



RELATO DE CASO

SÍNDROME DE WALLEMBERG ASSOCIADO A DISSECÇÃO DE ARTÉRIA VERTEBRAL PÓS-QUIROPRAXIA CERVICAL: RELATO DE CASO**WALLEMBERG SYNDROME ASSOCIATED WITH VERTEBRAL ARTERY DISSECTION AFTER CERVICAL CHIROPRACTIC: CASE REPORT**

Mariana de Oliveira Trintinalha ¹
Isabella Cristina Mendes Rossa ²
Weslei Douglas Leite da Silva ³
Anelise Daiane Carpiné ⁴

RESUMO

Aproximadamente 15-20% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) isquêmicos acometem a região do tronco encefálico. A Síndrome de Wallenberg, também chamada de Síndrome Bulbar Lateral, caracteriza-se pela isquemia da região dorso lateral do bulbo e, por afetar os núcleos do IX e X pares cranianos, manifesta-se por uma síndrome motora ou sensitiva cruzada associada às lesões de tais nervos cranianos. Neste relato de caso descrevemos um paciente masculino com Síndrome de Wallenberg causado por dissecção de artéria vertebral após quiropraxia cervical.

Descritores: Quiropraxia cervical, dissecção de artéria vertebral, Síndrome de Wallenberg.

ABSTRACT

Among 15-20% of ischemic strokes affect the brainstem region, with Wallenberg syndrome being one of the causes of syndromes related to ischemia of the lateral dorsum of the medulla. Wallenberg Syndrome, or Lateral Bulbar Syndrome, usually affects the núcleo of the IX and X cranial nerves. Patients have motor or cross-sensory syndrome associated with the aforementioned cranial nerve injuries. Patients with this syndrome need to be managed in the same way as other patients with ischemic stroke. Several causes can be involved. This study report a case of a male patient with ischemic brainstem syndrome caused by vertebral artery dissection after cervical chiropractic.

Keywords: Cervical chiropractic, vertebral artery dissection, Wallenberg Syndrome.

INTRODUÇÃO

A incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) de origem isquêmica que acometem o tronco cerebral são 15 a 20% da totalidade⁽¹⁾ e se caracterizam por síndromes cruzadas, ou seja,

¹Residente de Neurologia – Hospital Universitário Cajuru – Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: marianaatrintinalha@hotmail.com

²Acadêmica de Medicina – Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: isabella.rossa@pucpr.edu.br

³Residente de Neurologia – Hospital Universitário Cajuru – Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: weslei.leite@hotmail.com

⁴Residente de Neurologia – Hospital Universitário Cajuru – Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: anelise.carpine@gmail.com



comprometimento ipsilateral dos nervos cranianos e comprometimento contralateral de vias longas, incluindo trato piramidal.

A síndrome de Walleberg, também conhecida como síndrome Bulbar Lateral, compõe uma das síndromes isquêmicas do tronco encefálico e se caracteriza pelo acometimento da região posterior e lateral do bulbo através do comprometimento da porção intracraniana da Artéria Vertebral ou do seu ramo Cerebelar Posterior Inferior (PICA)^(2,3,8).

As etiologias mais comuns são: aterotrombótica, cardioembólica e dissecção vertebral⁽²⁾, sendo esta última a causa mais comum em pacientes jovens^(3,8). Nesse relato descrevemos o caso de um paciente masculino com síndrome de Walleberg causada por dissecção de artéria vertebral após quiropraxia cervical.

RELATO DO CASO

Homem, 47 anos, hígido, tabagista 9 anos-maço, é admitido no Serviço de Emergência de um hospital terciário referindo há 1 semana episódios recorrentes de vômitos e cefaléia hemcraniana direita tipo aperto e de leve intensidade evoluindo com alteração na sensibilidade e força em dimídio esquerdo, assim como dificuldade de deambulação. Na semana anterior ao início dos sintomas, ele realizou quiropraxia devido à cervicalgia. Ao exame físico admissional apresentava delimitação da cefaléia em área correspondente ao primeiro ramo do nervo trigêmeo direito, hipoestesia térmica em dimídio esquerdo e ataxia de marcha. Devido à Tomografia Computadorizada de Crânio sem alterações, realizado Ressonância Magnética de Crânio, sendo evidenciado isquemia aguda na porção posterolateral direita do bulbo e porção inferior do hemisfério cerebelar direito com sinais de dissecção na porção proximal do segmento V4 da artéria vertebral direita (Figura 1). O diagnóstico definido foi Acidente Vascular Cerebral isquêmico agudo causado pela dissecção de artéria vertebral após quiropraxia cervical. Iniciado anticoagulação, sendo a medicação de escolha rivaroxabana 20 mg/dia devido à disponibilidade e custo.

Durante o período de internação hospitalar não houve alteração do quadro clínico do paciente.

DISCUSSÃO

O primeiro caso da síndrome de Wallenberg foi descrito em 1895 tornando-se a síndrome de circulação posterior mais comum, com uma incidência de aproximadamente 60 mil casos novos ao ano nos Estados Unidos e acometimento mais frequente de indivíduos do sexo masculino⁽⁴⁾. Apesar de a síndrome de Wallenberg ser uma apresentação comum para as lesões isquêmicas de tronco cerebral, o diagnóstico etiológico de dissecção da artéria vertebral corresponde a apenas 8% dos casos⁽⁵⁾. Clinicamente o paciente se apresenta com hemiparesia ou hemianestesia cruzada associada a sintomas



causados por lesões dos núcleos dos IX e X nervos cranianos, como vertigem, nistagmo, ataxia de marcha, disfagia e disfonia. Ainda, podem apresentar anidrose, miose e ptose devido a lesões de fibras simpáticas, as quais fazem parte da síndrome de Horner^(4,8), e alteração do paladar pelo acometimento do trato solitário. A hemiparesia contralateral ocorre pela lesão do trato corticoespinhal e a hemianestesia ocorre pela lesão do trato espinotalâmico⁽⁶⁾. Os pacientes podem ainda apresentar cefaleia, sendo essa geralmente localizada na região occipital ipsilateral com migração para região frontal, e precedendo o início dos sintomas sensitivos⁽³⁾.

O acometimento sensorial na Síndrome de Wallenberg pode obedecer determinados padrões, sendo o mais comum na forma trigeminal ipsilateral-membro/hemicorpo contralateral. Outros padrões de envolvimento sensorial seriam o trigeminal contralateral-membro/dimídio contralateral, trigeminal bilateral-membro/dimídio contralateral, membro/dimídio sem envolvimento trigeminal (membro/dimídio isolado) e trigeminal sem envolvimento de membro/dimídio (trigeminal isolado)⁽³⁾.

Os pacientes com síndrome de Wallenberg podem distinguir-se entre si de acordo com o predomínio das lesões, aqueles com lesões mais rostrais apresentam predominantemente disfonia e disfagia pelo acometimento do núcleo rubro, e aqueles com lesões mais caudais caracterizam-se por sintomas como vertigem, hormônios e síndrome de Horner^(6,9), os quais são causados pelo acometimento das estruturas dorsolaterais. Lesões em localização caudal também estão mais associadas ao padrão de acometimento sensorial membro/dimídio isolado, assim como à etiologia de dissecação arterial. No caso do paciente do presente caso, provavelmente houve acometimento caudal, devido ao sintoma de ataxia de marcha, o padrão de acometimento membro/dimídio isolado e à etiologia do evento isquêmico.

Com relação a alterações laboratoriais, alguns casos de hiponatremia foram identificados em quadros graves de Síndrome de Wallenberg, sendo associados à Síndrome da secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH) e à Síndrome Cerebral Perdedora de Sal (SCPS)⁽¹⁰⁾.

Vertigens periféricas, doenças desmielinizantes e eventos hemorrágicos cerebrais destacam-se como principais diagnósticos diferenciais, sendo necessário a realização de Ressonância Magnética de Crânio para melhor avaliação⁽³⁾.

Angiotomografia e/ou Angioressonância são úteis para avaliação de lesões vasculares, incluindo oclusões e dissecações arteriais⁽⁷⁾. A realização do eletrocardiograma é necessária para auxiliar em diagnósticos de arritmias, além de excluir isquemia cardíaca. O tratamento deve ser realizado da mesma forma que qualquer acidente vascular isquêmico. Caso seja diagnosticado nas primeiras 4.5 horas do início dos sintomas, a trombólise com alteplase pode ser realizada após exclusão das contraindicações da medicação. Procedimentos endovasculares também podem ser avaliados caso haja indicação. Esses pacientes devem ser monitorados em unidades de terapia intensiva nas primeiras 24 horas e serem monitorados quanto à pressão arterial, glicemia e temperatura, bem como avaliados quanto



a disfagia e risco de broncoaspiração⁽³⁾. O paciente do caso foi tratado com rivaroxabana, visto que o tempo do ictus foi superior a 4,5 horas, não sendo submetido a procedimentos intervencionistas.

O quadro clínico apresentado pelo paciente e corroborado pelo exame de imagem exposto acima corresponde à Síndrome de Wallenberg resultante da dissecação de artéria vertebral pós quiropraxia cervical.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Wallenberg constitui uma das síndromes mais frequentes no quadro de AVC isquêmico de tronco encefálico, sendo a dissecação de artéria vertebral a terceira causa mais comum, com predomínio em pacientes jovens. O paciente descrito apresentou o quadro clínico e radiológico característicos, com destaque para a causa da dissecação, que seria a quiropraxia cervical.

REFERÊNCIAS

1. Tacik P, et al. **Gasperini's Syndrome: Its Neuroanatomical Basis Now and Then.** Journal of the History of the Neurosciences. 2012 Jan;21(1):17–30.
2. Ogawa K, et al. **Clinical Study of 46 Patients with Lateral Medullary Infarction.** Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2015 May;24(5):1065–74.
3. Kim JS. **Pure lateral medullary infarction: clinical-radiological correlation of 130 acute, consecutive patients.** Brain. 2003 Jun 4;126(8):1864–72.
4. Gasca-González OO, et al. **Bases neuroanatómicas del síndrome de Wallenberg. Cirugía y Cirujanos** [Internet]. 2020 May 4;88(3). Available from: https://cirugaiycirujanos.com/files/circir_20_88_3_376-382.pdf
5. Forshing Lui, Prasanna Tadi, Anilkumar AC. **Wallenberg Syndrome** [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470174/>
6. Qiu W, et al. **Wallenberg syndrome caused by multiple sclerosis mimicking stroke.** Journal of Clinical Neuroscience. 2009 Dec;16(12):1700–2.
7. Inamasu J, et al. **Clinical characteristics of cerebellar infarction due to arterial dissection.** Asian Journal of Neurosurgery. 2018 Dec;13(04):995–1000.
8. Saleem F, M Das J. **Lateral Medullary Syndrome** [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551670/>
9. Kim H, Lee HJ, Park J-W. **Clinical course and outcome in patients with severe dysphagia after lateral medullary syndrome.** Therapeutic Advances in Neurological Disorders. 2018 Jan;11:175628641875986.



10. Kim J-M, Park K-Y, Kim DH, Bae J-H, Shin D-W, Youn YC, et al. **Symptomatic hyponatremia following lateral medullary infarction: a case report.** *BMC Neurology.* 2014 May 22;14(1).

FIGURA



Figura 1: Ressonância Magnética de Crânio demonstrando lesão com restrição à livre difusão de água em porção posterolateral direita do bulbo.