

# Síndrome de *flutter* ocular e ataxia de tronco pós-infecciosa

## *The post-infectious ocular flutter syndrome and truncal ataxia*

Lucas Najar<sup>1</sup> e Eduardo Hilário<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever um quadro clínico subagudo pós-infeccioso caracterizado por ataxia de tronco e flutter ocular.

**Relato de caso:** Um homem de 37 anos previamente hígido, pouco após um quadro sistêmico inespecífico que se resolveu espontaneamente, deu início a movimentos involuntários hiperkinéticos dos olhos, da cabeça e desequilíbrio importante. Os sintomas evoluíram em poucos dias. Ao exame, apresentava ataxia de tronco e presença de flutter ocular. O líquido mostrou pleocitose discreta. Ressonância magnética (RM) de crânio e exames laboratoriais normais. Houve melhora espontânea e total dos sintomas em cerca de três semanas.

**Conclusão:** A síndrome de flutter ocular e ataxia de tronco é rara e é destacado a benignidade do quadro.

**Palavras-chaves:** ataxia; transtornos da motilidade ocular

### ABSTRACT

**Objective:** To describe a post-infectious subacute clinical picture characterized by truncal ataxia and ocular flutter.

**Case report:** A healthy 37-year-old man, a few days after spontaneously resolved nonspecific systemic disease, initiated involuntary hyperkinetic movements of the eyes, head, and major imbalance. The symptoms progressed within a few days. He presented ataxia of the trunk and presence of ocular flutter. CSF showed pleocytosis. Magnetic resonance of the skull and laboratory tests were normal. There was spontaneous and total improvement of symptoms in about three weeks.

**Conclusion:** The ocular flutter syndrome and truncal ataxia is rare and the benignity of the condition is highlighted.

**Key-words:** ataxia; ocular motility disorders

<sup>1</sup>Residente médico do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Rio de Janeiro, Brasil

<sup>2</sup>Residente médico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

**Endereço para correspondência:** Dr. Lucas Najar, Av. Venceslau Braz, 215 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, 22290-160, e-mail: lnajar@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O reconhecimento de sacadas anormais pode ser bastante útil para o diagnóstico na prática clínica<sup>1</sup>. O *flutter* ocular é uma intrusão sacádica caracterizada por disparos de movimentos oculares involuntários rápidos, sem intervalos entre as sacadas, que ocorre apenas no plano horizontal e cessa espontaneamente<sup>2-3</sup>.

Está relacionada a uma inibição dos neurônios da pausa (*omnipause neurons*) limitados à formação reticular paramediana pontina<sup>2</sup>. Não deve ser confundido com nistagmo, movimento unidirecional com fases rápida e lenta; nem com opsoclonus, intrusão sacádica multidirecional<sup>4</sup>. Tem sido descrito causas principalmente pós-infecciosas, mas também paraneoplásicas, tóxicas, metabólicas ou idiopáticas<sup>3-4</sup>. Aqui reportamos um caso raro de *flutter* ocular combinado com ataxia de tronco, pós-infeccioso, mostrando a benignidade do quadro.

## APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Um homem de 37 anos, branco, livre de comorbidades, morador de São João de Meriti - RJ, iniciou na segunda semana de setembro de 2018 um quadro de mialgia, cefaleia e indisposição, sem febre aferida, artralgia, náusea, vômito ou rash cutâneo. Na semana seguinte os sintomas cessaram espontaneamente. Cerca de três dias após passou a apresentar progressivamente movimentos involuntários hipercinéticos dos olhos, da cabeça, além de intenso desequilíbrio com dificuldade crescente para deambular. Procurou imediatamente uma unidade de pronto-socorro, onde recebeu encaminhamento para avaliação neurológica. Poucos dias após, com o quadro ainda em evolução, veio à nossa instituição, especializada em Neurologia. Negou uso de medicamentos ou viagens recentes. Da história patológica, teve dois episódios de infecção viral no passado, diagnosticadas como arbovirose, que cursaram com plaquetopenia. Teve varicela e uma pneumonia na infância. Na história fisiológica, familiar ou social nada digno de nota.

Ao exame neurológico apresentava ataxia de tronco importante, deambulando com auxílio bilateral e comprometimento significativo da estática; motricidade ocular extrínseca preservada com presença de *flutter* ocular (vídeo disponível em <https://youtu.be/u6UKWXehcZc>) e fundo de olho sem alterações; movimentos cefálicos rápidos, curtos e horizontais (*head flutter*) (vídeo disponível em <https://youtu.be/u6UKWXehcZc>); tono e força normais; reflexos profundos presentes e simétricos; ausência

de sinais piramidais; exame da coordenação de membros superiores e inferiores normais; e sensibilidades superficial e profunda preservadas.

Foi internado dez dias após a primeira avaliação. Os exames de hemograma, bioquímica, coagulograma, hepatograma e sumário de urina vieram sem alterações. A imagem na RM de crânio, no aparelho de 1,5T nas sequências em T1, T2, FLAIR, DWI e ACD, foi normal. Exame do líquido mostrou pleocitose discreta (6 leucócitos/mm<sup>3</sup>), sendo 58% linfócitos, 26% neutrófilos e 16% monócitos, proteína (32 mg/dl) e glicose (67 mg/dl) normais. Ao longo de duas a três semanas o paciente apresentou melhora espontânea total dos sintomas. Logo não recebeu terapia específica, recebendo alta hospitalar sete dias após a internação, com seguimento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

Em vista do quadro de manifestações sistêmicas inespecíficas (cefaleia, mialgia, indisposição), o paciente atribuiu isso a uma infecção viral não especificada, recorrendo à ajuda médica após cessação do quadro e surgimento de novos sintomas, os movimentos involuntários. Antes do encaminhamento para a Neurologia, em vista da dificuldade para caminhar e a existência de um pródromo, foi aventada a hipótese de Síndrome de Guillain-Barré (SGB), a causa mais comum de ataxia pós-infecciosa<sup>5</sup>. Na primeira avaliação neurológica, foi afastada a hipótese de SGB, devido a exuberância da força e dos reflexos osteotendíneos. Chamou a atenção a presença ostensiva de um *flutter* ocular intercalada com movimentos cefálicos rápidos que pareciam reproduzir os movimentos dos olhos (*head flutter*), além da ataxia de tronco.

O *flutter* ocular é um achado semiológico incomum no dia-a-dia do clínico, geralmente associado a lesões no tronco encefálico e/ou cerebelo<sup>3</sup>. Combinada à ataxia, trata-se de uma síndrome rara descrita pela primeira vez em 1960 por Smith e Walsh e posteriormente por Cogan<sup>3</sup>. É uma encefalite pós-infecciosa relativamente benigna, de bom prognóstico. Tem sido mais descrita em contextos pós-virais, como enterovirus, parotidite viral, HIV e dengue, mas também após quadro bacteriano<sup>4</sup>. Foi relacionada, em um relato anterior, à presença de autoanticorpos anti-G-Q1b, apontando tanto para a hipótese autoimune em sua fisiopatologia quanto para o acometimento preferencial pela região pontina do tronco encefálico<sup>2</sup>, que levaria a uma inibição dos neurônios da pausa em íntima ligação com vias cerebelares. E a ataxia de tronco e os movimen-

tos cefálicos em torno da linha média denotam provável acometimento de vias ligadas ao verme cerebelar.

Ao exame físico houve a suspeita de haver um componente funcional no quadro clínico, ou pelo menos a sensação de existir ansiedade por parte do paciente, contudo a prática semiológica não confirmou. Curiosamente, a mesma suspeita ou impressão também existiu em relatos antigos, ao exame de um paciente com a mesma síndrome<sup>6</sup>. Talvez os movimentos involuntários apresentados transmitam a impressão de o paciente estar ansioso, constituindo uma característica a parte.

A realização de exames complementares foi necessária para se descartar outras causas possíveis, como parainfecciosas ou estruturais. No diagnóstico diferencial consideramos principalmente hipóteses inflamatórias/autoimunes, como a cerebelite pós-infecciosa, que se apresenta com neuroimagem tipicamente normal<sup>5</sup>, e primeiro surto de Esclerose Múltipla, além de etiologia paraneoplásica. O achado de pleocitose no líquido é compatível com o descrito em casos prévios na literatura<sup>2-4-6</sup>. Apesar de não ter sido isolado um vírus ou uma bactéria, os sintomas sistêmicos prodrômicos, a pleocitose no líquido e a evolução temporal apontam para etiologia pós-infecciosa<sup>6</sup>.

Não há uma regra definitiva quanto à conduta terapêutica<sup>4</sup>. Geralmente é autolimitada. Estudos apontam para o benefício da terapia com Imunoglobulina intravenosa (Ig IV)<sup>5</sup>. E há relato de importante melhora com administração de corticoide, em caso associado ao dengue<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

A síndrome de *flutter* ocular e ataxia de tronco é relativamente rara, apresentando-se em contextos pós-infecciosos na maioria dos casos vistos. Provavelmente tem a participação do sistema imunológico em sua fisiopatologia. E podemos perceber que a evolução é benigna, com desfecho favorável, sendo que o paciente não chegou a receber tratamento específico e mesmo assim sofreu remissão do quadro não restando sequelas. O reconhecimento de tal condição pode vir a tranquilizar o paciente.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## CONSENTIMENTO

O paciente concedeu direito de publicação do caso clínico em questão bem como o uso de imagem que consta na filmagem.

## REFERÊNCIAS:

1. Termsarasab P, Thammongkolchai T, Rucker JC, Frucht SJ. The diagnostic value of saccades in movement disorder patients: a practical guide and review. *Journal of Clinical Movement Disorders*. 2015; 2:14.
2. Zaro-Weber O, Galldiks N, Dohmen C, Fink GR, Nowak DA. Ocular flutter, generalized myoclonus, and trunk ataxia associated with anti-GQ1b antibodies. *Arch Neurol* 2008; 65(5):659–661.
3. Mahale RR, Mehta A, Buddaraju K, Srinivasa R. Parainfectious Ocular Flutter and Truncal Ataxia in Association with Dengue Fever. *J Pediatr Neurosci* 2017; 12(1): 91–92.
4. Souza RB, Amaral PHA, Michels DS, Ferreira LS. Opsoclonus-ataxia syndrome in an adolescent: an acute otitis media complication. *Braz J Otorhinolaryngol* 2014;80(5):455–56.
5. Cho TA, Schmähmann JD, Cunnane ME. Case 30-2013: A 19-Year-Old Man with Otalgia, Slurred Speech, and Ataxia. *N Engl J Med* 2013; 369; 13:1253–61.
6. Hankey GJ, Sadka M. Ocular flutter, postural body tremulousness and CSF pleocytosis: a rare post-infectious syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50(9):1235–6.