

"Um mundo em câmera lenta" como manifestação da Síndrome de Alice no País das Maravilhas: um relato de caso

"A slow-motion world" as a manifestation of Alice in Wonderland syndrome: a case report

Laryssa Crystinne Azevedo Almeida, Marcelo Moraes Valença

Unidade Funcional de Neurologia e Neurocirurgia, Universidade Federal de Pernambuco
Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brasil

Almeida LCA, Valença MM. "Um mundo em câmera lenta" como manifestação da Síndrome de Alice no País das Maravilhas. *Headache Medicine*. 2017;8(4):134-137

RESUMO

O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma mulher que sofre de migrânea e apresentou dois episódios de distorções na percepção do tempo concomitantemente aos episódios migranosos. As sensações experimentadas pela paciente se enquadram dentre os sintomas descritos na Síndrome de Alice no País das Maravilhas. A sensação que o "mundo está em câmera lenta" é uma forma rara de apresentação da Síndrome de Alice no País das Maravilhas.

Palavras-chave: Síndrome de Alice no País das Maravilhas; Migrânea; Cefaleia.

ABSTRACT

This article aims to report the case of a female patient suffering from migraine who presented two episodes of distortions in the perception of time concomitantly with the migraine episodes. The sensations experienced by the patient fall within the symptoms described in Alice in Wonderland Syndrome. The feeling that the "world is in slow motion" is a rare form of presentation of Alice's Wonderland Syndrome.

Keywords: Alice in Wonderland syndrome; Migraine; Headache.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Alice no País das Maravilhas é uma condição neurológica considerada rara⁽¹⁾ caracterizada pela presença de distorções na percepção da realidade associadas a alguma condição clínica subjacente. O espectro de sintomas relatados na presente síndrome é bastante amplo, existindo relato na literatura de 42 sintomas visuais e 16 sintomas somestéticos ou não visuais.^(2,3) Em revisão sistemática, Blom⁽²⁾ categorizou que os sintomas mais frequentemente descritos eram micropsia (visualizar os objetos em tamanho menor do que eles são) e macropsia (visualizar os objetos em tamanho maior do que eles são) em 58,6% e 45,0% dos casos, respectivamente. Outras manifestações frequentes foram: dismorfopsia (alteração na percepção das linhas e contornos dos objetos, com linhas retas sendo percebidas onduladas, por exemplo), acinetopsia (perda da percepção visual do movimento), teleopsia (os objetos parecem estar mais distantes do que realmente estão), desrealização (sensação de que o mundo não é real), macrosomatognosia ou microsomatognosia (sensação de que o corpo é maior ou menor do que realmente é, respectivamente), e sensação de aceleração ou desaceleração do tempo.⁽⁴⁻¹⁰⁾

A falta de padronização de critérios diagnósticos e o escasso número de relatos na literatura tornam difícil definir um padrão de acometimento e a distribuição epidemiológica. A literatura vigente relata um maior nú-

mero de casos em crianças ou adultos jovens, levantando-se a hipótese de que esta manifestação seria um sinal de imaturidade do sistema nervoso destes indivíduos.⁽¹⁾ A causa mais frequentemente relatada da síndrome é a migrânea,⁽¹¹⁻¹⁷⁾ seguida de infecções virais, principalmente pelo vírus de Epstein-Barr.^(1,18-31) Outras etiologias que foram descritas em associação foram: lesões cerebrais, fármacos, drogas ilícitas, desordens psiquiátricas e epilepsia.^(18,32,33)

A fisiopatologia do fenômeno ainda não é bem conhecida, mas alguns estudos de neuroimagem sugerem que a síndrome tem alguma associação com o funcionamento anormal da área parieto-temporo-occipital (a área de junção entre elas). Essa área está envolvida na percepção espacial e da imagem corporal, particularmente na região posterior do lobo parietal não dominante.⁽²¹⁾ Estudos de neuroimagem usando FDG-PET em um indivíduo com depressão e síndrome de Alice no País das Maravilhas antes e após o tratamento sugeriram um hipometabolismo do córtex frontal e um hipermetabolismo dos córtices occipital e temporoparietal.⁽³⁴⁾ Mais estudos são necessários para uma melhor compressão dos mecanismos envolvidos na deflagração dos sintomas.

A base do diagnóstico consiste em excluir outras condições clínicas que justifiquem alucinações visuais ou auditivas.⁽³⁵⁻⁴¹⁾ e tentar identificar a condição clínica que esteja associada com o surgimento dos sintomas e se essa associação de causalidade é verdadeira, já que há relatos de experimentação dos sintomas de alucinação ou distorção da realidade na população geral. É necessário pesquisar se há lesões cerebrais subjacentes, fazendo-se este rastreio por meio de RM, pesquisa de LCR e EEG, que normalmente encontram-se sem alterações significativas.⁽¹⁾

Apesar de ser uma condição benigna, o tratamento é necessário visando prevenir o impacto que as alucinações podem provocar na vida diária, principalmente na população pediátrica que pode apresentar-se com episódios de pânico.⁽¹⁾ O controle da condição clínica subjacente é a base do tratamento, instalando-se medicação profilática para as crises de migrânea, antibióticos ou antivirais nas condições associadas às infecções, controle da epilepsia por meio de anticonvulsivantes ou tratamento das desordens psiquiátricas.

O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma paciente que sofre de migrânea e apresentou dois episódios de distorções na percepção do tempo concomitantemente aos episódios migranosos. As sensações experimentadas pela paciente se enquadram dentre os sintomas descritos na Síndrome de Alice no País das Maravilhas.

RELATO DE CASO

Mulher, 32 anos de idade, com história de cefaleia fronto-temporal à direita, em caráter pulsátil, associada a vômitos, tontura e sintomas autonômicos (lacrimejamento e edema palpebral) desde a adolescência. A frequência era de cerca de duas vezes por mês.

Em duas ocasiões apresentou paroxísticos compatíveis com os sintomas relatados na Síndrome de Alice no País das Maravilhas. O primeiro episódio ocorreu quando tinha 16 anos e estava em um festival de quadrilhas juninas, no qual a paciente apresentou distorção na percepção do tempo, relatando sensação de que ela própria estava acelerada e as pessoas e objetos adjacentes estavam desacelerados, como se estivessem "em câmara lenta". O episódio durou cerca de 10-15 minutos e foi acompanhado por uma forte cefaleia que ocorreu concomitantemente aos sintomas.

O segundo episódio ocorreu aos 31 anos de idade, quando estava caminhando pela rua e percebeu a mesma sintomatologia, com percepção de que as pessoas e carros estavam desacelerados, "em câmara lenta", episódio também acompanhado de cefaleia.

A paciente era obesa e no segundo episódio fazia uso da medicação orlistate para emagrecimento. Negava história pessoal de diabetes, hipertensão ou qualquer condição mórbida neurológica, como convulsões, trauma encefálico ou infecções.

O exame físico não mostrava alterações. Realizou RM e AngioRM que se apresentaram dentro dos padrões da normalidade. Dentre as conclusões do estudo de imagem, foram observadas algumas variações da normalidade como assimetria das vertebrais com a artéria vertebral esquerda hipoplásica, sinais de padrão fetal da artéria cerebral posterior direita, assimetria dos seios cavernosos, sendo o esquerdo de maior dimensão que o direito, além de sinais de sinusopatia inflamatória crônica.

Optou-se por iniciar medicação profilática para as crises de enxaqueca, já que as mesmas eram de forte intensidade e incapacitantes, topiramato na dose de 25 mg/dia com a paciente relatando diminuição da intensidade e da frequência dos episódios de cefaleia. Não apresentou novos episódios de distorção na percepção do tempo.

DISCUSSÃO

Os episódios de alucinação da percepção do tempo ocorreram em associação aos quadros de cefaleia. Excluídas lesões orgânicas por meio dos exames de imagem, é

possível estabelecer uma relação de causalidade entre a migrânea e os sintomas compatíveis com a Síndrome de Alice no País das Maravilhas.

A síndrome de Alice no País das Maravilhas associada com migrânea não foi incluída na nova classificação das cefaleias da *International Headache Society ICHD (2018)* e, portanto, não há critérios diagnósticos estabelecidos. Valença e colaboradores⁽¹⁾ propuseram os seguintes critérios diagnósticos:

- A. Um ou mais episódios de experiência pessoal de ilusão de seu esquema corporal ou metamorfopsia;
- B. Duração < 30 min;
- C. Acompanhada de cefaleia ou história de migrânea;
- D. RM, LCR e EEG sem alterações significativas.

Levando-se em consideração a proposta apresentada, é possível estabelecer que a paciente preenche todos os critérios para defini-la como portadora da síndrome em questão, excetuando-se a pesquisa de LCR e EEG que não foi realizada por não ter sido considerada relevante para a pesquisa diagnóstica.

Curiosamente foram relatados casos da Síndrome no País das Maravilhas em migranosos durante o uso de topiramato.^(42,43)

Foi observado que a síndrome de Alice no País das Maravilhas pode apresentar-se em indivíduos com migrânea, e a apresentação dos sintomas varia entre os indivíduos. Os autores encontraram em revisão da literatura poucos relatos de alterações na percepção do tempo,⁽⁸⁾ sendo, portanto, uma forma rara de apresentação da síndrome de Alice no País das Maravilhas.

REFERÊNCIAS

1. Valença MM, de Oliveira DA, Martins HA. Alice in Wonderland Syndrome, Burning Mouth Syndrome, Cold Stimulus Headache, and HaNDL: Narrative Review. *Headache*. 2015; 55(9):1233-48.
2. Blom JD. Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. *Neurol Clin Pract* 2016;6(3):259-70.
3. Blom JD. [The Alice in Wonderland syndrome. What do we know after 60 years?] *Tijdschr Psychiatr*. 2016;58(4):281-91. [Article in Dutch].
4. Cau C. [The Alice in Wonderland syndrome]. *Minerva Med*. 1999;90(10):397-401. [Article in Italian]
5. Cruysberg JR, Cruysberg LP. [Metamorphopsia of the Alice in Wonderland-syndrome.] *Ned Tijdschr Geneesk*. 1999 Mar 27; 143(13):696-7; author reply 697-8. [Article in Dutch].
6. Farooq O, Fine EJ. Alice in Wonderland Syndrome: A Historical and Medical Review. *Pediatr Neurol*. 2017;77:5-11.
7. Fine EJ. The Alice in Wonderland syndrome. *Prog Brain Res*. 2013;206:143-56.
8. Jia Y, Miao Y. Evidence for the Perception of Time Distortion During Episodes of Alice in Wonderland Syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(6):473-75.
9. Lanska DJ, Lanska JR. The Alice-in-Wonderland Syndrome. *Front Neurol Neurosci*. 2018;42:142-50.
10. Podoll K, Ebel H, Robinson D, Nicola U. [Obligatory and facultative symptoms of the Alice in wonderland syndrome]. *Minerva Med*. 2002;93(4):287-93. [Article in Italian]
11. Bayen E, Cleret de Langavant L, Fenelon G. [The Alice in Wonderland syndrome: an unusual aura in migraine]. *Rev Neurol (Paris)*. 2012;168(5):457-9. [Article in French]
12. Corral-Carames MJ, Gonzalez-Lopez MT, Lopez-Abel B, Taboas-Pereira MA, Francisco-Morais MC. [Alice in Wonderland syndrome as persistent aura of migraine and migraine disease starting]. *Rev Neurol*. 2009;48(10):520-2. [Article in Spanish]
13. George D, Bernard P. Complex hallucinations and panic attacks in a 13-year-old with migraines: the alice in wonderland syndrome. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(1):30-2.
14. Golden GS. The Alice in Wonderland syndrome in juvenile migraine. *Pediatrics*. 1979;63(4):517-9.
15. Hamed SA. A migraine variant with abdominal colic and Alice in Wonderland syndrome: a case report and review. *BMC Neurol*. 2010;10:2.
16. Ilik F, Ilik K. Alice in Wonderland syndrome as aura of migraine. *Neurocase*. 2014;20(4):474-5.
17. Smith RA, Wright B, Bennett S. Hallucinations and illusions in migraine in children and the Alice in Wonderland Syndrome. *Arch Dis Child*. 2015;100(3):296-8.
18. Mastria G, Mancini V, Vigano A, Di Piero V. Alice in Wonderland Syndrome: A Clinical and Pathophysiological Review. *Biomed Res Int*. 2016;2016:8243145.
19. Bernal Vano E, Lopez Andres N. [A case of Alice-in-Wonderland syndrome probably associated with the use of montelukast]. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(2):127-8. [Article in Spanish]
20. Binalsheikh IM, Griesemer D, Wang S, Alvarez-Altalef R. Lyme neuroborreliosis presenting as Alice in Wonderland syndrome. *Pediatr Neurol*. 2012;46(3):185-6.
21. Brumm K, Walenski M, Haist F, Robbins SL, Granet DB, Love T. Functional magnetic resonance imaging of a child with Alice in Wonderland syndrome during an episode of micropsia. *J AAPOS*. 2010;14(4):317-22.
22. Cinbis M, Aysun S. Alice in Wonderland syndrome as an initial manifestation of Epstein-Barr virus infection. *Br J Ophthalmol*. 1992;76(5):316.
23. Copperman SM. "Alice in Wonderland" syndrome as a presenting symptom of infectious mononucleosis in children: a description of three affected young people. *Clin Pediatr (Phila)*. 1977;16(2):143-6.
24. Eshel GM, Evov A, Lahat E, Brauman A. Alice in Wonderland syndrome, a manifestation of acute Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 1987;6(1):68.
25. Kamei A, Sasaki M, Akasaka M, Chida S. [Abnormal magnetic resonance imaging in a child with Alice in Wonderland syndrome following Epstein-Barr virus infection]. *No To Hattatsu*. 2002;34(4):348-52. [Article in Japanese]

26. Kuo SC, Yeh YW, Chen CY, Weng JP, Tzeng NS. Possible association between Alice in Wonderland syndrome and influenza A infection. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2012; 24(3):E7-8.
27. Kuo YT, Chiu NC, Shen EY, Ho CS, Wu MC. Cerebral perfusion in children with Alice in Wonderland syndrome. *Pediatr Neurol*. 1998;19(2):105-8.
28. Lahat E, Berkovitch M, Barr J, Paret G, Barzilai A. Abnormal visual evoked potentials in children with "Alice in Wonderland" syndrome due to infectious mononucleosis. *J Child Neurol*. 1999;14(11):732-5.
29. Lahat E, Eshel G, Arlazoroff A. "Alice in Wonderland" syndrome and infectious mononucleosis in children. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53(12):1104.
30. Liaw SB, Shen EY. Alice in Wonderland syndrome as a presenting symptom of EBV infection. *Pediatr Neurol*. 1991;7(6):464-6.
31. Nakaya H, Yamamoto T, Takano M, Yamamoto K, Hujikawa Y, Morikawa S, et al. Alice in Wonderland syndrome caused by the 2009 pandemic H1N1 influenza A virus. *Pediatr Infect Dis J*. 2011; 30(8):725-6.
32. Mizuno M, Kashima H, Chiba H, Murakami M, Asai M. 'Alice in Wonderland' syndrome as a precursor of depressive disorder. *Psychopathology*. 1998;31(2):85-9.
33. Omata T, Fujii K, Kuroki H, Shimojo N. Alice in Wonderland syndrome associated with mycoplasma infection. *Pediatr Int*. 2016;58(10):1057-59.
34. Yokoyama T, Okamura T, Takahashi M, Momose T, Kondo S. A case of recurrent depressive disorder presenting with Alice in Wonderland syndrome: psychopathology and pre- and post-treatment FDG-PET findings. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):150.
35. G Lerner A, Lev-Ran S. LSD-associated "Alice in Wonderland Syndrome"(AIWS): A Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) Case Report. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2015; 52(1):67-8.
36. Asensio-Sanchez VM. [Alice in Wonderland syndrome]. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2014;89(2):77-8. [Article in Spanish]
37. Augarten A, Aderka D. Alice in Wonderland syndrome in H1N1 influenza: case report. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(2):120.
38. Camacho Velasquez JL, Rivero Sanz E, Tejero Juste C, Suller Marti A. Alice in Wonderland syndrome in cerebrovascular disease. *Neurologia*. 2016;31(6):418-20.
39. Coven I, Horasanli B, Sonmez E, Coban G, Dener S. The Alice in Wonderland syndrome: an unusual in acute disseminated encephalomyelitis. *Am J Emerg Med*. 2013;31(3):638 e1-3.
40. Garcia-Cabo C, Fernandez-Dominguez J, Garcia-Rodriguez R, Mateos Marcos V. Alice in Wonderland syndrome as the initial and sole manifestation of ischaemic stroke. *Neurologia*. 2017.
41. Kadia BM, Ekabe CJ, Agborndip E. Primary care challenges of an obscure case of "Alice in Wonderland" syndrome in a patient with severe malaria in a resource-constrained setting: a case report. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):789.
42. Evans RW. Reversible palinopsia and the Alice in Wonderland syndrome associated with topiramate use in migraineurs. *Headache*. 2006;46(5):815-8.
43. Jurgens TP, Ihle K, Stork JH, May A. "Alice in Wonderland syndrome" associated with topiramate for migraine prevention. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82(2):228-9.

Correspondência

Laryssa Crystinne Azevedo Almeida,
laryssazevedo@hotmail.com

Recebido: 15 de dezembro de 2017

Aceito: 28 de dezembro de 2017