

CEFALEIA NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIAS, O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Ana Elisa de Carvalho¹, Priscila Evangelista de Lima¹, Eva Clarice Abdo Grigoli²,
Vanessa Bernardo Nunes³

¹ Discente na Universidade Federal do Mato Grosso, UFMT, Cuiabá, Brasil.

² Médica infectologista pelo Hospital Universitário Julio Muller, Cuiabá, Brasil ³ Médica pela Universidade Federal de Rondônia, UNIR, Porto Velho, Brasil.

INTRODUÇÃO: Cefaléia é uma das queixas mais frequentes da prática clínica sendo, para o médico emergencista, o diagnóstico etiológico um desafio. Estando demonstrado que o erro diagnóstico em pacientes com cefaléia é comum, tem-se a encefalite herpética, um dos diagnósticos de extrema importância em pronto-atendimentos, visto que tem como apresentação cefaléia, na maioria dos casos, associada a alteração do comportamento e febre. A encefalite viral por herpes simplex é uma emergência neurológica com alta morbimortalidade e o reconhecimento imediato é importante para prevenir danos no tecido cerebral, alterações hemorrágicas e agravamento da encefalite.

RELATO DE CASO: Paciente masculino, 35 anos, previamente hígido, apresentando confusão mental, desorientação e dificuldade na fala, após episódio súbito de cefaléia intensa e síncope. Ao exame físico: afebril, desorientado, apresentando afasia de Wernick, pares cranianos sem alterações e sem déficits motor, realizado tomografia de crânio: área de alteração de sulcos em região temporo parietal esquerda, foi iniciado protocolo para acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI), entretanto não houve melhora do quadro. A ressonância magnética de crânio (RNM) evidenciou alterações sugestivas de processo inflamatório/infeccioso, sendo aventado o diagnóstico de encefalite viral. Em anamnese foi constatado história de herpes genital há aproximadamente dois anos, sem tratamento adequado. Suspendeu-se protocolo para AVEI e iniciou-se tratamento para encefalite herpética. Exames laboratoriais: sorologia para sífilis, hepatites, zica, HTLV I e II e HIV não reagente, com Herpes vírus IgG reagente >30 e IgM não reagente. Ao parecer da infectologia foi reforçado a cicatriz sorológica como reapresentação da doença.

CONCLUSÃO: No caso em questão a apresentação clínica foi inespecífica, levando a princípio a um diagnóstico equivocado, entretanto plausível diante aspecto clínico-epidemiológico, sendo fundamental o exame de neuroimagem para suspeição do

diagnóstico correto. A ausência de déficits neurológicos, febre e cefaleias sugerem grande arsenal de diagnósticos diferenciais. O caso exposto nos permite refletir a respeito de diversos aspectos em relação a importância dos exames de imagem, das especialidades médicas atuando em conjunto, do exame clínico minucioso e, principalmente, da abertura dos possíveis diagnósticos diferenciais no âmbito emergencial.