

ESCLEROSE MÚLTIPLA: RELATO DE CASO

COSTA, Joeline¹
BANDEIRA, João Luis²
SOARES, Antônio Carlos Andrade³
SOUZA, Victor⁴

RESUMO

A Esclerose Múltipla apresenta uma baixa incidência no Brasil; é importante que o médico generalista tenha em mente os critérios clínicos que caracterizam a doença, tendo em vista diagnóstico e tratamento precoces, de forma a evitar o comprometimento da vida laboral e social do paciente. Nesse caso específico, os principais achados concordam com a literatura, tais como sintomas parestésicos em membros e regiões distais, fraqueza unilateral, acometimento da visão em aspecto tubular e a incontinência urinária. Os exames de imagem, tais como ressonância nuclear magnética de crânio, coluna cervical e coluna toraco-lombar, demonstraram, neste caso, desmielinização multifocal progressiva, um achado característico em pacientes portadores da doença. O objetivo do tratamento é retardar a progressão da doença e evitar comprometimentos físico e cognitivo, através de pulsoterapia, corticóide via oral e fisioterapia motora.

PALAVRAS-CHAVE: esclerose múltipla; relato de caso; diagnóstico clínico.

MULTIPLE SCLEROSIS : A CASE REPORT

ABSTRACT

Multiple sclerosis has a low incidence in Brazil, it is important to general practitioner to keep in mind the clinical criteria that characterize the disease, in view of early diagnosis and treatment, in order to avoid compromising the patient's occupational and social life. In this particular case, the main findings were consistent with the literature, such as paresthesia in members and distal regions, unilateral weakness, impairment of vision in tubular aspect and urinary incontinence. Imaging tests such as nuclear magnetic resonance of skull, cervical spine and spine thoracolumbar showed progressive multifocal demyelination, which is a characteristic finding in patients with the disease. The goal of treatment is to slow the progression of the disease and prevent cognitive and physical impairments through pulse therapy, oral corticosteroids and motor-physical therapy.

KEYWORDS: multiple sclerosis, case report, clinical diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, com parestesia em ambas as mãos e regiões distais de membros inferiores, predominante em hemicorpo direito, associada a vertigens. Procurou atendimento com médico generalista, em 2004, tendo sido diagnosticada e tratada para crise de labirintite, com melhora dos sintomas.

Cerca de 5 anos mais tarde, em 2009, a paciente apresentou quadro súbito de discreta paresia em mão direita e região distal de membro inferior direito, além de cervicobraquialgia em membro superior direito. Relata também que no decorrer do ano de 2008 apresentou lombalgia e parestesia recorrentes no membro inferior esquerdo.

Ao procurar atendimento médico neurológico, foi submetida a uma ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio, em janeiro de 2009, ocasião em que foram visualizadas múltiplas lesões na substância branca, sugestivas de EM; porém, não houve um diagnóstico definitivo.

Em março de 2009 realizou outra RNM, desta vez de medula, quando foram visualizadas lesões intramedulares, sugestivas de lesões desmielinizantes, provavelmente a origem dos sintomas. Ao exame neurológico foi constatada diminuição de força na mão direita e no membro inferior direito. Os exames laboratoriais colhidos na ocasião não apresentaram particularidade. Foi iniciado tratamento com prednisona em dose terapêutica.

No decorrer dos anos a paciente apresentou episódios característicos de esclerose múltipla (EM) progressiva/recorrente, tipo de EM em que as recidivas, ou crises/ataques, ocorrem quando os pacientes desenvolvem sintomas decorrentes da formação ou piora progressiva das placas, principalmente quando estas se encontram nos nervos ópticos, na medula espinal, no tronco encefálico ou no cerebelo.

Em 2011, a paciente apresentou quadro de turvação visual, com visão periférica em aspecto tubular. A RNM de encéfalo demonstrou novamente lesões desmielinizantes. Foi reiniciado tratamento com prednisona e introduzida imunoglobulina β2 na dose de 22µg/semana.

Em maio de 2013, a paciente começou a apresentar incontinência urinária aos esforços e urgência miccional; por orientações da gastroenterologia, onde fazia acompanhamento devido a epigastralgia não especificada, iniciou fisioterapia para melhora do controle de esfíncter urinário, com melhora parcial. Refere, também, perda temporária de memória recente com início em alguns meses, porém, com piora no último mês. Ao exame físico, apresentou pressão

¹ Acadêmica de Medicina. Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel – PR. Email: joelinecosta@icloud.com

² Médico Neurocirurgião na Clínica Proneuro, Professor da disciplina de Neurologia no curso de Medicina na Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel/PR

³ Médico Neurocirurgião na Clínica Proneuro, Professor da disciplina de Neurologia no curso de Medicina na Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel/PR

⁴ Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina; Médico Cirurgião Ortopédico e Especialista em Traumatologia na Clínica Ortho, Professor da disciplina de Ortopedia no curso de Medicina na Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel/PR.

arterial de 120/80mmHg, ausência de dismetria e ausência de fraqueza de membros superiores, diminuição de forças extensora e flexora à direita em membros inferiores. Foi solicitada RNM de crânio, cervical, torácica e lombar.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados utilizados neste trabalho foram colhidos através de análise documental e entrevista coletiva.

A análise documental permite conhecer o histórico clínico do participante da pesquisa. Baseia-se, então, no estudo minucioso do prontuário do paciente voluntário, com o objetivo de se obter informações mais precisas a respeito das queixas e tratamentos médicos a que tenha sido submetido. O prontuário da paciente foi levantado no período de 1999 a 2013, havendo sido realizadas 14 (quatorze) consultas nesse tempo, todas atendidas pelo mesmo especialista em neurologia.

A entrevista é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado, de forma a haver interação com o entrevistador, que deve tomar os devidos cuidados para não distorcer, interferir ou sugerir o entrevistado a completar seu raciocínio sobre a questão discutida.

Neste estudo, optou-se por realizar uma entrevista coletiva aberta, na qual haveria dois pesquisadores e apenas um pesquisado. A entrevista ocorreu no local de trabalho da paciente, por motivo de logística e disponibilidade de horários, com duração de 30 minutos e gravação simultânea do áudio, em livre discurso da pesquisada tendo os pesquisadores liberdade para interromper, quando houvesse necessidade, a fim de realizar questões objetivas e não sugestivas.

O texto foi transscrito, por um dos pesquisadores, para o formato de texto digital, imediatamente após o término da entrevista.

O presente trabalho obteve, de início, o consentimento livre e esclarecido da voluntária, que tem pleno conhecimento da utilização dos dados contidos em seu prontuário, bem como daqueles colhidos durante a entrevista.

3 ANÁLISES E DISCUSSÃO

Descrita e documentada primariamente no século XIV (MADAER, 1979), a esclerose múltipla (EM) é uma doença cuja gênese permanece sem elucidação completa. A maioria das teorias aceitam que a ela surge como uma desordem inflamatória autoimune, gerada por linfócitos autorreativos. Após isso, a doença apresenta ativação da micróglia e neurodegeneração crônica (HARRISON, 2009). As seguintes evidências dão suporte a essas observações:

- inflamação em conjunção com disruptão da barreira hematoencefálica, visualizada na RNM com contraste gadolíno. Essa alteração é vista na maioria das lesões de pacientes em estágios iniciais de caráter recidivo-remitente e em EM secundária;
- células inflamatórias T e B e macrófagos são comumente visualizados no exame histopatológico de autópsia e biópsia;
- aumento oligoclonal dos níveis de imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG) podem ser encontrados no líquor cefalorraquidiano (LCR);
- células T reativas à mielina são encontradas em placas de EM a no LCR, também podem ser vistas na circulação periférica (BRUST, 2010);

O diagnóstico é difícil, não há exame de imagem ou exame laboratorial específico que possam confirmar com precisão a presença da doença, o que o torna um diagnóstico de exclusão e exclusivamente clínico. Por outro lado, a identificação do quadro clínico característico da doença permite o diagnóstico precoce e um retardamento significativo na progressão dela (ROWLAND, 2007).

Atualmente o tratamento tem como objetivo primário a preservação do trato nervoso do paciente, postergando a degeneração mielinica inflamatória através de corticoides via oral, pulsoterapia e fisioterapia (KNAAP, 2008). O presente caso demonstra um paciente cujo diagnóstico inicial foi dificultado pela descrição com a qual os sinais e sintomas inicialmente se apresentaram e, também, pelo fato de os primeiros resultados de exames laboratoriais terem sido normais.

Os primeiros dados clínicos da paciente poderiam caracterizar uma doença desmielinizante não especificada.

De acordo com a literatura, os principais sintomas iniciais na EM são fadiga, deficiência visual devida à neurite óptica, perturbações motoras como anormalidades da marcha e perda da destreza causadas pelo envolvimento dos tratos piramidais, alterações sensitivas incluindo o sintoma de Lhermitte (à flexão do pescoço, o paciente sente um choque que irradia para baixo, ao longo da coluna vertebral e alcança um ou mais membros), pode apresentar também ataxia cerebelar e disartria, diplopia, problemas miccionais, dificuldades sexuais, perda auditiva, vertigem e anormalidades do equilíbrio.

Os pacientes podem lembrar-se de sintomas inespecíficos como mal-estar, fadiga ou cefaleia precedendo a alteração neurológica focal. Outros sintomas ainda podem ser identificados tais como crises epilépticas, sinais de neuropatia periférica, espasmos hemifaciais e demência, neuralgia do trigêmeo; além disso, algum grau de deficiência cognitiva está presente em até metade dos pacientes com EM (BRUST, 2010).

Excetuando-se o trauma, a EM é considerada a principal causadora de incapacidade em jovens adultos. Apesar de não ser uma doença fatal, gera grande impacto na qualidade de vida do paciente, como a perda de emprego e o isolamento social (ROWLAND, 2007).

A paciente relatada apresenta episódios contínuos de incontinência urinária, fraqueza muscular e parestesias. Os sintomas motores e sensitivos predominam no lado direito do corpo, dificultando a realização de atividades básicas diárias, interferindo na eficiência laborativa e estigmatizando a interação social.

A máxima incidência ocorre por volta de 30 anos de idade, mas o risco de desenvolvê-la vai aumentando desde a primeira infância (três a cinco anos de vida) até por volta dos 35 anos; em seguida, diminui gradualmente. A EM raramente tem início antes da primeira infância ou após os 50 anos de idade (KNAAP, 2008).

Populações brancas têm maior risco de desenvolver essa patologia, e tanto populações negras quanto asiáticas têm baixa probabilidade (ROWLAND, 2007).

O aumento progressivo da prevalência da doença nos últimos anos causa um impacto social significativo, vindo a influenciar na capacidade laborativa, funcional e social dos pacientes portadores (ROWLAND, 2007).

O tratamento da EM apresenta, de forma geral, dois objetivos: diminuir os sintomas e modificar o curso da doença. Como a EM pode afetar todas as funções do sistema nervoso central (SNC), o tratamento sintomático pode ser complexo, especialmente para aqueles com a forma secundariamente progressiva. Medicamentos adequados devem ser escolhidos para as manifestações específicas de cada paciente (BRUST, 2010).

Este estudo de caso tem como amostra uma paciente escolhida entre os clientes de uma clínica privada de neurologia e neurocirurgia, podendo-se ressaltar os principais achados na história clínica, tais como a presença de parestesias, que predominavam em um lado do corpo, associadas a vertigens; esses sintomas representam o acometimento mielínico. Além disso, a paciente apresentou piora progressiva e recorrente dos sintomas, com lesão multifocal da substância branca, evidenciada na RNM, e melhora dos sintomas com corticoide via oral. Houve ainda acometimento ocular e de controle de esfíncter vesical, com evidências de manifestações neurológicas.

Em concordância com a literatura (BRUST, 2010), os sinais e sintomas acima citados fornecem ao médico generalista a capacidade de identificar de forma precoce o paciente portador de Esclerose Múltipla. Levando-se em consideração os aspectos gerais do caso citado, pode-se inferir que os sinais e sintomas que mais contribuíram para o diagnóstico foram a parestesia de membros e regiões distais, as crises súbitas de fraqueza unilateral, o acometimento da visão em aspecto tubular, a incontinência urinária aos esforços e urgência miccional e, claro, os achados de lesões desmielinizantes na RNM de crânio, colunas cervical e toraco-lombar (RATCLIFF, AL-ISLAM, STOCKLEY, SARAVANAN, TURNBULL; 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da dificuldade diagnóstica, é necessária atenção ao quadro clínico apresentado pelo paciente quando houver suspeição de doença neurológica degenerativa. Como conclusão, os principais achados clínicos precoces no diagnóstico de esclerose múltipla foram manifestações periféricas de parestesias, fraqueza, disfunção do trato urogenital, turvação da visão em aspecto tubular.

Compete ao médico generalista a identificação dos sinais e sintomas relevantes à impressão diagnóstica; e deve-se suspeitar de EM sempre que houver presença desses sinais.

REFERÊNCIAS

BRUST, John C. M.. **Current Diagnóstico e tratamento em neurologia**. 1.ed. [S.I.]; Revinter, 2010.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E.. **Tratado de fisiologia médica**. 11.ed.. Rio de Janeiro, RJ; Elsevier, 2006.

HARRISON, T. R.. **Tratado de medicina interna**. 17.ed.. São Paulo, SP; McGraw-Hill, 2009.

KNAAP, Marjo S. Van Der; Valk, Jaap. **Ressonânciamagnética da mielinização e dos distúrbios da mielina**. 3.ed.. Rio de Janeiro, RJ; Guanabara Koogan, 2008.

MEDAER, R. **Does the history of multiple sclerosis go back as far as the 14th century?** Acta Neurologica Scandinavica 1979;60; pg 189-192.

RATCLIFF, Michael R.; AL-ISLAM, Shofiq; STOCKLEY, Hannah M.; SARAVANAN, Munusamy; TURNBULL, Ian W.. **Demyelinating disorders of the adult Central Nervous system:** A pictorial review of MR imaging findings. V.1, n.17. 30 de junho de 2011.

ROWLAND, Lewis P. **Merritt Tratado de neurologia.** 11.ed.. Rio de Janeiro, RJ; Guanabara Koogan, 2007

UP TO DATE. **Multiple Sclerosis:** Review. V.37, n.3, março de 2012.

_____. **Multiple Sclerosis:** Epidemiology and clinical features of Multiple Sclerosis in adults. 20 de setembro de 2012.

_____. **Multiple Sclerosis:** Diagnosis of Multiple Sclerosis in adults. 10 de outubro de 2012.