

Reabilitação neurológica na atrofia de múltiplos sistemas: um relato de caso

Lucas Levy Alves de Moraes¹, Marcos Matheus da Silva Fonseca¹,
Eduardo Hideyuki Akamine¹

¹Irmadade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Palavras-chaves: Atrofia de Múltiplos Sistemas, Doenças do Sistema Nervoso Autônomo, Reabilitação Neurológica, Transtornos Parkinsonianos

INTRODUÇÃO

A Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS) é um distúrbio neurodegenerativo progressivo que causa disautonomia, parkinsonismo e sintomas cerebelares, além de demência, sintomas depressivos e dor.

OBJETIVO

Relatar o caso de um paciente portador desta doença neurodegenerativa, acompanhado no ambulatório de Neuroreabilitação.

RELATO DO CASO

O paciente iniciou o quadro clínico em 2015 com síncope precedidas por turvação visual, diagnosticado como síncope secundária a hipotensão postural. Em 2017, iniciou quadro de fraqueza em membros inferiores com dificuldade para longas caminhadas, subir e descer escadas, instabilidade de marcha com quedas frequentes e, principalmente, para se levantar da cadeira, de maneira lentamente progressiva.

Em 2019, evoluiu com parestesias nos dedos dos pés e tremores nas mãos, apresentando dificuldade ao escrever. No mesmo período, passou a apresentar queixas cognitivas, como raciocínio lentificado, além de diminuição da potência da voz, com “voz fraca”, disfagia e múltiplos episódios de engasgos. Dispneia aos médios esforços, constipação com duração de até 1 semana também foram relatados em associação.

Ao exame físico, notou-se que o paciente apresentava, cognição preservada com bradipsiquismo, bradicinesia, instabilidade de marcha sem rigidez, porém lentificada, com festinação e dificuldade de troca de direção. Também apresentava hipomímia, fala lentificada, não modulante, lentificação do olhar, micrografia, disdiadococinesia, força muscular Grau V em membros superiores e, Grau IV- em membros inferiores, pior para movimentos de flexão de quadril, em que se observava força muscular Grau III, hiporreflexia global e hipoestesia tátil no membro inferior esquerdo. Na avaliação de independência funcional (MIF), o paciente era dependente nos quesitos vestuário, banho e locomoção, que era realizada com auxílio de andador ou com apoio em terceiros.

À eletroneuromiografia solicitada em 2020, observava-se comprometimento miopático de nítido predomínio proximal. Na Resonância Magnética de Crânio de 2022, evidenciava-se alargamento moderado de sistema ventricular supratentorial, pequeno foco de susceptibilidade magnética na cabeça do núcleo caudado esquerdo, sem efeito expansivo; acentuada compressão dos aspectos anterolaterais da transição bulbomedular e do contorno anterior do mesencéfalo pelas artérias vertebrais e basilar.

Visando intervenção em ganho de funcionalidade, prescreveu-se encaminhamentos para o paciente em terapias complementares como: fisioterapia neurofuncional para fortalecimento de músculos antigravitacionais, treino de equilíbrio, propriocepção e de marcha com uso de meios auxiliares; terapia ocupacional para treino de atividades de vida diária, técnicas de conservação de energia, uso de tecnologias assistivas, treino de transferências, mobilidade e posicionamento; psicologia para seguimento psicoterapêutico, estimulando formação de estratégias de enfrentamento de doença e acompanhamento psicossocial e fonoaudiologia, com realização de fonoterapia com treino de vocalização, de mobilidade de órgãos fonoarticulatórios e treino de deglutição.

O paciente gradativamente ao longo das terapias, apresentou melhora em funcionalidade para execução de tarefas de vida diária, redução de disfagia ao alternar modalidade de consistência alimentar e vazão de deglutição e melhora psicoemocional ao longo dos sutis pontos melhorados em curto e médio prazo. Ainda apresentava dificuldade significativa para reduzir frequência de quedas, mas em realização de treino com sutis avanços a médio prazo.

CONCLUSÃO

O prognóstico da AMS é variável, mas em geral, a expectativa de vida é de 5 a 10 anos. Não há cura para AMS, mas o tratamento multidisciplinar reabilitacional direcionado por problemas e guiados por metas temporais pode ajudar a controlar sintomas, prevenir complicações secundárias e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Swan L, Dupont J. Multiple system atrophy. *Phys Ther.* 1999;79(5):488-94
2. Wenning GK, Tison F, Ben Shlomo Y, Daniel SE, Quinn NP. Multiple system atrophy: a review of 203 pathologically proven cases. *Mov Disord.* 1997;12(2):133-47. Doi: [10.1002/mds.870120203](https://doi.org/10.1002/mds.870120203)
3. Quinn N, Wenning G. Multiple system atrophy. *Curr Opin Neurol.* 1995;8(4):323-6. Doi: [10.1097/00019052-199508000-00013](https://doi.org/10.1097/00019052-199508000-00013)
4. Horoupian DS. Oligodendroglial and neuronal cytoplasmic inclusions in multisystem atrophy. *Prog Brain Res.* 1992;94:423-8. Doi: [10.1016/s0079-6123\(08\)61769-0](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(08)61769-0)