

## HEMIPLEGIA ALTERNA TIPO WEBER PRODUZIDA POR HÉRNIA DO UNCUS HIPOCAMPAL

OSWALDO RICCIARDI CRUZ \*  
L. C. MATTOSINHO FRANÇA \*\*

A síndrome de Weber subentende, como é sabido, lesão mesencefálica atingindo a via corticospinal e as fibras do nervo óculo-motor. Em 1946 (Hemiplegia alterna tipo Weber sem lesão peduncular, Arq. Neuro-Psiquiat., 4: 118, junho, 1946) foi publicado por A. Caetano da Silva Jr. um caso de hemiplegia alterna de tipo peduncular sem lesão mesencefálica; a lesão, hematoma, comprometia o nervo óculo-motor fora do eixo nervoso e comprimia o pedúnculo cerebral produzindo hemiplegia controlateral.

A razão do registro de mais este caso repousa na raridade com que lesões extramesencefálicas se manifestam de modo a simular lesão intrapeduncular e também porque o mecanismo de produção do quadro clínico, neste caso, é diverso daquele verificado pelo autor acima citado.

M. L. G. (reg. 362.625), feminina, branca, com 48 anos de idade. Um ano antes da internação começou a sentir cefaléia frontal intensa e baixa progressiva da visão do olho direito. Há 15 dias acordou durante a noite com intensa cefaléia e vômitos; em seguida obnublação, queda da pálpebra direita e paralisia dos membros do hemicorpo esquerdo. Nos antecedentes e no exame físico nada havia digno de nota; pressão arterial 160x90, pulso 80, afebril. Ao ser atendida no Pronto Socorro, apresentava: paralisia do III par craniano à direita, hemiparesia desproporcionada no hemicorpo esquerdo, mais acentuada no membro inferior e rigidez de nuca. Os fundos oculares eram normais e o líquido cefalorraqueano, obtido por punção suboccipital, era francamente hemorrágico; a manometria revelou pressão inicial de 40 cm de água. Internada, o estado da paciente foi se agravando até o coma. A angiografia, feita mediante injeção de contraste na carótida externa, mostrou a existência de aneurisma pediculado na parte média do segmento horizontal da artéria cerebral anterior direita (fig. 1 A); à esquerda observava-se oclusão do segmento horizontal da artéria cerebral anterior (fig. 1 B). Convém observar que a artéria cerebral anterior esquerda recebe sangue proveniente da carótida direita, através da comunicante anterior (fig. 1 A).

Tendo sido a sintomatologia relacionada à hemorragia maciça proveniente da ruptura do aneurisma, foi a paciente operada em caráter de urgência. Aberta a duramater, verificou-se a presença de coágulo laminar que cobria a superfície convexa do lobo frontal. O aneurisma repousava sobre o quiasma óptico e achava-se envolto por coágulos sangüíneos; seu pedículo sangrava com as manobras de isolamento. O

---

\* Plantonista de Neurocirurgia do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. A. Tolosa).

\*\* Médico interno do Hospital das Clínicas pelo Departamento de Anatomia Patológica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. L. Cunha Motta).

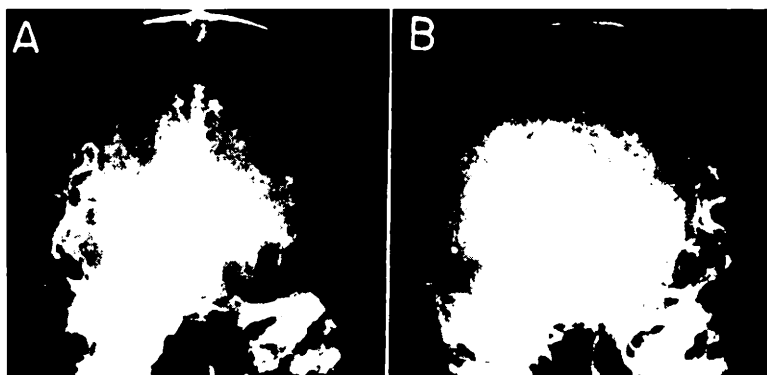


Fig. 1 — Caso M. L. G. Em A, angiografia cerebral direita mostrando aneurisma do segmento horizontal da artéria cerebral anterior, e a passagem de contraste para o segmento distal da artéria cerebral anterior esquerda; em B, angiografia cerebral esquerda mostrando ausência de todo segmento da cerebral anterior compreendido entre a extremidade distal da carótida e a comunicante anterior.

saco aneurismático foi extirpado mediante secção de seu pedículo previamente clipado na frente e atrás do nível de secção. Verificada a ausência de sangramento no campo, a craniotomia foi fechada. No pós-operatório foi necessário recorrer à traqueostomia em virtude de abundante secreção tráqueo-brônquica; com esse recurso as funções respiratórias e a circulação melhoraram sensivelmente, mas a paciente permaneceu em estado de coma. No 5º dia de pós-operatório, após apresentar alterações respiratórias (Cheyne-Stokes), a paciente faleceu. Nada tendo sido encontrado durante a inspeção cirúrgica além da hemorragia meníngea, foi a hemiplegia alterna explicada como produzida por hemorragia intrapeduncular.

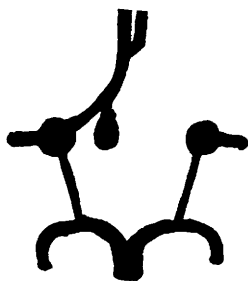


Fig. 2 — Caso M. L. G. Desenho esquemático mostrando as anomalias do polígono de Willis.

A *necrópsia* revelou aumento de volume do cérebro, com predominância do hemisfério direito. Hérnia de uncus direito com empurramento do nervo óculo-motor direito para a linha mediana e compressão da base direita do pedúnculo cerebral; arteriosclerose das artérias cerebrais, trombose do segmento horizontal ( $A_1$ ) da artéria cerebral anterior direita. Coágulos sangüíneos no espaço subaracnóideo da face orbitária do lobo frontal direito. Aos cortes do cérebro, foco hemorrágico de forma ovóide, com 3 cm no maior eixo, situado no lobo frontal direito, entre o giro reto e o corno frontal do ventrículo lateral; hemorragia ventricular secundária. Discreta dilatação do ventrículo lateral esquerdo. *Mesencéfalo e rombencéfalo sem alterações.*

O exame histológico revelou, de interesse, exsudato inflamatório agudo na leptomeninge cerebral, e sinais de degeneração no nervo óculo-motor direito. O restante da necrópsia revelou áreas de broncopneumonia e trombose recente da carótida comum do lado direito.

#### COMENTARIOS

*Em resumo*, trata-se de paciente portadora de hipertensão arterial, referindo cefaléia moderada e perturbações visuais, que apresentou quadro agudo caracterizado por intensa cefaléia, vômitos, obnubilação, ptose palpebral direita, hemiparesia esquerda, rigidez de nuca. A punção raquiana forneceu líquido hemorrágico. A carótido-angiografia mostrou aneurisma pediculado da artéria cerebral anterior direita, e oclusão do segmento horizontal da artéria cerebral anterior esquerda.

Após a intervenção cirúrgica (ligadura do pedículo do aneurisma e retirada de coágulos sanguíneos subaracnóides) o raciocínio clínico foi orientado no sentido de ser a síndrome de Weber causada por hemorragia intrapeduncular; o aneurisma da cerebral anterior e o pequeno volume da hemorragia extra-encefálica não poderiam explicar a hemiplegia alterna; quando muito, o aneurisma, pela sua situação, explicaria a perda progressiva da acuidade visual. O exame necroscópico revelou presença de pequena quantidade de sangue nas vizinhanças do local do aneurisma ressecado e foco de hemorragia no interior do lobo frontal direito; o hemisfério cerebral direito, bastante edemaciado, apresentava *hérnia de uncus* que comprimia o nervo óculo-motor direito e base direita do pedúnculo cerebral, deslocando-os para a linha mediana e determinando, assim, a hemiplegia alterna.

A ausência de continuidade entre o foco hemorrágico do lobo frontal direito e a hemorragia meníngea depõe a favor de processos simultâneos porém independentes entre si; de fato o foco hemorrágico situado na intimidade do lobo frontal não apresentava escoamento quer para o espaço subaracnóideo, quer para o sistema ventricular. O hemisfério cerebral direito, sede da hemorragia, apresentava acentuado edema caracterizado por menor capacidade do ventrículo lateral direito e pela hérnia de uncus.

Se os sintomas e sinais clínicos nos permitem rotular este caso como síndrome de Weber, classicamente considerada como característica das lesões intrapedunculares, os achados anátomo-patológicos nos levam a interpretação diversa.

A ausência de lesões mesencefálicas, e conseqüentemente a integridade do núcleo e das fibras intramesencefálicas do nervo óculo-motor, impõem a correlação dos sinais clínicos com a compressão exercida pela hérnia de uncus sobre a base direita do pedúnculo cerebral e sobre o tronco do nervo óculo-motor.

Neste caso, portanto, trata-se de hemiplegia alterna — tipo Weber — resultante da compressão do mesencéfalo e do nervo óculo-motor direito por hérnia de uncus resultante de edema hemisférico, este último secundário a hemorragia intracerebral na intimidade do lobo frontal. O aneurisma arte-

rial explicaria a perda visual do olho direito; a hemorragia meníngea seria responsável pela cefaléia e rigidez da nuca.

## RESUMO

Os autores apresentam um caso de falsa síndrome de Weber decorrente da compressão exercida sobre o mesencéfalo e nervo óculo-motor por hérnia de uncus resultante de edema hemisférico secundário a hemorragia intracerebral localizada no lobo frontal.

## SUMMARY

Case report of false syndrome of Weber due to a subarachnoid hemorrhage, with uncal hernia compressing the mesencephalon and oculo motor nerve on the right side.

*Clínica Neurológica. Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo — Caixa Postal 3461 — São Paulo, Brasil.*