Heminegligência

Hemineglect

Marcelo Salame[1], Raquel Rodrigues Muradás[2], Sibelle de Almeida Tierno[3],
Mateus Dornelles Severo[4], José Roberto Missel Corrêa[5], Valdeci Juarez Pomblum[6]

RESUMO

A heminegligência, um fenômeno em que uma disfunção leva a uma desatenção da metade do campo visual e da percepção corporal, geralmente decorre de lesões do hemisfério parietal e está associado a um pior prognóstico quando acompanhada de anosognosia. O objetivo deste estudo é apresentar o caso de um paciente do sexo masculino, 73 anos, que desenvolveu heminegligência espacial associada à anosognosia e hemianopsia à esquerda decorrentes de um acidente vascular encefálico isquêmico.

UNITERMOS: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Lacunar, Transtornos da Percepção.

ABSTRACT

Hemineglect, a phenomenon in which a dysfunction leads to inattention of half the visual field and body perception, usually results from damage to the parietal hemisphere and is associated with a worse prognosis when accompanied by anosognosia. The objective of this study is to present the case of a male patient, 73, who developed spatial hemineglect and anosognosia associated with left hemianopia resulting from an ischemic stroke.

KEYWORDS: Stroke, Lacunar Stroke, Perceptual Disorders.

INTRODUÇÃO

A heminegligência, também conhecida por negligência, negligência hemiespacial, hemiatenção ou negligência hemissensorial, denota uma dificuldade ou perda da habilidade de reagir a um estímulo sensorial (visual, auditivo, somático, olfatório) apresentado no hemiespaço contralateral a uma lesão do hemisfério cerebral humano direito ou esquerdo. Além da negligência sensorial, a negligência motora pode ocorrer e se manifestar com o reduzido uso ou não uso de uma extremidade contralateral durante a marcha ou atividades bimanuais. A negligência de representação ocorre na imaginação de uma cena espacial (1). Assim, por definição, heminegligência não é meramente o resultado de um distúrbio no qual uma parte do corpo, ou mesmo uma "parte do seu mundo" (campo visual à esquerda do centro, por exemplo) é ignorada ou suprimida, além de negada sua própria existência, não sendo, primariamente, atribuída a déficit sensorial e motor. A mais frequente etiologia da heminegligência em humanos é um infarto em território da artéria cerebral média direita, causando lesões que se localizam no córtex parietal inferior, correspondendo às áreas 7, local de convergência entre a visão e a propriocepção, e 40 de Brodmann, assim como a junção têmporo-parietal, giro temporal superior e os giros frontais médio e inferior (2).

O objetivo deste estudo é apresentar um caso clínico de heminegligência associada à anosognosia, diagnosticada em paciente que sofreu um acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi).

[1] Mestre em Ciências da Saúde. Médico Residente de Cardiologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
[2] Mestranda em Ciências da Saúde. Residente em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Santa Maria.
[3] Médica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Residente em Geriatria.
[4] Especialização em Endocrinologia. Professor da UFSM.
[5] Especialização em Radiologia. Médico Radiologista.
[6] Doutor em Medicina pela Universidade Heinrich Heine, Düsseldorf, Alemanha. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da UFSM.

RELATO DO CASO

Paciente, 73 anos, masculino, branco, hipertenso, destro, com cinco anos de escolaridade, sem história de deterioração intelectual ou doença psiquiátrica, foi trazido por familiares ao Pronto-Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que referiram que o mesmo passou a apresentar desequilíbrio, comprometimento da atenção, confusão mental e dificuldade de executar tarefas diárias havia 12 horas. Na história da doença atual, relataram que o paciente se "esquecia" de se vestir e de se calçar apenas no lado esquerdo. Apresentava-se confuso, dizendo que não estava doente, desorientado no tempo e no espaço, desatento e negava cefaleia. Ao exame, apresentava-se em bom estado geral, afebril, eupneico, pressão arterial 160/80 mmHg, frequência cardíaca 80 bpm, pupilas isocóricas e fotorreagentes, hemianopsia homônima esquerda, sem sinais de irritação meníngea, diminuição dos reflexos e da força à esquerda (grau 4/5), Romberg negativo, sem movimentos involuntários, escala de coma de Glasgow 15. O paciente apresentou dificuldade em manter o alinhamento postural e o equilíbrio nos testes de equilíbrio e marcha, não se confirmando a síndrome de *pusher*. Na escala de acidente vascular cerebral dos *National Institutes of Health* (NIH) de avaliação quantitativa dos déficits neurológicos relacionados com o AVEi, o paciente pontuou 5. Em testes funcionais, o paciente se esquecia, por exemplo, de vestir o braço esquerdo da camisa ou mesmo calçar o chinelo do pé esquerdo. À tomografia computadorizada de neurocrânio (Figura 1), identificou-se na região têmporo-occipital direita área hipodensa com apagamento de sulcos corticais e perda da diferenciação entre a substância cinzenta/branca, sugestiva de AVCi agudo, sem acometimento de área somatossensorial e sem sinais que sugerissem hemorragia. Buscando correlacionar as funções a seus correspondentes neurobiológicos, o paciente foi submetido a testes de "papel-e-lápis", cancelamento e bissecção de linhas e reprodução de figuras, instrumentos sensíveis e muito utilizados na avaliação do paciente com suspeita de heminegligência. No teste de cancelamento de linhas (Figura 2), deixava de marcar as linhas do lado esquerdo da página. Na bissecção de linhas, o paciente aplicou a bissecção no hemiespaço ipsilateral à injúria. Na reprodução de figuras (Figuras 3 e 4), esboçava apenas a parte direita dos desenhos. Diante do quadro clínico, dos exames de imagem e dos testes neuropsicológicos, foram diagnosticadas heminegligência à esquerda associada à anosognosia e hemianospia à esquerda.

DISCUSSÃO

O relato mostrou o caso de um paciente com heminegligência espacial associada à anosognosia e hemianospsia pós-AVEi em região têmporo-occipital direita. O AVEi é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo (3). No Brasil, gera grande demanda de recursos diagnósticos, tratamento e reabilitação (4). Definida como uma deficiência em relatar, responder ou se orientar a um novo ou significativo estímulo apresentado ao lado oposto à lesão cerebral, quando não pode ser atribuída a defeito sensorial ou motor, a heminegligência ocorre em 23% dos pacientes que sofreram um AVEi, podendo variar entre 8% e 73%. Em hemisfério direito, ocorre em 43% dos pacientes, estando associada à maior severidade do AVE, mortalidade intra-hospitalar e tempo de reabilitação (5).

São várias as teorias para explicar a heminegligência. De acordo com a teoria da atenção, o hemisfério direito pode ser dominante para a atenção em ambos os hemiespaços, enquanto o hemisfério esquerdo é especializado apenas para o hemiespaço direito. Mais tarde, esta teoria foi reformulada em termos anatômicos, estabelecendo que o

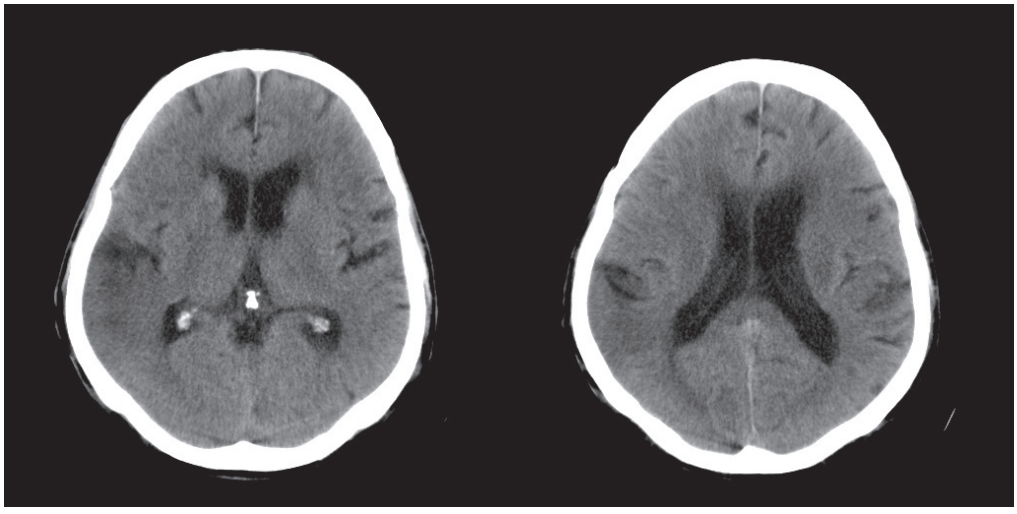


Figura 1 – Tomografia computadorizada de crânio mostra lesão sugestiva de AVC isquêmico agudo na região têmporo-occipital direita: área hipodensa com apagamento de sulcos corticais e perda da diferenciação entre a substância cinzenta/branca.

hemisfério direito contém conexões neurais direcionadas para a atenção visual, ou somatossensorial espacial, que é especializado em ambos os hemiespaços, enquanto o sistema comparável no hemisfério esquerdo auxilia apenas na percepção do hemiespaço direito (6).

O córtex parietal posterior está envolvido na atenção a objetos em diferentes posições no espaço extrapessoal, e a heminegligência resultaria de uma ruptura na capacidade de deslocar a atenção. Na fase aguda da heminegligência, o paciente, na maioria das vezes, ignora o seu déficit, denominado de anosognosia. Isso está em contraste com uma perda hemissensorial, isto é, hemianopsia homônima sem heminegligência, em que, geralmente, o paciente demonstra consciência de suas dificuldades e pode, inclusive, descrevê-las em detalhes. A sobreposição de heminegligência e anosognosia tem diferenças drásticas nas consequências da heminegligência. É provável que a anosognosia aumente a mortalidade devido às maiores taxas de complicações com imobilidade e menor colaboração dos pacientes durante a reabilitação por não terem total consciência de seus déficits (5).

A heminegligência associada à anosognosia pode ser tão bizarra que leva o médico não familiarizado com a síndrome a dúvidas quanto aos achados da anamnese e do exame físico. O paciente pode negar que seu membro inferior esquerdo está realmente paralisado ou, em casos extremos, recusar-se a acreditar que esse membro seja parte de seu corpo. Assim, na história clínica, é fundamental diferenciar a hemianopsia sem heminegligência da heminegligência sem hemianopsia. Ao ser questionado sobre o seu déficit visual, o paciente com hemianopsia sem heminegligência reconhecerá o problema, ao contrário do paciente com heminegligência sem hemianopsia (7).

Na hemianopsia pura, não há anosognosia. Este negará problemas de leitura como a omissão de palavras e/ou sílabas (1). Quando se olha para ou imagina-se um objeto, tem-se consciência de sua estrutura. Os pacientes com heminegligência podem copiar ou marcar todas as características em uma ordem, contudo, podem falhar na reprodução da parte esquerda de um objeto (Figuras 3 e 4). Na bissecção de linhas, tanto o paciente com heminegligência quanto o paciente com hemianopsia podem marcar a linha ipsilateral à injúria encefálica, fenômeno denominado de erro hemianóptico de bissecção de linha (8). Por outro lado, o teste do cancelamento de linhas é simples e bastante sensível para diagnosticar heminegligência em pacientes com lesão cerebral unilateral (9). Apesar da recuperação da maioria dos sinais de heminegligência, uma parcela considerável de pacientes, especialmente com grandes lesões no hemisfério direito, tem suas atividades funcionais diárias severamente prejudicadas. Pacientes com heminegligência têm uma demora na recuperação da hemiplegia, problemas posturais, e requerem tratamento ambulatorial adicional depois da alta hospitalar (1). Como foi o caso, alguns pacientes recupe-

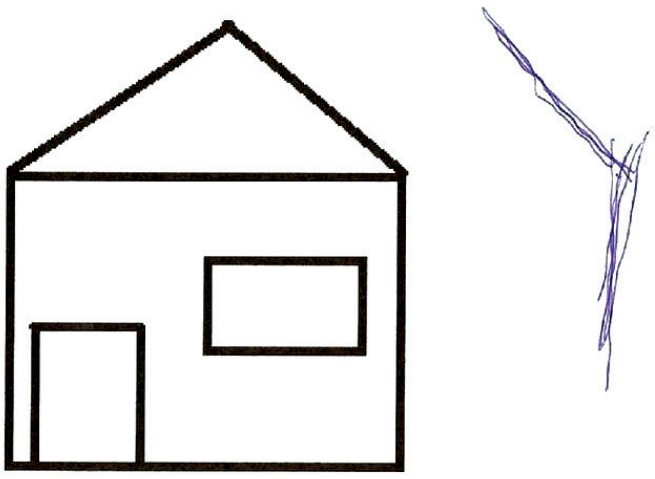


Figura 3 – Paciente com negligência após injúria do hemisfério direito omite aspectos contralesionais na figura reproduzida.

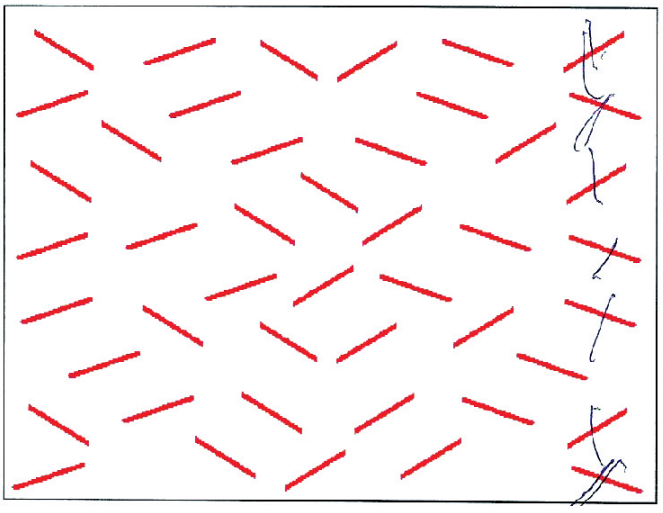


Figura 2 – Desempenho do paciente com negligência após injúria do hemisfério direito no teste de cancelamento de linhas.

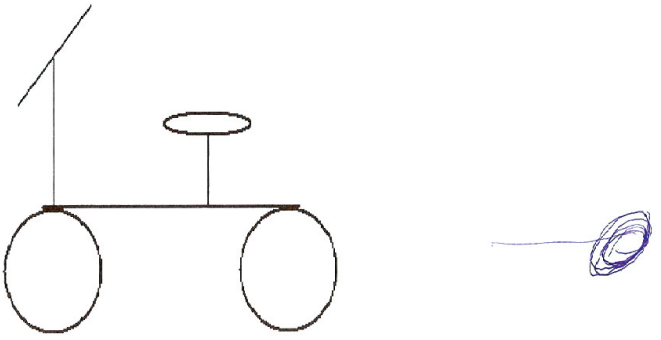


Figura 4 – Paciente com negligência após injúria do hemisfério direito omite aspectos contralesionais na figura reproduzida.

ram sua independência para a realização das tarefas diárias e mesmo voltam às funções que exerciam antes da afecção. De qualquer maneira, a heminegligência é o principal preditor negativo para a recuperação das lesões cerebrais (10).

A heminegligência é, geralmente, um fenômeno transitório, podendo estar presente apenas no estágio agudo da lesão, com recuperação prevista em 4 a 6 semanas. Os pacientes podem não apresentar um distúrbio da sensibilidade e da motricidade, ocorrendo mesmo na presença de lesão do sistema visual, como foi o que aconteceu com o paciente, e podem ter componentes não visuais, como problemas motores e de representação. O paciente realizou normalmente o tratamento médico preconizado, o programa de reabilitação, conforme suas necessidades específicas de fisioterapia, terapia fonoaudiológica e psicoterapia. Na alta hospitalar do HUSM, foi encaminhado a acompanhamento em consultas ambulatoriais em posto de saúde próximo à sua residência.

COMENTÁRIOS FINAIS

Diante do caso descrito, concluiu-se que a heminegligência, acompanhada de anosognosia, piora o prognóstico do paciente, alertando a equipe de saúde para uma abordagem multidisciplinar. De discutível etiologia neurobiológica, e sem sinais clássicos de um AVE, a heminegligência pode deixar o clínico em dúvida diante dos achados de anamnese e exame físico. Mesmo assim, através de provas neuropsicológicas sensíveis, pode ser confirmada à beira do leito com testes de "papel-e-lápis".

REFERÊNCIAS

1. Kerkhoff G. Spatial hemineglect in humans. Prog Neurobiol, 2001;63(1):1-27.
2. Vallar G, Rusconi ML, Bignamini G, Geminiani G, Perani D. Anatomical correlates of visual and tactile extinction in humans: a clinical CT scan study. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1994;57(4):464-70.
3. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. Lancet, 1997;349(9061):1269-76.
4. Kaiser SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. Rev SOCERJ, 2004;17(1):11-8.
5. Pedersen PM, Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Hemineglect in acute stroke: incidence and prognostic implications. The Copenhagen Stroke Study. Am J Phys Med Rehabil, 1997;76(2):122-7.
6. Mesulam MM. From sensation to cognition. Brain, 1998;121(Pt 6):1013-52.
7. Parton A, Malhotra P, Husain M. Hemispatial neglect. Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004;75:13-21.
8. Kerkhoff G, Schenk T. Line bisection in homonymous visual field defects: recent findings and future directions. Cortex, 2011;47(1):53-8.
9. Rorden C, Fruhmann Berger M, Karnath HO. Disturbed line bisection is associated with posterior brain lesions. Brain Res, 2006;1080(1):17-25.
10. Katz N, Hartman-Maeir A, Ring H, Soroker N. Functional disability and rehabilitation outcome in right hemi-sphere damaged patients with and without unilateral spatial neglect. Arch Phys Med Rehabil 1999;80(4):379-84.

✉ Endereço para correspondência
Marcelo Salame
RST 287, 8001/201
97.105-910 – Santa Maria, RS – Brasil
☎ (55) 3225-1229 / (55) 8408-4524
💻 marsalame@yahoo.com.br

Recebido: 7/2/2013 – Aprovado: 21/3/2013