

## Perda de peso como tratamento adjuvante da hipertensão intracraniana idiopática: relato de caso

*Weight loss as an adjuvant treatment for idiopathic intracranial hypertension: case report*

João Luís Vieira Monteiro de Barros<sup>1</sup>, Mariana Couy Fonseca<sup>2</sup>, Laís Bhering Martins<sup>3</sup>, Rodrigo Santiago Gomez<sup>2</sup>, Antônio Lúcio Teixeira<sup>4</sup>

### RESUMO

Paciente apresentava episódios de cefaleia unilateral e pulsátil de moderada intensidade, acompanhada por turvação visual, recebendo o diagnóstico de hipertensão intracraniana idiopática. Com uso de acetazolamida e intervenção nutricional visando redução de peso, a paciente evoluiu com significativa melhora clínica.

**Palavras-chave:** Hipertensão Intracraniana Idiopática; Obesidade; Sobrepeso; Nutrição.

### ABSTRACT

The patient presented unilateral and pulsatile headache episodes of moderate intensity accompanied by visual turbidity, and was therefore diagnosed with idiopathic intracranial hypertension. After acetazolamide treatment and nutritional intervention aiming weight reduction, the patient evolved with significant clinical improvement.

**Keywords:** Intracranial Hypertension, Idiopathic; Obesity; Overweight; Nutrition.

<sup>1</sup> The College of Idaho. Caldwell, ID - Estados Unidos.

<sup>2</sup> Hospital Madre Teresa. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

### Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

### \* Autor Correspondente:

João Luís Vieira Monteiro de Barros

E-mail: joao.vieiramonteirod@yotes.collegeofidaho.edu

Recebido em: 24/08/2015.

Aprovado em: 13/12/2016.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão intracraniana idiopática (HII), também conhecida como “pseudotumor cerebral”, é uma entidade clínica caracterizada pela elevação crônica da pressão intracraniana, não relacionada a lesões estruturais e/ou expansivas. Além de sintomas de hipertensão intracraniana, notadamente cefaleia, pode acarretar uma série de complicações, incluindo papiledema, atrofia do nervo ótico e cegueira.<sup>1</sup> A etiopatogênese da HII não é bem compreendida, podendo estar relacionada à má absorção do líquido nas vilosidades aracnoideas ou à hipertensão venosa intracraniana.<sup>2</sup>

A HII pode ocorrer em ambos os sexos, no entanto, é mais comum entre as mulheres. Estima-se que a incidência de HII é de um caso a cada 100.000 mulheres e 0,3 casos a cada 100.000 homens. O número de casos é maior na população que apresenta obesidade, observado em 18 a cada 100.000 mulheres obesas e 1,5 a cada 100.000 homens obesos.<sup>1</sup>

A HII apresenta forte associação com a obesidade (superior a 93%).<sup>3</sup> Pacientes com índice de massa corporal (IMC) aumentado e HII apresentam maior chance de desenvolverem papiledema e, conseqüentemente, perderem a visão. Portanto, entre as condutas terapêuticas sugeridas para esses pacientes incluem-se intervenções nutricionais para perda de peso.<sup>4</sup> Além do sobrepeso, há outros fatores considerados de risco para a HII, como a doença de Addison, hipoparatiroidismo, hipervitaminose A e, por fim, pertencer ao sexo feminino.<sup>5</sup>

Neste relato, apresentamos o caso clínico de uma mulher com HII e sobrepeso que evoluiu com melhora clínica após intervenção alimentar.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de paciente de 33 anos com relato de cefaleia episódica, cerca de duas vezes na semana, com características migranosas há pelo menos dez anos. A cefaleia era descrita como unilateral, pulsátil, moderada a forte intensidade, com duração aproximada de 12 horas, sendo acompanhada de foto- e fonofobia. Usava analgésicos eventualmente, nunca tendo realizado profilaxia de dor. Negava comorbidades clínicas.

Nos últimos três meses, a cefaleia estava mais frequente e a paciente passou a apresentar turvação visual. Procurou oftalmologista, que identificou papiledema, encaminhando-a para a unidade de urgência. Exceto o papiledema, o exame neurológico inicial não mostrou qualquer sinal focal. O exame de neuroimagem não mostrou alterações. Foi realizada punção lombar com medida da pressão de abertura, aferindo-se 34 cmH<sub>2</sub>O (valor de referência: <20 cmH<sub>2</sub>O), confirmando HII.

O tratamento inicial consistiu em acetazolamida (1 g/dia) e ibuprofeno (600 mg) em caso de dor. Como seu peso inicial aferido foi de 62,5 kg e o IMC de 27,25 kg/m<sup>2</sup>, foi constatado sobrepeso. A paciente foi encaminhada para avaliação e acompanhamento nutricional.

A anamnese nutricional revelou fracionamento inadequado das refeições e consumo de grande quantidade de alimentos em um mesmo horário. A conduta dietoterápica consistiu em dieta com restrição calórica e fracionada em seis refeições diárias. A paciente foi orientada a substituir o açúcar pelo adoçante. De forma adicional, a paciente foi incentivada a praticar atividades físicas e iniciou caminhada e dança de salão. Após seis meses de acompanhamento, a paciente perdeu cerca de 9 kg, com redução do IMC para 23,5 kg/m<sup>2</sup>, modificando a classificação para eutrofia. Ao final desse período, a paciente melhorou significativamente a cefaleia, não mais apresentando alteração visual.

## DISCUSSÃO

O diagnóstico de HII baseia-se na identificação de pressão intracraniana elevada na ausência de anormalidades na composição do líquido, bem como na inexistência de lesões estruturais ou expansivas intracranianas.<sup>6</sup> A ressonância magnética com estudo de vasos cranianos deve ser conduzida para excluir a hipótese de trombose venosa cerebral.<sup>7</sup> A dor de cabeça é responsável pela maior morbidade, sendo que a maioria dos pacientes desenvolve papiledema uni- ou bilateral.<sup>8,9</sup>

Intervenções farmacológicas constituem a base do tratamento da HII. A acetazolamida é o fármaco de primeira escolha, mas que em doses altas (3-4 g/dia) pode acarretar uma série de efeitos colaterais, como: parestesias nas extremidades, fadiga, gosto metálico com bebidas carbonadas. A furosemida é a segunda opção. Há relatos que o uso de corticosteroides como a prednisona pode ser eficaz na redução da pressão intracraniana e, portanto, seriam opções no tratamento da HII.<sup>1,10</sup>

Em alguns casos, intervenções não farmacológicas se mostraram efetivas no tratamento da HII. No presente caso, a redução de peso contribuiu possivelmente para a melhora da cefaleia e reversão das alterações visuais. Nessa linha, intervenções cirúrgicas com o objetivo de reduzir o peso também demonstraram resultados positivos no tratamento da HII.<sup>11,12</sup> Permanecem elusivos os mecanismos pelos quais a redução de peso pode resultar na melhora da HII.

A HII é uma doença neurológica crônica que, apesar de possuir uma etiologia pouco compreendida, tem tratamentos eficazes. Neste relato, descrevemos o caso de uma paciente com HII que melhorou após tratamento específico e redução de peso. Futuras pesquisas com o intuito de investigar os mecanismos pelo qual a redução de peso pode resultar na melhora da HII são necessárias.

## REFERÊNCIAS

1. Wall M. Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2008;8(2):87-93.
2. Hannerz J, Ericson K. The relationship between idiopathic intracranial hypertension and obesity. *Headache*. 2009;49(2):178-84.
3. Sinclair AJ, Burdon MA, Nightingale PG, Ball AK, Good P, Matthews TD, *et al*. Low energy diet and intracranial pressure in women with idiopathic intracranial hypertension: prospective cohort study. *BMJ*. 2010;341:c2701.
4. Szewka AJ, Bruce BB, Newman NJ, Biousse V. Idiopathic intracranial hypertension: relation between obesity and visual outcomes. *J Neuroophthalmol*. 2013;33(1):4-8.
5. Chen J, Wall M. Epidemiology and risk factors for idiopathic intracranial hypertension. *Int Ophthalmol Clin*. 2014;54(1):1-11.
6. Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology*. 2002;59(10):1492-5.
7. Friedman DI. Cerebral venous pressure, intra-abdominal pressure, and dural venous sinus stenting in idiopathic intracranial hypertension. *J Neuroophthalmol*. 2006;26(1):61-4.
8. Weisberg LA. Benign intracranial hypertension. *Medicine (Baltimore)*. 1975;54(3):197-207.

9. Maxner CE, Freedman MI, Corbett JJ. Asymmetric papilledema and visual loss in pseudotumour cerebri. *Can J Neurol Sci.* 1987;14(4):593-6.
10. Friedman DI, Jacobson DM. Idiopathic intracranial hypertension. *J Neuroophthalmol.* 2004;24(2):138-45.
11. Sugeran HJ, Felton WL 3rd, Salvant JB Jr, Sismanis A, Kellum JM. Effects of surgically induced weight loss on idiopathic intracranial hypertension in morbid obesity. *Neurology.* 1995;45(9):1655-9.
12. Sugeran HJ, Felton WL 3rd, Sismanis A, Kellum JM, DeMaria EJ, Sugeran EL. Gastric surgery for pseudotumor cerebri associated with severe obesity. *Ann Surg.* 1999;229(5):634-40.