

DECISÕES CLÍNICAS 3 "ELE NÃO ANDA MAIS"

José Luiz PEDROSO

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

"Uma boa maneira de saber o que a outra pessoa está pensando ou sentindo é perguntar-lhe... Neste ponto, entretanto, aparece uma dificuldade. Se desta forma quero saber informações sobre as experiências de uma outra pessoa, preciso compreender o que ela diz a respeito das mesmas. E isso implica que eu atribua o mesmo significado que ela dá às suas palavras. Mas como, pergunta-se, posso estar certo disso?"

Alfred Jules Ayer, *The Problem of Knowledge*

PARTE I. Um senhor de 79 anos previamente saudável, vem se tratando regularmente de hipertensão arterial sistêmica (HAS). A esposa começa a notar alterações comportamentais recentes, que nunca haviam ocorrido, após 41 anos de casados. Numa delas, ele teve uma crise de ciúmes do pastor da igreja que freqüentavam há tempos. Além disso, o notou mais recatado, permanecendo a maior parte do tempo em casa e dormindo mais que o usual. Às vezes, falava coisas desconexas.

1ª pergunta: Qual a especialidade mais indicada para receber esse paciente?

2ª pergunta: Que considerações devem ser feitas na vigência de alterações comportamentais recentes?

Para uma abordagem mais didática e produtiva, sugiro respondermos às perguntas 1 e 2 conjuntamente. Esses sintomas nos parecem bem usuais e inespecíficos, talvez causando dificuldade inicial, pelo fato de não sugerirem um sistema específico para que pudéssemos abordá-lo com maior acurácia. Essa é exatamente a forma de pensar à qual estamos enraizados em nossa formação médica: dor abdominal = gastroenterologia/ tonteira = neurologia/ dor no braço e ombro = ortopedia/ alterações comportamentais = neurologia ou psiquiatria. Mas veja como esse pensamento facilmente nos levaria ao erro: basta considerarmos aqui o diferencial de alterações comportamentais.

Delirium: é uma síndrome aguda relacionada a alterações no nível de consciência e alterações comportamentais, tendo várias etiologias, entre elas: distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiponatremia), infecções (ITU, pneumonias), doenças cardiovasculares (IAM, acidentes vasculares cerebrais), efeito de drogas e fármacos em geral (principalmente os sedativos), etilismo e abstinência alcoólica, doenças neurológicas (processos expansivos cerebrais, hematomas subdurais, infecções do SNC).

Distúrbios do Humor: alterações do sono, adinamia, alterações comportamentais recentes podem sugerir distúrbios do humor. Aqui, o acrônimo SALSA é fundamental, por ser de fácil realização e muito revelador (S: sono/A: anedonia/LS: baixa auto-estima [do inglês, low self-esteem]/A: apetite).

Demência: principalmente em pacientes idosos e, apesar de ser um processo progressivo, pode se manifestar em sua fase inicial, com ênfase nas demências degenerativas, com discretas alterações comportamentais.

Doenças demenciais secundárias: causas identificáveis de demência, como deficiência de vitamina B12, hematomas subdurais, processos expansivos (infecciosos ou neoplásicos), hipotireoidismo, HIV, sífilis, encefalopatias (e.g., hepática).

Portanto, fica bastante claro que esse paciente poderia pertencer à neurologia = processos expansivos/ gastroenterologia = encefalopatia hepática/ infectologia = HIV/ endocrinologia = hipoglicemia ou hipotireoidismo/ psiquiatria = distúrbios do humor. Não há dúvidas de que, antes de uma especialidade, esse paciente necessita ser submetido ao método clínico, que é composto de entrevista e exame físico de abordagem, independente de qualquer especialidade, em vista da gama de possibilidades levantadas. A capacidade de entrevistar bem permite ao médico obter dados mais completos e acurados a respeito da doença, dados que contribuem para melhorar as decisões sobre o diagnóstico e a terapêutica. Aqui, pode ocorrer o erro da lógica defeituosa ou erro intelectual, em que os investigadores, preocupados com a tomada de decisões, enfocam primeiramente uma área específica.¹

PARTE II. A esposa decide procurar o posto de saúde de seu bairro, sendo o paciente visto e encaminhado para o serviço de geriatria. Alguns exames são solicitados: glicemia:95; Hb:15,3; VCM:98,1; LG:6200, Se:53%, Eo:18%, Li:30%, Mo:1%; Creatinina:1,2; VDRL: não-reagente. São prescritos alguns medicamentos: Melleril e Ginkomillium. Não recebe diagnóstico algum, mas adere ao tratamento.

3ª pergunta: O que os exames revelam?

4ª pergunta: O que está sendo tratado?

Os exames são inteiramente normais, a despeito de uma eosinofilia leve, cujo valor absoluto é de 1.116 (eosinofilia leve é definida com eosinófilos absolutos entre 700 e 1.500)². Da longa série de causas de eosinofilia, as parasitoses, a asma e as doenças da pele são responsáveis por mais de 95% dos casos³. O paciente não tem histórico de crises asmáticas até então e não é descrita nenhuma lesão de pele. Das parasitoses, a mais freqüentemente encontrada como causa de eosinofilia, na experiência de alguns autores, é a strongiloidíase.³ Alguns relatos consideram as infecções por helmintos a causa mais comum de eosinofilia, no mundo, enquanto, no mundo industrializado, a causa mais comum seriam as doenças atópicas.² Algumas suspeitas mais preocupantes, como uma síndrome paraneoplásica, poderiam surgir, embora hemoglobina e leucócitos em níveis normais sejam

tranquilizadores. Um exame físico de abordagem também é fundamental, já que a ausência de esplenomegalia ou linfadenopatia torna as doenças mieloproliferativas e linfoproliferativas, respectivamente, menos prováveis. Um hemograma de acompanhamento é vital. Mesmo assim, pacientes com eosinofilia persistente e aparentemente benigna, usualmente, não necessitam de terapia, e uma resolução espontânea geralmente ocorre dentro de alguns anos.²

O Ginkomillium é a famosa e polêmica Gingko Biloba. Primeiramente, vamos entender que existe uma tendência atual em receitar Gingko Biloba para qualquer paciente idoso, principalmente com queixas neurológicas, como déficits de memória e suspeitas, muitas vezes infundadas, de ataques isquêmicos transitórios, em que, muitas vezes, ouvimos a frase de alguém: “é para melhorar a circulação”. Isso porque alguns estudos haviam mostrado benefício dessa droga, relatando que a Gingko Biloba é segura e é capaz de melhorar os padrões cognitivos e relações sociais em pacientes com quadros demenciais, além de estabilizar as flutuações cognitivas.⁴ Enquanto alguns estudos reafirmam seu benefício, indicando um pequeno, mas significativo, efeito em pacientes com Doença de Alzheimer, outros, mais recentes, contestam essas afirmações, e sustentam que a Gingko Biloba não pode ser considerada como terapia padrão para Doença de Alzheimer.^{5,6} Mais recentemente, vários trabalhos vêm criticando os reais benefícios dessa droga, concluindo que não há efeitos clinicamente significativos em pacientes com disfunção cognitiva⁷ e nem tampouco em idosos com função cognitiva preservada, com a intenção de aumentar a memória e a capacidade de aprendizado e melhorar a atenção, obtendo, como resultado final, um grande fracasso.⁸ Embora uma recente revisão de artigos sobre o uso de Gingko Biloba no tratamento da Doença de Alzheimer tenha revelado modesta melhora cognitiva, mostrando-se superior ao grupo placebo, sérios efeitos colaterais, como sangramento, convulsões e coma foram relatados.^{9,10} Concluindo, a maioria dos estudos mostrou melhora discreta do padrão cognitivo em pacientes com quadros demenciais, com uso da Gingko Biloba; por outro lado, ao ser usada em pacientes idosos sem déficits cognitivos, não mostrou melhora da memória, atenção ou qualquer outro benefício, além de terem sido relatados efeitos colaterais em alguns pacientes, como já listado acima. A grande verdade é que não parece haver um consenso sobre o uso da Gingko Biloba, sendo a droga, muitas vezes, usada sem critério clínico adequado.

O Melleril é a tioridazina, um fármaco da classe dos anti-psicóticos e neurolépticos, que age bloqueando os efeitos gerados pela Dopamina nas sinapses. Tais fármacos são muito usados em pacientes com quadros estabelecidos de demências degenerativas, como a Doença de Alzheimer, para redução dos comportamentos psicóticos e flutuações do nível de consciência.

PARTE III. O paciente começa a ter dificuldades para andar e se torna cada vez mais calado e hesitante, tendo tido vários episódios de quedas, sem perda de consciência, principalmente no banheiro. A esposa nota que os remédios estão sedando o marido (ela diz que ele fica dopado) e, na persistência do tratamento, o paciente é encontrado inconsciente em sua própria cama. É hospitalizado às pressas e fica em estado comatoso por dez dias. Ao ser revisto o prontuário hospitalar, o paciente tem a hipótese de trabalho de acidente vascular encefálico (AVE). Ao receber alta, a própria esposa suspende os medicamentos e nota melhora significativa do marido. O documento de alta hospitalar revela: “Doença de Parkinson ou Doença de Alzheimer”.

5ª pergunta: O que pode ter acontecido?

6ª pergunta: Quando suspeitar de Doença de Parkinson?

A história revela um quadro comatoso, curiosamente após persistência de neurolépticos, o que talvez nos sugira uma hipersensibilidade a essa classe de drogas, reforçada pelo fato de a retirada da medicação pela esposa ter causado melhora espontânea. É curioso, e ao mesmo tempo surpreendente, perceber que o cuidador foi “clínico o suficiente” para notar os efeitos deletérios dos medicamentos, retirando as drogas. Isso prova que, para termos precisão sobre o que realmente está acontecendo com o paciente, muitas vezes basta a história, que curiosamente parece ter sido negligenciada durante a hospitalização e após a mesma, já que, em momento algum, cogitou-se da retirada da medicação.

Quando a 6ª pergunta é feita a um aluno de Medicina, a resposta é um imediato arco-reflexo: bradicinesia, tremor e rigidez. O grande problema é que a Medicina envolve pacientes com suas queixas, na maioria inespecíficas, e limitar-se a essa tríade pode levar a sérios erros diagnósticos, como simplesmente reumatismo ou depressão. Uma série de questões úteis, muitas vezes sugere ou confirma o diagnóstico:

* Houve modificação na escrita? O paciente parou de escrever?

* O paciente consegue entrar e sair da banheira?

* O paciente consegue se virar na cama?

* O paciente consegue realizar tarefas, como: enrolar massas, bater ovos, passar roupas, descascar batatas, usar um martelo efetivamente?

* O paciente tem dificuldades para caminhar ou já se sentiu preso ao chão?

Muitas situações podem causar dificuldades para andar, desde um problema ortopédico, como a artrose de joelhos, até um comprometimento neurológico, como o parkinsonismo. Na vigência de uma das apresentações dos pacientes nas visitas ao HU, uma senhora de 58 anos tinha em sua QP: “dificuldades para andar”; o exame físico do paciente neurológico definiu uma síndrome medular! Obviamente, hesitação ao falar, quedas frequentes e dificuldades para andar num senhor de 79 anos, podem nos lembrar uma síndrome parkinsoniana, deixando-nos, agora, ansiosos pelo exame físico do paciente.

PARTE IV. Ao sofrer um trauma em úlcera crônica de perna, por insuficiência venosa crônica (IVC), procura a Unidade Regional Leste (SUS-Juiz de Fora) e de lá é referido a um neurologista. O paciente tem dificuldade de deambulação e vem caindo com frequência, além de manter-se sempre olhando ao longe, segundo a esposa. Tem urinado na cama com frequência e apresenta grande dificuldade de se virar na cama sozinho. O comportamento estranho continua. A memória não anda tão boa quanto antes. Agora, o paciente não reconhece a própria casa e fala em ir embora. Esses comportamentos têm períodos de melhora, em que ele fica bem e reconhece a própria casa novamente. O neurologista solicita uma tomografia computadorizada (TC) de crânio, que é normal para a idade, e declara: “não tem nada aqui”. O paciente sai sem diagnóstico e um doppler de carótidas é programado.

7ª pergunta: Você consegue elaborar uma hipótese de trabalho?

8ª pergunta: O que está faltando na abordagem desse paciente?

9ª pergunta: Qual é a provável hipótese diagnóstica para o neurologista que o atendeu?

Até agora, o que temos é um senhor da terceira idade, que inicia com alterações comportamentais inespecíficas e começa com dificuldade progressiva para andar, com quedas frequen-

tes, incontinência urinária, olhar distante, com flutuações no nível de consciência. É difícil não pensar que um parkinsonismo óbvio esteja presente, principalmente ao nos remetermos à discussão apresentada acima. Além disso, quadros de *delirium* ou alterações progressivas da função mental parecem presentes há alguns meses e nos deixam atentos para quadros demenciais degenerativos.

A resposta da questão 8 se torna fácil, ao lembrarmos que o neurologista, em momento algum, atentou para a hipersensibilidade a neurolépticos, não pela falta de conhecimentos de neurologia, o que seria improvável, mas pelo simples fato de não ter aplicado o método clínico, deixando de colher uma boa história, missão mais difícil e muitas vezes renegada pelas sub-especialidades. Numa abordagem científica da entrevista, é impossível ir direto aos fatos, sem compreensão e sem postergar o julgamento. Sem isto, os fatos obtidos podem não ser os mais relevantes. Terá início um círculo vicioso no qual, uma vez que a entrevista fornece tão poucas informações, você irá subestimá-la e confiar cada vez mais numa abordagem crivada de exames laboratoriais. Para obter os fatos, é preciso compreender e não julgar. Do contrário, você perderá dados básicos para fazer um diagnóstico. E quando você é compreensivo e não julga, a entrevista fornecerá dados não só sobre o diagnóstico, mas também sobre o paciente.

O neurologista, muito provavelmente, se baseou no diagnóstico hospitalar, que foi de AVE, e no período de inconsciência. Embora pequenos acidentes vasculares cerebrais sejam supostas causas de episódios de inconsciência no idoso, a evidência disto é esparsa, tendo-se, inicialmente que excluir outras causas. Além disso, há também uma atitude que vem ganhando terreno, pela qual se a TC de crânio é normal, não pode haver nada sério ou errado, isso sendo uma consequência inevitável da prática de uma neurologia relaxada e superficial.¹² Aqueles mais audaciosos e críticos poderiam afirmar: a neurologia começa após uma TC de crânio normal! O neurologista provavelmente esteja em busca de um quadro vascular cerebral, pelos motivos já listados e pela solicitação de uma ultra-sonografia com *doppler* de carótidas, talvez na tentativa de encontrar uma obstrução que justifique os acontecimentos, o que parece pouco provável. Aqui, mais uma vez, remeto-os ao complexo interpretação x observação; se o neurologista não estivesse tão convicto de um julgamento, desencadeado por um diagnóstico prévio, até agora sem evidências, de um AVE, mas estivesse mais preocupado com a entrevista e com o paciente, talvez acreditasse mais em si mesmo do que em achados insensíveis e inespecíficos de alguns exames de imagem.¹

PARTE V. O neurologista recebe o doppler de carótidas, com resultado normal. Não satisfeito, solicita um SPECT cerebral, que revela: "compatível com patologia cérebro vascular, notadamente à direita". Passa a receber AAS 200mg uma vez ao dia. Um documento é encontrado com a seguinte mensagem à Unidade Básica de Saúde (UBS): "O paciente é portador de Demência Vascular".

10ª pergunta: O que é SPECT cerebral?

11ª pergunta: Por que a insistência em definição puramente através de exames complementares de alta modernidade e alto custo?

A Tomografia por Emissão de Pósitrons (SPECT) é um exame de imagem que utiliza radionuclídeos, fazendo parte do avanço tecnológico da Medicina Nuclear. As indicações do SPECT cerebral são as mais diversas possíveis, estando entre elas, as demências, síndromes parkinsonianas e o AVE agudo. O diagnóstico de demência ainda é baseado em critérios clínicos e não há qualquer exame complementar que seja específico para

seu diagnóstico; a função do SPECT, nesses casos, seria definir quantitativamente as anormalidades regionais encontradas nos pacientes com demência, sendo usado também como método complementar para diferenciar demência, em suas fases iniciais, de depressão, embora nenhuma sensibilidade ou especificidade sejam relatadas nesse sentido.¹³ Com relação ao uso do SPECT nas demências degenerativas que se iniciam com suaves déficits cognitivos, estudos mostram um valor preditivo positivo de apenas 50%.¹⁴ Foi interessante notar que nenhuma das referências traz critérios fidedignos para diferenciação das demências degenerativas através do SPECT cerebral, além do que, se é que eles existem, não parecem ter acurácia suficiente (sensibilidade e especificidade) para suplantarem o método clínico.

Ora, como o médico já tem seu pré-julgamento, não tem por que desviar de seu caminho. Na verdade, isso acontece, porque não somos treinados, durante nossa formação médica, a dar valor à capacidade de interpretar queixas inespecíficas. Ao contrário, há uma inversão de valores que nos remete à doença, para depois decorarmos os sintomas, o que não faz muito sentido em Medicina, já que a doença não vem se consultar, mas sim um paciente! Aliás, o SPECT só foi realizado por estar disponível. Pense um pouco: e se o SPECT fosse negativo? Ele mudaria seu diagnóstico de trabalho?

PARTE VI. Durante o estágio comunitário, o acadêmico é convidado a fazer uma visita domiciliar, junto à médica-preceptora, para ver esse paciente. Ela diz: "Ele tem Doença de Alzheimer". Ao chegar ao quarto, deparam-se com um senhor indiferente à presença de ambos e a médica diz: "Você pode examiná-lo". No início da entrevista que é programada, o paciente confunde sua esposa com a enfermeira (detalhe: a esposa é a única cuidadora!).

12ª pergunta: O que entendemos por "examiná-lo" nesse contexto? Como você examinaria esse paciente?

13ª Você se encontra preparado para fazer um diferencial de demência?

A médica nesse contexto, como pudemos perceber, tinha convicção no diagnóstico de Doença de Alzheimer (lembre-se de que já passamos por vários diagnósticos: AVE, Doença de Parkinson, Demência Vascular e Doença de Alzheimer). Examiná-lo, nesse momento, não teria intuito diagnóstico, já que uma interpretação convicta havia sido feita, mas avaliar, por exemplo: uma pressão arterial (manobra sempre realizada no exame físico, em detrimento das outras, simplesmente pelo fato de nos dar precisão numérica através de aparelhagem, o que as outras manobras de exame físico não fazem!); a temperatura axilar, talvez; uma ausculta cardíaca ou uma ausculta respiratória; quem sabe! É muito fácil confundir interpretação com observação, levando-nos, muitas vezes, a usar termos que, na verdade, são interpretações, ao invés de descrições de dados reais ou básicos. Um exemplo seria uma senhora de 68 anos contando sempre em sua história: "eu tenho angina", quando, na verdade, ao ser entrevistada criteriosamente, evidenciou uma dor bem localizada, retro-esternal e também queimação na garganta, aparecendo no meio da noite, e que não tinha relação com o esforço, vindo principalmente ao repouso; investigações complementares evidenciaram doença do refluxo gastro-esofágico e espasmos esofageanos.¹ Antes de conhecer o diferencial de demência, talvez seja primordial definir a sua presença. Para isso, vários critérios e questionários têm sido sugeridos, como o Mini-mental do Folstein, que é um teste essencial e facilmente realizável, para detectar, principalmente, e acompanhar os déficits cognitivos,¹⁵ embora alguns estudos o questionem quanto ao acompanhamento em pacientes com Doença de Alzheimer

em tratamento farmacológico.¹⁶ O Mini-mental de Folstein é o melhor instrumento clínico para triagem de demência.¹⁷ O diferencial de Demência é abrangente e é mais didaticamente explorado, quando separamos as demências primárias, ditas degenerativas, das secundárias, com uma causa definida.

Demências Primárias

-Doença de Alzheimer: a mais comum, se manifesta inicialmente com déficits de memória inespecíficos, podendo causar imensa confusão com transtornos depressivos.

-Demência Cortical dos Corpos de Lewy: flutuações cognitivas (quadros de delírium), com demência progressiva, associados a parkinsonismo, alucinações visuais, quedas freqüentes, hipersensibilidade a neurolépticos.

-Demência Vascular: espasticidade, reflexo plantar em extensão bilateralmente, evidências de doença aterosclerótica difusa (doença arterial periférica, sopro em carótidas, HAS, diabetes melitus, doença arterial coronariana). Dividida em Múltiplos Infartos e síndrome de Binswanger.

-Doença de Pick: ou fronto-temporal, com predominância de alterações comportamentais (a TC mostra atrofia localizada na região frontal).

-Doença de Huntington: História familiar, perda cognitiva, coreia e atrofia do núcleo caudado na TC.

-Creutzfeldt-Jakob: alterações de personalidade e mioclonias.

-Hidrocefalia Normobárica: prejuízos da marcha (ataxia), disfunção cognitiva e incontinência urinária, que são flutuantes (a TC sugere o diagnóstico).

Não existe nenhum exame de imagem definitivo ou teste laboratorial que sozinho faça o diagnóstico das demências primárias.¹⁵

Demências Secundárias

Hipotireoidismo, neurosífilis, deficiência de vitamina B12, processos expansivos cerebrais (neoplasia e infecção), infecções crônicas (HIV, vírus JC e outras encefalites infecciosas), hematomas subdurais crônicos, encefalopatias metabólicas (hepática), Doença de Wilson, entre outras. Embora algumas dessas condições sejam causas incomuns de demência, elas são tratáveis e devem ser suspeitadas e triadas.¹⁸ Em pacientes com quadros demenciais, alguns exames laboratoriais, quando epidemiologicamente sugeridos, devem ser solicitados, como: hemograma, glicemia, creatinina, TGO, cálcio e sódio, TSH, vitamina B12, VDRL e anticorpos, anti-HIV, além de uma TC inicial, podendo orientar para a etiologia e ajudam a afastar causas potencialmente tratáveis, como as listadas anteriormente.

PARTE V. O paciente se mantinha imóvel, mas acordado. O acadêmico tentava colher a história, ao mesmo tempo em que examinava o paciente. Este articulava bem as palavras e pontuou 18 no Folstein (máximo de 30 pontos), embora com grande hesitação para falar. Tinha dificuldades maiores nas habilidades motoras, como desenhar. A esposa relatava que ele não parava em casa e era muito ativo, mas que havia começado a parar de andar aos poucos, com quedas freqüentes, perda da memória, incontinência urinária, que haviam se tornado mais evidentes há um ano. Ao ser questionada, diz que o marido eventualmente tem alucinações visuais, como um cachorro grande ao lado da cama, ou um homem de jaqueta preta que fica na janela. Essas alterações cognitivas têm períodos de melhora e de piora: "às vezes ele está bem da cabeça e às vezes ele está mal". O exame físico demonstrou: ACV com RR2T, BNF, sem desdobramentos; PA: 130/75mmHg; ausculta respiratória OK; TA: 36,5; ausência de tremores, teste de Myers positivo, dificuldade do olhar conjugado para cima, rigidez do tipo roda

dentada, reflexo plantar em extensão à direita, reflexos de preensão palmar e palmo-mentoniano presentes.

14ª pergunta: Você conhece o laboratório "Será que este paciente tem Parkinson"?

15ª pergunta: Qual é o diagnóstico?

16ª pergunta: O que fazer agora?

O laboratório do paciente com Doença de Parkinson¹⁹ contém os galhos do exame físico de abordagem que nos permitem direcionar a atenção para pontos específicos, quando a história nos é sugestiva. A dificuldade do olhar conjugado para cima, o sinal de Myers positivo e rigidez do tipo roda dentada indicam inquestionavelmente, um parkinsonismo. A ausência de tremor, reflexo plantar em extensão, o quadro demencial precedendo o parkinsonismo, alucinações e delírios sem uso de drogas para parkinsonismo obrigam-nos a desconsiderar Doença de Parkinson e atentarmos para as síndromes parkinson-plus.²⁰ Na vigência de suspeita de Parkinsonismo, é fundamental descartarmos: hidrocefalia de pressão normal (demência, incontinência urinária e ataxia de marcha) e arteriosclerose cerebral difusa (há espasticidade e não rigidez; os reflexos tendinosos estão exaltados e o reflexo plantar usualmente é em extensão bilateralmente). Outra importante arma diagnóstica utilizada foi o laboratório do paciente confuso, que, através do exame do estado mental (Folstein), evidenciou um quadro demencial óbvio. Agora, basta unirmos as duas síndromes, que nos sugerem uma situação denominada Parkinson mais Demência. Na vigência de Demência e Parkinsonismo, poucas são as possibilidades:

*Doença de Alzheimer em que o parkinsonismo é tardio;

*Doença de Parkinson em fase mais avançada;

*Creutzfeld-Jacob, com as mioclonias;

*Demência Cortical dos Corpos de Lewy;

A Demência Cortical dos Corpos de Lewy é a segunda causa mais comum de demência degenerativa, correspondendo de 10% a 20% de todas as causas, perdendo apenas para a Doença de Alzheimer.²¹ O índice de suspeita para Demência dos Corpos de Lewy deve sempre aumentar, quando um paciente da terceira idade se apresentar com quadro demencial associado a episódios de delírium, disfunções do movimento, quedas e síncope.²¹ Acresça a isso, as flutuações do nível de consciência associadas a alucinações bem estruturadas²¹ e hipersensibilidade a neurolépticos (caracterizando a síndrome neuroléptica maligna). Os estudos relatam que apenas dois critérios são suficientes para sugerir o diagnóstico de Demência por Corpos de Lewy, mas repare que esse paciente preenche todos os critérios, deixando pouca dúvida quanto ao diagnóstico. De acordo com o teorema de Bayes, quando a probabilidade pré-teste de um diagnóstico é alta, exatamente como neste caso, o resultado de testes insensíveis (como foi o SPECT cerebral aqui) não é suficiente para descartar o diagnóstico inicialmente estabelecido!

Sugiro que você faça agora uma revisão pela história do paciente e encontre o grande fator que impossibilitou o diagnóstico correto. Você vai perceber claramente que a história foi absolutamente negligenciada. A história de alucinações, assim como os episódios de flutuações cognitivas, necessitavam de habilidade de entrevista, para a qual nosso treinamento na graduação é precário; a história de uso de neurolépticos precipitando um quadro comatoso foi absurdamente negligenciada (bastava aqui apenas saber ouvir!); para fazer o diagnóstico de parkinsonismo e demência, bastava uma ferramenta de exame físico, os laboratórios de habilidades clínicas, que facilmente indicaram as duas síndromes superpostas.

Diagnóstico: Demência Cortical dos Corpos de Lewy.

É importante decidirmos sobre o acompanhamento terapêutico,

assim como a sua escolha. É sabido que os pacientes com Demência Cortical dos Corpos de Lewy podem ter resposta significativa a inibidores da acetil-colinesterase (talvez melhor do que pacientes com Doença de Alzheimer).²¹ Além do mais, é de suma importância uma atenção especial quanto ao uso de neurolépticos em pacientes com Demência dos Corpos de Lewy, em vista da sua hipersensibilidade a essa classe de drogas, podendo levar a sérios danos neurológicos e até à morte.

À luz desse raciocínio, o paciente foi referenciado ao Serviço de Neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, onde se encontra em acompanhamento.

Esse paciente foi visto por mim durante o estágio comunitário, em sua própria casa, durante uma visita domiciliar. Uma das grandes lições foi entender que pré-julgar um diagnóstico ou paciente, em detrimento da correta aplicação do método clínico, pode ser extremamente desastroso e danoso para o sistema e para o próprio paciente, fazendo-nos refletir sempre sobre a necessidade de atenção para uma simples queixa, independente de quão trivial ela possa parecer.



SUMMARY

HE CAN NO LONGER WALK

A 79-year-old male with cognitive impairment and parkinsonism is described. The use of the clinical method is highlighted as a sure way of leading to the eventual diagnosis of Dementia with Lewy Bodies.

KEY WORDS

Lewy body dementia; parkinsonism.

AGRADECIMENTO

Durante todo o período de estágio, nos deparamos com muitas incertezas frente a nossos pacientes. Nesses momentos, muito além dos livros, existe uma pessoa que nos proporciona o privilégio de uma visita domiciliar, uma conscientização frente às necessidades sociais da comunidade e, acima de tudo, o exemplo da tomada de decisões face a uma demanda que parece crescer sempre. Trata-se do médico de família, aquele que vê a dimensão mais humana da Medicina. Meus especiais agradecimentos à Dra Zíbia Célia Nobre Lopes, da Unidade Básica de Saúde de São Sebastião, Juiz de Fora – MG, um exemplo desse modelo e sem cuja preceptoría jamais saberíamos do paciente narrado neste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Coulehan J; Block M. A Entrevista Médica. P. Alegre: Art Med, 1989.
- 2 - Rothenberg ME. Eosinophilia, N Engl J Med 1998;338:1592-1600.
- 3 - Failace, R.. Hemograma, Manual de Interpretação. P. Alegre : Art Med, 4ª ed., 2003.
- 4 - Le Bars PL, Katz MM, Berman N, Itil M, Freedman AM, Schatzberg AF. A Placebo-controlled, Double-blind, Randomized Trial of an Extract of Ginkgo Biloba for Dementia. North American Egb Study Group, JAMA 1997;278:1327-1332.
- 5 - Oken BS, Storzbach DM, Kaye JA. The Efficacy of Ginkgo Biloba on Cognitive Function in Alzheimer's Disease. Arch Neur 1998;55:1409-1415.
- 6 - Cummings JL, Cole G. Alzheimer Disease. JAMA 2002;287:2335-2338.
- 7 - Solomon PR, De Veaux R. Ginkgo and Memory. JAMA 2003;289:546-548.
- 8 - Solomon PR, Adams F, Silver A, Zimmer J, De Veaux R. Ginkgo for Memory Enhancement, JAMA 2002;288:835-840.
- 9 - Delagarza VW. Pharmacologic Treatment of Alzheimer's Disease: An Update. American Family Physician 2003;68:1365-1372.
- 10 - Sierpina VS, Wollschlaeger B, Blumenthal M. Ginkgo Biloba. American Family Physician 2003;68:923-926.
- 11 - Bastos, R. R. Decisões Clínicas : A ferramenta da Motivação e do Porquê. Revista de APS 2002;5:128-135.
- 12 - Patten, J. Differential Diagnosis in Neurology. N. York : Springer. 2ª ed, 1995.
- 13 - Costa DC, Pilowsky LS, Ell PJ. Nuclear Medicine in Neurology and Psychiatry. Lancet 1999;354:1107-1111.
- 14 - Ritchie K, Touchon J. Mild Cognitive Impairment: Conceptual Basis and Current Nosological Status. Lancet 2000;355:225-228.
- 15 - Kawas CH. Early Alzheimer's Disease. NEJM 2003;349:1056-1063
- 16 - Byrne L, Bowie P. Mini Mental State Examination. Lancet 2000;355:314-315.
- 17 - Berg AO. Screening for Dementia: Recommendation and Rationale. Am Fam Physic 2004;69:1437-1442..
- 18 - Bennet DA. Dementia. NEJM 2001;345:1782-1783
- 19 - Bastos RR. Exame Físico de Abordagem (Semiologia Baseada em Evidências). Anais do XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica 2000, parte I, p. 101.
- 20 - Samii A, Nutt JG, Ransom BR. Parkinson's Disease. Lancet, 2004;363:1783-1793.
- 21 - Mc Keith I et al. Dementia With Lewy Bodies. Lancet Neur 2004;3:19-28.