normais; reações sorológicas para sífilis negativas; EEG: lentificação difusa de ritmos predominando a esquerda; repetido 7 dias após, o EEG revelou melhora acentuada, persistindo a lentificação de ritmos predominando a esquerda; arteriografia cerebral com estudo do sistema carotídeo e vértebro-basilar normal; tomografia computadorizada do crânio: discreta dilatação ventricular e dos sulcos corticais; medicado com corticóides, antibióticos e hidantoinato, uma semana após apresentava-se com exame neurológico

Trabalho do Setor de Investigação e Tratamento de Cefaléia da Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina: * Pós-graduando; ** Professor Adjunto de Neurologia e Chefe do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia.

normal e assintomático. Reinternado em 21-03-83, com história de trauma irrelevante na região occipital, uma hora após apresentava-se sonolento, com períodos de agitação e confusão mental; ao ser examinado estava pálido, com vômitos e, ao ser estimulado a despertar, mostrava-se confuso, com expressões obscenas, e déficit motor discreto no dimídio direito predominando no membro superior, sinal de Babinski à direita e abolição dos reflexos cutâneos abdominais à direita; 24 horas depois o paciente estava mentalmente melhor e pudemos obter a informação de que nos últimos dois anos, duas a três vezes por ano tinha episódios de formigamento iniciando-se pelo membro inferior, ora à direita ora à esquerda, atingindo todo o dimídio em 10 a 15 minutos, seguindo-se de náusea, fotofobia e vômitos, com cefaléia holocraniana pulsátil que durava de duas a quatro horas e que melhorava com repouso e breve período de sono. Sua mãe referia apresentar quadro típico de enxaqueca forma comum. Na última internação fez novo EEG que revelou lentificação persistente predominando no hemisfério cerebral esquerdo. Teve alta assintomático, após 24 horas, com exame neurológico normal. Durante 8 meses de tratamento, com 1mg/dia de pizotifeno, não apresentou sintomas de enxaqueca.

COMENTÁRIOS

Comumente ao quadro sindrômico da enxaqueca se associam vários fenômenos paroxísticos: visuais, sensitivos, sensoriais, motores e vegetativos. Distúrbios da atividade mental associados, raramente são citados. Segundo Gascon e Barlow, Liveing relata que 25% de seus pacientes com enxaqueca referiam sintomas mentais⁵. Whitty descreveu o caso de uma mulher com 52 anos de idade, com enxaqueca hemiplégica, que permaneceu confusa por uma semana após a crise⁸. Dos 396 casos de enxaqueca descritos por Selby e Lance, 14 apresentavam confusão mental e comportamento histérico durante a crise⁶. Wolff relatou o caso de uma mulher enxaquecosa de 20 anos que desenvolveu estado "nebuloso" associado a hemiplegia e afasia⁹.

O estado confusional em criança com enxaqueca foi descrito inicialmente por Gascon e Barlow, em 4 pacientes de 8 a 16 anos de idade, sendo observado em crises de 4 a 24 horas de duração⁵. Nestes 4 pacientes havia história familiar de enxaqueca. Os exames subsidiários resultaram normais, excetuando o EEG que se mostrou alterado em três pacientes, nos quais o exame foi realizado nas primeiras horas da crise. Ressaltaram a dificuldade em diferenciar esses quadros das psicoses tóxico-metabólicas, de encefalite e epilepsia. Na literatura encontramos outros 12 casos de estado confusional e enxaqueca em pacientes abaixo de 16 anos de idade. Desses pacientes, 4 tiveram essa manifestação como início de enxaqueca. A predominância no sexo masculino foi de 3:1 e a idade variou de 5 a 16 anos. Durante o episódio confusional o paciente se apresenta pálido, sonolento e, ao ser estimulado, torna-se agitado, com disposição a combater; sua linguagem é inapropriada e há pequena capacidade de concentração e interpretação abstrata; sua memória recente é prejudicada e apresenta-se confuso. O episódio pode ou não se acompanhar de cefaléia e vômitos, o que torna difícil o diagnóstico. Posteriormente, com a repetição dos episódios e a superveniência de outros sintomas de enxaqueca, como ocorreu em nosso caso, é possível estabelecer corretamente o diagnóstico. A duração pode variar de minutos a dias e o episódio pode ser precipitado

por trauma irrelevante. Os episódios podem repetir-se no mesmo paciente a intervalos de dias ou meses. O antecedente de enxaqueca na família é sempre positivo. Os exames subsidiários são normais, exceto o EEG que mostra geralmente lentificação persistente e localizada do ritmo de base durante a crise. O prognóstico é bom e o tratamento indicado é o mesmo que para a enxaqueca em geral. Esse quadro tem sido também referido sob outras denominações como estupor enxaquecoso, enxaqueca confusional ou enxaqueca disfrênica.

A fisiopatologia do estado confusional é especulativa. Como está associado à enxaqueca, o mecanismo vascular parece o mais provável. O mecanismo fisiopatológico envolvido parece ser, por um lado, vasoconstricção ocasionando isquemia e, por outro, vasodilatação levando ao edema. Tanto a vasoconstricção quanto a vasodilatação são fenômenos comumente relatados na enxaqueca. O curto tempo de duração do quadro clínico parece ser compatível à hipótese de isquemia, pois a resolução de um edema é mais demorada. Emery ressaltou a hemianopsia precedendo o episódio confusional de um de seus casos relatados como evidência de vasoconstricção inicial². Ehyai e Fenichel¹ comentam que infartos no território das artérias cerebrais média e posterior, tanto a direita como a esquerda, são acompanhados de estado confusional, mas uma isquemia totalmente instalada habitualmente não se recupera completamente em tempo tão breve, como alguns desses quadros descritos de estado confusional associado a enxaqueca. Poderia haver vasoconstricção inicial que, se perdurasse por tempo suficiente, lesaria a barreira hêmato-encefálica, levando a edema. O local do acometimento do sistema nervoso nessa síndrome também é controverso. Duas correntes definem-se: a que atribui o quadro a comprometimento do tronco cerebral e a que o atribui ao córtex cerebral. Manifestações clínicas sugestivas do comprometimento do tronco como "drop attacks", ataxia, vertigem, hemiparesia, síndromes de nervos cranianos, não têm sido relatadas em associações com o quadro confusional associado a enxaqueca. Dados a favor da participação primordial do tronco cerebral nesse quadro foram: os demonstrados por Walser e Isler que: 1. documentaram a ocorrência de isquemia na região da artéria basilar rostral; 2. observaram padrão de "FIRDA" (frontal intermittent rhythmic delta activity) no EEG que corresponde a ritmo projetado de estruturas profundas⁷. Quanto à participação cortical como sede das principais alterações, falam os seguintes fatos: 1. o quadro clínico é predominantemente caracterizado por sonolência e pelo fato de tornar-se o paciente agitado quando estimulado; 2. o EEG na maioria dos casos mostra atividade delta persistente e localizada, o que sugere alteração cortical.

No caso por nós relatado, após descartar clínica e laboratorialmente as possibilidades diagnósticas de processo inflamatório, tóxico-metabólico e arterítico, o diagnóstico de estado confusional associado a enxaqueca tornou-se compatível. A confirmação diagnóstica fez-se através do registro de vários episódios de enxaqueca clássica no período decorrente entre a segunda e a terceira internação e pelo encontro de antecedente familiar de enxaqueca. Embora os demais exames complementares se mostrassem normais, o EEG demonstrou alteração localizada e contínua sugerindo padrão devido a comprometimento cortical.

RESUMO

Relato do caso de um paciente masculino, que teve episódios de confusão e déficits motores aos 5, 9 e 11 anos de idade e que foi internado nessas três ocasiões. Toda investigação resultou normal exceto o EEG. A chave para o diagnóstico clínico de estado confusional devido a enxaqueca foi dada pelo fato de ter o paciente apresentado várias crises de enxaqueca dos 9 aos 11 anos. Considerações sobre a fisiopatologia, baseadas na literatura, são apresentadas.

SUMMARY

Confusional state and migraine: case report.

The case of a male patient having had episodes of confusion and motor deficits at age 5, 9 and 11, admitted to the hospital on these three occasions is reported. All investigations showed negative results, except for the EEG. A clue for the clinical diagnosis of confusional state due to migraine was the past history of the patient, who suffered several migranous attacks from the age of 9. A review of the pathophysiology is made, based on the available literature.

REFERÊNCIAS

1. EHYAI, A. & FENICHEL, G.M. — The natural history of acute confusional migraine. Arch. Neurol. (Chicago) 35: 368, 1978.
2. EMERY, E.S. — Acute confusional state in children with migraine. Pediatrics 60: 110, 1977.
3. FEELY, M.P.; O'HARE, J.; VEALE, D. & CALLAGHAN, N. — Episodes of acute confusional or psychosis in familial hemiplegic migraine. Acta Neurol. Scand. 65: 369, 1982.
4. FINELLI, P.F. — Confusional state and basilar artery migraine. Neurology 28: 1201, 1978.
5. GASCON, G. & BARLOW, C. — Juvenile migraine, presenting as an acute confusional state. Pediatrics 45: 628, 1970.
6. SELBY, G. & LANCE, T.W. — Observations of 500 cases of migraine and allied vascular headache. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 23: 23, 1960.
7. WALSER, H. & ISLER, F. — Frontal Intermittent Rhythmic Delta Activity, impairment of consciousness and migraine. Headache 22: 74, 1982.
8. WHITTY, C.W.M. — Familial hemiplegic migraine. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 16: 172, 1953.
9. WOLFF, H. — Headache and other Head Pain. Ed. 2. Oxford Univ. Press, New York, 1963, pg. 773.