

SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS EM PACIENTE COM LINFOMA MALT GÁSTRICO E SCHWANNOMA UTERINO: UM RELATO DE CASO

1 - José Guilherme Maia - jose.maia0211@gmail.com - Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

2 - Jocielle Barreto Rodrigues - jociellebrodrigues@gmail.com - Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

3 - Filipe Oliveira do Valle Filho - filipeeeolivalle@gmail.com - Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

4 - Rachel Cardoso Nunes - rachelcardosonunes@gmail.com - Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

5 - Mariana de Mendonça Lima Ypiranga Monteiro - marianaymonteiro@gmail.com - Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

INTRODUÇÃO

O exame neurológico (EN) busca, sistematicamente, três diagnósticos: sindrômico, topográfico e etiológico, permitindo orientar a solicitação de exames complementares e monitorar atividade de doença. Na suspeita de neoplasias com alterações neurológicas, espera-se uma análise minuciosa do EN, buscando identificar possíveis síndromes paraneoplásicas.

OBJETIVOS

Descrever os achados neurológicos em paciente com histórico de Linfoma MALT Gástrico (LMG) e Schwannoma Uterino (SU).

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso coletado do prontuário de uma paciente em acompanhamento ambulatorial na neurologia.

RESULTADOS

M.J.S.M., 66 anos, feminino, hipertensa, previamente hígida, apresentava parestesia do tipo formigamento em pés e mãos, fraqueza em pernas, hipoestesia nas mãos e incapacidade de deambular com evolução de 3 meses. Negava disautonomia,

disfagia, dispneia e alterações visuais. Após investigação, recebeu diagnóstico de LMG e SU, realizando quimioterapia e exérese do Schwannoma. Após 5 meses do diagnóstico, vem referindo piora progressiva do quadro neurológico. Na família, histórico de câncer, negando neuropatias. No EN, ortostase apenas com apoio; sinal de Romberg; dismetria e disdiadocinesia bilateral; sarcopenia global com hipotonia em membros superiores (MMSS) e tônus preservado em membros inferiores (MMII); tetraparesia assimétrica de predomínio braquial pior distalmente; hiporreflexia de MMSS e arreflexia de MMII; anestesia em face medial de antebraços, mãos e pernas à nível patelar; hipoestesia em pés e face lateral da perna direita; apalestesia global; propriocepção alterada e exame de nervos cranianos inalterado. A eletroneuromiografia evidenciou neuropatia sensitiva axonal e assimétrica. A hipótese diagnóstica foi de uma síndrome deficitária sensitiva e motora assimétrica dos quatro membros de predomínio braquial com ataxia mista, de topografia ganglionar, com predomínio de fibras grossas em MMSS assimetricamente e presença de componente cerebelar, sendo a ataxia paraneoplásica onconeural uma etiologia provável. Assim, nesse momento, indicou-se pulsoterapia com Metilprednisolona 1g por 3 dias.

CONCLUSÃO

Este caso apresenta uma síndrome neurológica com características paraneoplásicas, cujas manifestações do tumor primário ou metastático são locais ou à distância. Assim, demonstra-se que a detecção precoce dos sinais e sintomas permite diagnosticar e tratar antecipadamente a doença de base buscando evitar sequelas neurológicas.

DESCRITORES: Exame Neurológico; Ataxia; Síndrome Paraneoplásica.