

CLUSTER SEIZURE SECUNDÁRIA A TUMOR INTRACRANIANO

Bruno Cesar Elias¹; Lucas Alecio Gomes²; Matheus César Nerone³.

¹Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal – CCA-UEL/ Londrina – PR;

²Departamento de Clínicas Veterinárias – CCA-DCV-UEL/Londrina – PR;

³Graduando de Medicina Veterinária – UNICESUMAR/Maringá – PR.

Dentre as emergências neurológicas descritas em cães, se encontram os casos de agrupamento de crises epiléticas e *status epilepticus*, os quais proporcionam graves consequências ao paciente, podendo levá-lo à óbito. Deste modo, o diagnóstico da causa das crises é o principal fator implicante no prognóstico, onde os casos de origem idiopática representam aproximadamente 31% dessas emergências, sendo as demais etiologias de ordem secundária ou estrutural, onde, em cães idosos, a causa mais comum são neoplasias. O objetivo desse relato é demonstrar que o diagnóstico e a localização de uma neoplasia intracraniana em uma cadela foram imprescindíveis na determinação do tratamento e do prognóstico. Um cão fêmea, de 13 anos de idade, pastor alemão, foi atendido por queixa de crises epiléticas parciais e generalizadas, com cronologia aguda e progressiva. Na avaliação neurológica, a paciente apresentava pleurotótomo para a direita, alteração de comportamento, tetraparesia não ambulatorial com ataxia propioceptiva e diminuição da propiocepção dos membros esquerdos. O animal foi internado e medicado com diazepam e fenobarbital a fim de controlar as crises e, concomitantemente, foi submetido a exames complementares, incluindo hemograma, avaliação bioquímica, radiografia de tórax e ultrassonografia, onde não foram observadas alterações. Por conta disto, causas extracranianas foram excluídas dos diagnósticos diferenciais. Após 48 horas sem crises, houve retorno das funções de hidratação e alimentação, porém a tetraparesia não ambulatorial e o pleurotótomo mantiveram-se. Concedeu-se alta hospitalar à paciente e foi prescrito fenobarbital, para controle das convulsões, e prednisona, por suspeita de encefalite. Na reavaliação, 14 dias após a alta, a paciente apresentava tetraparesia ambulatorial com andar em círculo, retorno do comportamento normal e estava livre de novas crises epiléticas. Para complementar o processo de diagnóstico, a paciente foi submetida à avaliação tomográfica de encéfalo, onde foi possível visibilizar áreas de maior opacidade em topografia de córtex no lado direito, com captação de contraste, e sutil deslocamento da linha sagital, de aspecto heterogêneo, medindo 30,7 mm de comprimento por 13 mm de largura e 29,6 mm de altura. Uma análise do líquido cefalorraquidiano foi realizada, a qual evidenciou apenas hiperproteínoorraquia, compatível com dissociação albuminocitológica. A amostra do LCR ainda foi enviada para cultivo bacteriano e fúngico, porém não foi observado algum crescimento microbiológico. Desta forma, foi feito o diagnóstico presuntivo de neoplasia intracraniana, com principal suspeita de meningioma. Diante disso, o paciente foi tratado de forma paliativa com o uso de corticosteroides e anticonvulsivante. Após aproximadamente 1 ano e 2 meses do primeiro atendimento, a paciente veio a óbito devido a complicações sistêmicas. O diagnóstico da etiologia das crises epiléticas é imprescindível para a determinação do prognóstico do paciente, como foi demonstrado neste caso. A origem de crises epiléticas em pacientes com mais de sete anos se concentra em causas neoplásicas, inflamatórias e infecciosas. A localização de uma neoplasia sustenta a clínica do paciente e pode sugerir evolução do comprometimento neurológico, como foi observado neste caso, onde, pelo fato de a mesma se concentrar na região do córtex frontal e do bulbo olfatório, os sinais clínicos foram todos característicos de prosencéfalo, com sobrevida alta, similar ao descrito na literatura. O diagnóstico da causa de epilepsia foi o principal fator para determinar o prognóstico do paciente e, portanto, definir o melhor tratamento, sendo que o uso de corticosteroides associado a anticonvulsivante proporcionou sobrevida de 1 ano e 2 meses ao paciente.

Palavras-chave: neurologia, pleurotótomo, neoplasia.