

HISTÓRIA DE UM PSEUDOTUMOR CEREBRAL: RELATO DE CASO

HISTORY OF A CEREBRAL PSEUDOTUMOR: CASE REPORT

Sarah Caroline Oliveira de Souza Boitrago¹

Marianne Caldeira de Faria Santiago²

João Paulo Rodrigues Pacheco

Eurides Maria Maia Atallah Hauan Barros³

RESUMO

Identificadas por dores originadas nas estruturas faciais e/ou cranianas no seguimento cefálico do indivíduo, as cefaleias se apresentam como primárias e secundárias, sendo o diagnóstico diferencial entre elas fundamental para definição de prognóstico e desfecho clínico favoráveis. Tais entidades são capazes de gerar ao indivíduo incapacidade para atividades cotidianas. Este estudo teve como objetivo descrever o caso de cefaleia secundária, cursando com hipertensão intracraniana e hipótese diagnóstica, por exclusão, de pseudotumor cerebral, em um município no Norte de Minas Gerais. Trata-se de um relato de caso de uma usuária atendida no serviço público de saúde, utilizando de buscas teóricas em Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline com descritores: Cefaleia secundária, Hipertensão intracraniana, e Pseudotumor cerebral de forma individual. Paciente do sexo feminino, 28 anos quando do acontecimento dos fatos, com visitas à Unidade Básica de Saúde mantendo queixa de cefaleia persistente, evoluindo com perda súbita da visão. Recorre ao serviço de urgência hospitalar, por mais de uma vez, passa por avaliação da oftalmologia e neurologia. Após punção lombar para análise do LCR, evidencia-se sinais de hipertensão intracraniana, que associada a exames de imagem do SNC (sem alterações detectáveis), concluiu-se então o quadro de Pseudotumor Cerebral, que gerou isquemia irreversível do nervo óptico. O profissional médico, diante da queixa de cefaleia, deve saber reconhecer os sinais de alarme, classificar o tipo da dor craniana e referenciar pacientes de maior complexidade, antecipando assim o diagnóstico e possível tratamento. Na Atenção Primária a

abordagem multiprofissional, encaminhamento em tempo oportuno e plano de cuidados fazem parte do atendimento humanizado, necessário ao paciente.

Descritores: Transtornos da Cefaleia Secundários, Hipertensão Intracraniana, Pseudotumor cerebral, Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Identified by pain originating in the facial and/or cranial structures in the individual's head, headaches present themselves as primary and secondary, with the differential diagnosis between them being fundamental for defining a favorable prognosis and clinical outcome. Such entities are capable of making the individual incapable of carrying out daily activities. This study aimed to describe the case of secondary headache, associated with intracranial hypertension and the diagnostic hypothesis, by exclusion, of pseudotumor cerebri, in a municipality in the North of Minas Gerais. This is a case report of a user treated in the public health service, using theoretical searches in the Virtual Health Library, in the Lilacs, Scielo and Medline databases with descriptors: Secondary headache, Intracranial hypertension, and Pseudotumor cerebri of individual way. Female patient, 28 years old at the time of the events, had visited the Basic Health Unit and complained of persistent headache, progressing to sudden loss of vision. He goes to the hospital emergency department more than once and undergoes an ophthalmology and neurology evaluation. After a lumbar puncture for cerebrospinal fluid analysis, signs

1 Mestra em Cuidado Primário em Saúde pela Unimontes. Doutoranda em Biotecnologia pela Unimontes. Montes Claros/MG.

2 Especialista em Medicina de Família em Comunidade pela Unimontes. Montes Claros/MG

3 Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unimontes. Montes Claros/MG.

of intracranial hypertension were evident, which, associated with CNS imaging tests (without detectable changes), concluded that Pseudotumor Cerebral was diagnosed, which generated irreversible ischemia of the optic nerve. When faced with a headache complaint, the medical professional must know how to recognize the warning signs, classify the type of head pain and refer more complex patients, thus antici-

pating the diagnosis and possible treatment. In Primary Care, the multidisciplinary approach, timely referral and care plan are part of the humanized care necessary for the patient.

Keywords: Secondary Headache Disorders, Intracranial Hypertension, Pseudotumor cerebri. Primary Health Care, Family and Community Medicine.

INTRODUÇÃO

Denomina-se cefaleia toda dor originada no segmento cefálico do indivíduo, tanto nas estruturas faciais quanto cranianas. No cotidiano da clínica médica, percebe-se grande diversidade de dores, e destaca-se a cefaleia como a mais frequente. A Associação Médica de Minas Gerais (AMMG) no ano de 2018, a considerou como responsável por 9,3% dos atendimentos não agendados antecipadamente, demonstrando um total de 2% na ocorrência dos serviços de atendimento emergencial. Estima-se que 95% das pessoas padeçam dessa condição no decorrer da vida, sendo que a maioria desses casos se refere a população jovem feminina e economicamente produtiva (AHMED; HUSSEIN; AL-RAWI, 2024; NITRINI; BACHESCHI, 2015).

As cefaleias são responsáveis por gerar limitações e até incapacidades para execução de atividades rotineiras e laborais. Devido a subjetividade e complexidade das características clínicas, esse tipo de dor possui difícil classificação, mas ainda assim é possível dividi-las em dois grandes grupos: primárias e secundárias. A primária se difere da secundária por não apresentar um motivo preexistente, uma causa aparente. Já a secundária, geralmente está associada a algum outro fator que possivelmente já existia, sendo possível o diagnóstico a partir de exames complementares ou até mesmo clinicamente, ressaltando que nesse tipo de dor, geralmente há maior complexidade envolvida. Nesse último grupo, se enquadram as situações associadas às infecções sistêmicas, endocrinopatias, intoxicações, hemorragia cerebral, as meningites, encefalites ou a lesões expansivas do Sistema Nervoso Central (SNC) (HERNANDEZ *et al.*, 2024; YIANGOU *et al.*, 2021).

Desse modo, mostra-se imprescindível uma avaliação clínica minuciosa do paciente

como um todo. Em se tratando de cefaleias, deve haver um direcionamento especial na semiologia neurológica, buscando reconhecer de forma mais ágil e objetiva sinais ou sintomas associados que justifiquem o quadro clínico em questão, sempre pensando no potencial de gravidade (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2017).

A Hipertensão Intracraniana (HIC) configura uma das possíveis etiologias da cefaleia secundária, essa se dá devido ao aumento da pressão dentro do crânio e pode ser resultado de diferentes causas (tumores cerebrais, encefalites, ferimentos de partes moles, hidrocefalias, meningites, epilepsia) que de alguma forma afetam o encéfalo, podendo ainda associar-se a um raro e desafiador quadro de Pseudotumor Cerebral (PTC) que, por sua vez, configura-se como um diagnóstico de exclusão para a possível presença de um tumor. O PTC também é visto como causa de hipertensão intracraniana “benigna”, que ocorre com certa frequência em pacientes relacionando-se com ganho de peso. A incidência pode ser até 10 vezes maior para esse indivíduo com quadro de obesidade e ainda, muitos estudos têm indicado (mesmo sem comprovação e relação direta bem estabelecidas) um apontamento para o público jovem do sexo feminino portador de tal comorbidade. Exames neurológicos de imagem, bem como a análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), como também exame de fundo de olho são importantes para aproximação do diagnóstico já que o PTC pode levar o paciente a momentânea ou, na pior das hipóteses, perda permanente da visão (ALMOTAIRI *et al.*, 2024; MONTEIRO; MOURA, 2008; COSTA, MARTINS, MARRONE, 2014).

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo relatar um caso de cefaleia secundária, atendida no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em um município no Norte de Minas Gerais.

DESENVOLVIMENTO

O presente estudo configura-se como descritivo, observacional, de caráter narrativo e reflexivo. Trata-se de um relato de caso, após seguimento clínico de uma usuária dos serviços de saúde pública em uma Unidade Básica de Saúde no município de Montes Claros (MG). Para realização do estudo, foram consideradas as determinações da resolução 466 de 2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A base teórica utilizada foi por meio de busca em bases de dados como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs, Scielo e Medline. Como critérios foram levados em conta: documentos clínicos pertinentes ao quadro clínico neurológico da paciente, texto completo e artigos dos últimos 10 anos já que, nessas bases de dados constavam poucas referências com tais descritores nos últimos cinco anos. Assim, optou-se por utilizar referências dos últimos 10 anos sobre o referido assunto. Utilizou-se de forma individualizada os termos: transtornos da cefaleia secundários, hipertensão intracraniana e pseudotumor cerebral.

Caso clínico

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, natural de Montes Claros - MG, branca, 28 anos de idade, com sobrepeso - IMC: 33 Kg/m², recém-casada, sem uso de medicações contínuas, e com pouco uso dos serviços da rede pública de saúde.

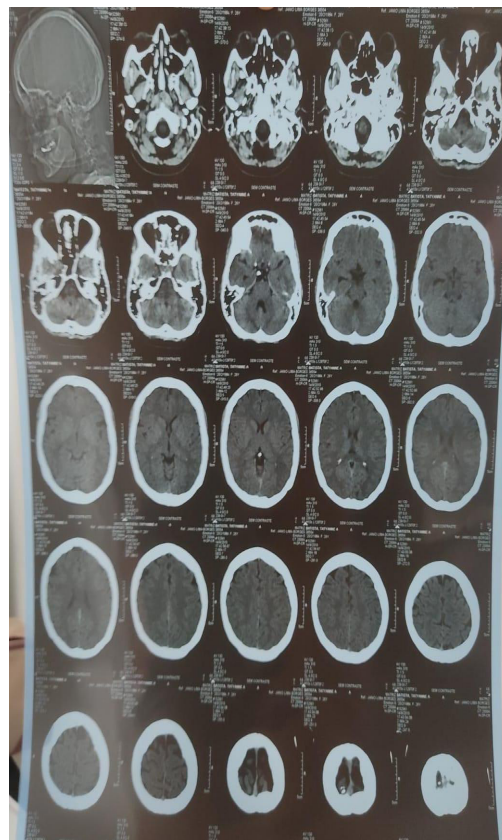
Paciente com largo histórico de cefaleias desde a adolescência, associada a foto e fonofobia, queda do estado geral e comprometimento parcial da funcionalidade diária.

Em sua trajetória de cefaleias recorrentes, a paciente realizava seguimento intermitente com neurologista, mantendo o diagnóstico de enxaqueca (descrevendo quadros de dor insidiosa e progressiva, pulsátil, holocraniana, sem pródromos, parcialmente incapacitante), com pobre resposta ao uso de sintomáticos. Chegou a realizar uma Tomografia Computadorizada de Crânio (TC) sem contraste em 14/09/2010, sem alterações detectadas (Figura 1). Tentava na medida do possível manter hábitos de vida que afastassem a crise algica (hidratação oral frequente, sono regular, prática de atividades físicas, abstinência de gorduras e açúcares) e mantinha uso frequente de diversos analgési-

cos simples e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

Figura 1 - Tomografia Computadorizada sem contraste de crânio 14/09/2010 (sem alterações detectáveis).

Fonte: acervo dos autores



A paciente apresentou piora crítica do quadro de dor, assim, passou a frequentar por diversas vezes os prontos socorros da cidade. Após 02 anos da primeira TC, em um dos serviços de urgência hospitalar, foi avaliada por médico neurologista, o primeiro a avaliar a paciente em um de seus momentos de dor aguda, o qual avaliou a TC anterior, otimizou as medicações de uso domiciliar e solicitou ambulatorialmente uma Ressonância Nuclear Magnética do Crânio sem contraste (RNM) para complementar a investigação. O laudo da RNM do Crânio sem contraste, evidenciou exame sem alterações detectáveis.

Um mês após realização da Ressonância, ao acordar pela manhã, com intensa cefaleia holocraniana, pulsátil, excruciante, a paciente percebeu que estava sem visão. Rapidamente procurou o serviço de urgência oftalmológica, onde passou por avaliação do especialista o qual constatou edema de papila óptica ao exame de fundo de olho, projeção leve/ moderada de globo ocular, seguido de piora do estrabis-

mo do olho direito, ao mapeamento de retina estavam presentes diversas alterações importantes (Figura 2 e Figura 3).

Figura 2 - Mapeamento de Retina - 13/09/2012 - (Retina aplicada 360°; meios transparentes; diversas micro hemorragias em chama de vela nos 4 quadrantes. Disco óptico muito elevado com perda do contorno. Obs.: diminuição importante do reflexo motor pupilar aferente e eferente). Fonte: acervo dos autores.

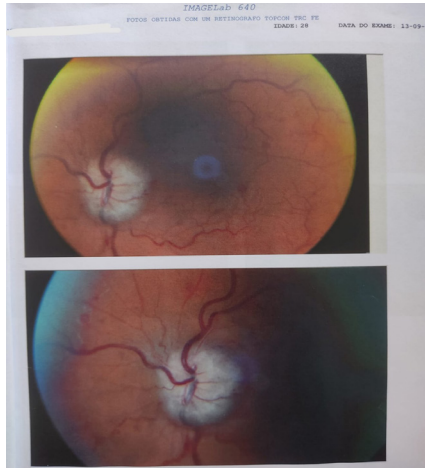
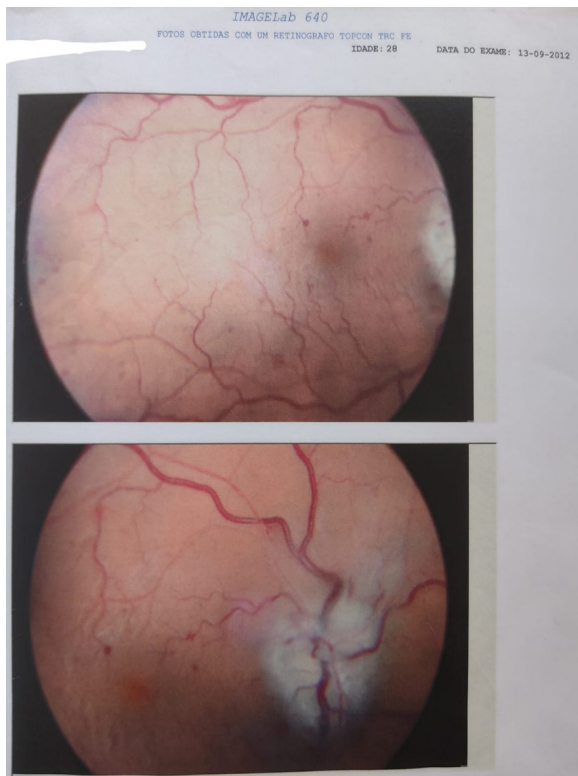


Figura 3 - Mapeamento de Retina - 13/09/2012 - (Retina aplicada 360°; meios transparentes; diversas micro hemorragias em chama de vela nos 4 quadrantes. Disco óptico muito elevado com perda do contorno. Obs.: diminuição importante do reflexo motor pupilar aferente e eferente) – acervo dos autores.



Durante a avaliação neurológica, foi realizada a punção lombar, para avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR), ao introduzir a

agulha no canal vertebral, houve intenso e forte fluxo da secreção. Após drenagem de quantia significativa, a paciente apresentou melhora do quadro álgico. No entanto, manteve amaurose parcial. A partir de então, cogitou-se a possibilidade de se tratar de um pseudotumor.

Como hipótese diagnóstica, de exclusão, o pseudotumor cerebral justificava todo quadro. Concluiu-se pelo oftalmologista, que a isquemia prolongada no nervo óptico, devido às altas pressões intracranianas, secundárias ao aumento do volume do LCR, ocasionou importante déficit visual na paciente, gerando visão tunelizada e borramento do ponto da visão residual.

O tratamento proposto foi a instalação de DVP (Derivação ventrículo Peritoneal), a qual consiste em dispositivo utilizado no sentido de aliviar a pressão causada pelo acúmulo de LCR no encéfalo, uma cânula é fixada desde o interior do segundo ventrículo e discorre via subdermica até a fixação distal da outra extremidade no peritônio abdominal. Após tal procedimento foi obtido o controle e regressão da hipertensão intracraniana, contudo a perda da visão foi irreversível. Em exames oftalmológicos posteriores, de seguimento, ambos os olhos se apresentavam com alterações que descrevem dano permanente e irreversível.

No Eletroretinograma de Campo Total (03/02/2015), exame específico da avaliação retiniana, evidenciou-se resposta escotópica preservada em ambos os olhos. Tempo implícito aumentado em quase todos os estímulos. Resposta fotópica subvoltada bilateralmente; concluindo então comprometimento global funcional dos cones e função relativamente preservada dos bastonetes em ambos os olhos.

DISCUSSÃO

A cefaleia representa possivelmente a queixa mais predominante na prática clínica, sendo estimado que 80% dos indivíduos reclamam de dores dessa origem. Associação Médica de Minas Gerais (AMMG) no ano de 2018, considerou a estimativa de que 95% dos indivíduos no decorrer da vida passem por essa condição sendo a população feminina a mais atingida. Apesar dessa presença constante no cotidiano clínico, somente uma pequena parte desses pacientes são devidamente diagnosticados e tratados corretamente, em consequência, muitas vezes por falta de refino do conheci-

mento de profissionais. Para o profissional de saúde emergencista, torna-se um grande desafio o atendimento adequado em um tempo hábil (HUSOY *et al.*, 2025; BUSATO; MARTINS, 2014; ASSUMPÇÃO *et al.*, 2017).

A HIC ocorre devido à pressão aumentada dentro do crânio, podendo ser resultado de diferentes causas que afetam o encéfalo como tumores cerebrais, encefalites, hidrocefalias e meningites. Dentre os principais sintomas estão: cefaleia, náuseas, vômitos, sensação de aperto no crânio, dentre outros. Além de sinais clínicos, o diagnóstico pode ser comprovado por exames de neuroimagem, como tomografia de crânio e ressonância magnética. Já o diagnóstico do PTC pode se dar mediante as queixas sintomáticas do paciente, no entanto como são sintomas comuns em diversas patologias, fazem com que resultados de exames como tomografia ou ressonância se apresentem normais, levando-se então a denominação de “falso tumor cerebral” (SZEWKA *et al.*, 2013; COSTA, MARTINS, MARRONE, 2014).

A instalação da DVP é realizada de forma cirúrgica acessando desde o cérebro até a cavidade abdominal, no intuito de realizar o desvio do LCR e assim, promover a restauração do fluxo e conseqüentemente a normalidade de absorção do mesmo (FACURE J.; FACURE N., 1973).

Sobre as limitações, observa-se questões inerentes ao delineamento do estudo de caso, como a impossibilidade de generalização dos resultados, potencial influência de fatores individuais e acompanhamento em curto período de tempo. Apesar dessas limitações, o relato contribui para o entendimento clínico e para a discussão de estratégias de cuidado, prática essencial dos profissionais e serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação médica, na rotina clínica, depende não só das ferramentas para diagnóstico como exames de imagens e testes semiológicos, mas, da boa prática médica, de saber escutar o paciente e levar em consideração sua queixa, sua dor.

No caso apresentado, o agravamento da hipertensão intracraniana gerou danos irreparáveis à paciente, mostrando então o quão necessário é associar a clínica e resultado de exames, no menor tempo possível.

Após revisão do quadro clínico, a equipe de saúde compreende que o plano de cuidados

à paciente, deve permear abordagem multiprofissional, orientações quanto a mudanças de hábitos de vida, terapia medicamentosa e encaminhamento à serviços especializados para acompanhamento.

Possibilidades terapêuticas e propedêuticas, identificar critérios de gravidade, devem ser ferramentas utilizadas com o paciente, e se pertinente ser imediatamente encaminhado com urgência ao serviço especializado, para afastar cefaleias secundárias. Ainda que um paciente transcorra por praticamente toda complexidade dos serviços de saúde, seu quadro clínico deve ser prudentemente reavaliado.

REFERÊNCIAS

ALMOTAIRI, F. S.; ALANAZI, A. I.; ALOKAYLI, S. H.; MAGHRABI, S.; ELWATIDY, S. M. Atypical presentation of idiopathic intracranial hypertension: a case series and literature review. **Asian Journal of Neurosurgery**, v. 19, n. 2, p. 179-185, 2024.

ASSUMPÇÃO, M. G.; CASTRO, G. L.; SPERANDIO, R. A.; HOLLAND, L. M. G.; RIGONATI, L. C. J.; CRUZ, C. G. M.; BOSI, N. A.; HAZIOT, M. E. J.; SPROVIERI, S. R. S. Protocolo de padronização do atendimento de cefaleias no serviço de emergência de um hospital geral terciário. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa de São Paulo**, v. 62, n. 2, 2017.

AHMED, R.; HUSSEIN, S.; AL-RAWI, L. Migraine among university students: prevalence, characteristics, and sociodemographic influences. **Healthcare (Basel)**, v. 12, n. 14, e1746, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BUSATO, S. B.; MARTINS, W. A.; MARRONE, L. C. Como identificar uma cefaléia secundária na emergência. **Acta méd. (Porto Alegre)**, v. 35, n. 5, 2014.

COSTA, L. S.; MARTINS, W. A.; MARRONE, L. C. P. Avaliação e reconhecimento da síndrome de hipertensão intracraniana. **Acta méd. (Porto Alegre)**, v. 35, n. 6, 2014.

FACURE, J. J.; FACURE, N. O. DERIVAÇÃO VENTRICULOPERITONEAL EM ADULTOS. **Arq. Neuro-psiquiatr.** v. 31, n. 1, 1973.

HERNANDEZ, J.; MOLINA, E.; RODRIGUEZ, A.; WOODFORD, S.; NGUYEN, A.; PARKER, G.; LUCKE-WOLD, B. Headache Disorders: Differentiating Primary and Secondary Etiologies. **Journal of Integrative Neurosciences**, v. 23, n. 2, fev. 2024.

HUSOY, A. K. et al. The global prevalence of headache disorders of public-health importance: a meta-analysis of population-based individual participant data from 41,614 adults from 17 countries. **The Journal of Headache and Pain**, v. 26, art. 204, 2025.

MONTEIRO, R.L. Mário, MOURA, C.F. Ophthalmologic aspects of idiopathic intracranial hypertension syndrome (pseudotumor cerebri). **Rev Bras Oftalmol.**, v. 67, n. 4, p. 196-203, 2008.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A. **A Neurologia que Todo Médico Deve Saber**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

SZEWKA, A. J.; BRUCE, B. B.; NEWMAN, N. J.; BIOUSSE, V. Idiopathic intracranial hypertension: relation between obesity and visual outcomes. **J Neuroophthalmol.**, v. 33, n. 1, 2013.

YIANGOU, A.; MITCHELL, J. L.; FISHER, C.; EDWARDS, J.; VIJAY, V.; ALIMAJSTOROVIC, Z.; GRECH, O.; LAVERY, G. G.; MOLLAN, S. P.; SINCLAIR, A. J. Erenumab for headaches in idiopathic intracranial hypertension: A prospective open-label evaluation. **Headache**, v. 61, n. 1, p. 157-169, 2021.