

SÍNDROME DO CERÉBRO SILENCIOSO

Karen Regina Martins Soares

Diego Morais Gomes

Renara Costa Tomaz

Beatriz da Sá Mota

Síndrome do Cérebro Silencioso

**Karen Regina Martins Soares, Diego Moraes Gomes,
Renara Costa Tomaz, Beatriz de Sá Mota
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)**

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Cérebro Silencioso é uma patologia rara, com exoftalmia bilateral progressiva em pacientes submetidos à DVP, geralmente na infância. A fisiopatologia não é completamente elucidada, aventa-se que a diminuição da pressão na fossa craniana anterior impacte o teto da órbita, desencadeando mudanças ósseas e expansão orbitária.

RELATO DO CASO

M.E.S., 23 anos, feminino, encaminhada da neurocirurgia, relatando lacrimejamento, hiperemia conjuntival bilateral, há três meses, associada a afundamento dos globos oculares. Acompanhamento na neurocirurgia desde a infância por cisto aracnóide, em uso de Drenagem Ventricular Peritoneal (DVP), realizada aos nove anos de idade.

Ao exame, apresentava exoftalmo, exoftalmometria de oito milímetros em ambos os olhos, entrópico da pálpebra superior esquerda, lagoftalmo bilateral, pior à esquerda, pupilas isofotorreagentes, motricidade ocular preservada, acuidade visual sem correção 20/20 em ambos os olhos, porém à esquerda com movimentação da cabeça.

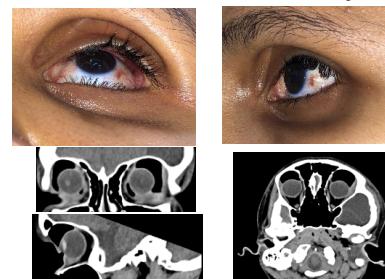
Na biomicroscopia, olho direito sem anormalidades, esquerdo com hiperemia conjuntival e ceratite leve, sem outros achados. Pressão intraocular e Fundo de olho normais.

Na conduta, foi indicado implante de placa em assoalho da órbita esquerda associada a correção de entrópico. E contrarreferência para avaliação da possibilidade de retirada da DVP.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

TC de crânio e órbitas (nov/22 e fev/23): Formação cística frontotemporoparietal esquerda (cisto aracnóide 12,7 x 4,3 cm), com remodelagem da calota craniana.

Há cateter de derivação no interior do cisto, com aparente acotovelamento da sua extremidade distal. Gás subpalpebral bilateral. Globos oculares e demais estruturas sem alterações.



DISCUSSÃO:

O manejo dessa afecção deve ser multidisciplinar e depende da gravidade do exoftalmo e das complicações, podendo ser cirúrgico ou não.

O objetivo é alcançar a simetria nas posições dos globos, com implante de placa em assoalho ou teto orbitário. A posteriori, realizar reposicionamento das pálpebras.

Esse caso mostra a importância de um segmento neurocirúrgico adequado, a fim de evitar hiperdrenagem da DVP e suas consequências anatômicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pargament JM, Peralta RJ, Nerad JA, McCann JD. Orbital volume augmentation for exophthalmos following ventriculoperitoneal shunting: a case study in "silent brain syndrome". Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2017. Piraktikul N & David T. Tse (2021): A Natural History of Silent Brain Syndrome over 36 Years: A case report.