

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE COM POLINEURO-PATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÔNICA - PDIC: ESTUDO DE CASO

Luzielma Macêdo Glória¹; Jaqueline Bacelar Siqueira¹; Mayara do Socorro Brito dos Santos¹; Bruna D` Paula Souza da Costa¹; Edilene do Socorro Falcão Sarges²

¹Especialização, ²Mestrado
Universidade Federal do Pará (UFPA)
luzielma96@hotmail.com

Introdução: A Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crônica (PDIC) é uma síndrome de origem inflamatória crônica autoimune com danos à bainha de mielina, apresentando infiltrados linfocitários nos nervos periféricos, potencialmente tratável quando diagnosticada corretamente. É uma patologia adquirida do sistema nervoso periférico (SNP), cujas manifestações clínicas prolongam-se para além de 8 semanas. A maioria dos casos ocorre em adultos, sendo os homens ligeiramente mais afetados do que as mulheres². A PDIC trata-se de doença considerada rara – admitindo-se como rara a doença com incidência de 1 caso ou menos a cada 200 000 habitantes/ano. É caracterizada pela ocorrência de fraqueza muscular simétrica progressiva, distal e proximal, mas também envolve quadros de fadiga, parestesias, paresias, hiporeflexia ou arreflexia e sinais histológicos de desmielinização nervosa com evolução progressiva por, pelo menos, dois meses. Consiste em uma polirradiculopatia simétrica, que se apresenta com déficit sensorio-motor misto, mas com predominância motora ou sensoria. A evolução geralmente é crônica e progressiva. A PDIC é a neuropatia mais frequentemente tratada, cujo tratamento cursa com a administração de imunoglobulina intravenosa, de corticóides ou a realização de plasmaferese. Estas opções terapêuticas mostram-se efetivas na maioria dos pacientes, sendo o prognóstico da doença favorável. Contudo, alguns doentes revelam-se refratários às terapias implementadas e aparentam benefício na administração de fármacos imunossupressores, cuja efetividade ainda permanece em estudo⁴. Nas neuropatias inflamatórias é importante o controle sintomático, o bem-estar e a preservação da qualidade de vida dos pacientes. Deste modo, os pacientes deverão ser submetidos a uma avaliação minuciosa por parte da equipe multidisciplinar, dentre elas a fisioterapia para determinação da necessidade de auxílios à deambulação, incluindo aparelhos ortopédicos como órtese tornozelo pé, bengalas e outros dispositivos de reabilitação e estratégias de apoio à deambulação², bem como outras técnicas de intervenção fisioterapêutica. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da reabilitação fisioterapêutica no paciente com Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crônica – PDIC, internado em um hospital universitário de Belém. **Métodos:** Trata-se de estudo de caso com intervenção fisioterapêutica realizado em agosto de 2016 em paciente com diagnóstico etiológico de PDIC, o qual foi submetido a um programa terapêutico que teve início após uma avaliação física, composta pela avaliação da força muscular, pela escala Medical Research Council (MRC), a qual apresenta escore que vai de 0 a 5, quanto menor o grau menor a força, e edemas de Membros Superiores (MMSS) e membros Inferiores (MMII), pela escala "pitting edema grading scale" o qual classifica o mesmo em 1+, 2+, 3+ e 4+. Quanto maior o valor, pior o edema. Foi aplicado um protocolo de reabilitação fisioterapêutica baseado no emprego das técnicas de prática mental com ênfase para os movimentos de flexão e extensão de falanges, punho e cotovelo em duas séries de 10 repetições, e movimentos de flexo-extensão de quadril Joelho e dorsiflexão e flexão plantar de tornozelo em duas séries de 10 repetições. Os movimentos iniciais eram realizados de forma assistida e solicitado ao paciente que mentalizasse a finalização dos mesmos enquanto o profissional completava o arco de movimento de forma passiva.

Utilizou-se o princípio de irradiação, também chamado de educação cruzada, uma das propostas do método de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva - FNP, na qual a sua aplicação em um membro é capaz de promover a contração muscular na extremidade contralateral, de modo a facilitar a contração dos músculos fracos pela estimulação dos músculos fortes. Um protocolo de estimulação somatossensorial foi empregado visando a minimização das sensações de parestesias, consistia na estimulação tátil superficial utilizando diversas texturas durante 3 minutos. As intervenções foram aplicadas no total de 15 sessões, com duração média de 45 minutos cada. Ao término das 15 sessões foi realizado os mesmos procedimentos da avaliação inicial, para fins de comparação dos efeitos da intervenção. **Resultados e Discussão:** Paciente, J. R. S. de 47 anos de idade, sexo masculino, com diagnóstico etiológico de PDI, antes do diagnóstico paciente já vinha sentido os sinais e sintomas neurológicos a mais ou menos 6 meses, era ex-etilista, ex-tabagista, hipertenso, diabético, foi admitido na clínica de pneumologia com o quadro de tetraplegia flácida, disfagia, dispneia, tosse produtiva e piroxia, evoluindo para insuficiência respiratória aguda, sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva - UTI. Permaneceu na UTI 17 dias, obtendo resolução do quadro de insuficiência respiratória aguda. Ao ser transferido para a clínica médica foi avaliado pelo serviço de fisioterapia. Na avaliação fisioterapêutica inicial paciente apresentava-se acordado, alerta, consciente e orientado em tempo e espaço, com tetraparesia flácida com grau de força muscular proximal de MMSS e MMII grau 2 e distal 1; edemas em MMSS e MMII com sinal de cacifo positivo e classificação de 2+ e 3+ respectivamente. A avaliação dos reflexos evidenciou a hiporreflexia bicipital, tricipital, estiloradial, patelar e aquileu. Função de linguagem prejudicada pela presença da disartria. Não havia comprometimento da sensibilidade tátil, dolorosa e protetora. Paciente relatava parestesias em MMII, porção distal. Apresentava dependência para as mudanças posturais e cuidados pessoais. Na avaliação final houve ganho de força muscular em MMSS porção proximal grau 3 e distal 3 e MMII proximal grau 4 e distal 2, o que repercutiu de forma positiva na realização das atividades de vida diárias, mudanças posturais e descompressão de áreas de pressão susceptível a úlceras por pressão, uma vez que essa doença afeta a qualidade de vida por ser incapacitante, bem como houve melhora dos edemas de MMSS e MMII, pois com a contração muscular a linfa acumulada no interstício passou a ser drenada de forma eficiente. A realização de exercícios e de manutenção da amplitude de movimentos, prevenção de contraturas musculares nos membros paréticos e auxílio no treino da marcha, complementarmente à terapia farmacológica², porém, vale salientar que durante o protocolo de intervenção, o paciente não estava fazendo uso de fármacos, pois ainda estava em fase de investigação do diagnóstico, o mesmo só recebeu o diagnóstico etiológico da PDIC após a intervenção. **Conclusão:** Observa-se que as intervenções fisioterapêuticas propostas no programa de reabilitação contribuíram para o ganho de força muscular, independência funcional, diminuição do edema e satisfação do paciente, pois o mesmo se sentia sempre agradecido pela atuação da fisioterapia ao final de cada sessão. Por fim, observa-se que houve melhora na qualidade de vida desse paciente, pois o mesmo conseguia realizar tarefas que antes não conseguia realizar.

Referências:

1. Koller H, Kieseier BC, Jander S, Hartung HP. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *N Engl J Med.* 2005 Mar 31;352(13):1343-56.
2. Costa FRMA. Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crônica Revisão Bibliográfica. Dissertação de mestrado. UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR, 2015.

3. Félix EPV, Oliveira ASB. Diretrizes para abordagem diagnóstica das neuropatias em serviço de referência em doenças neuromusculares. Rev Neurocienc 2010;18(1):74-80.
4. Kabat H.; Knott M. Proprioceptive Facilitation technics for treatment of paralysis. The Physical Therapy Review, v.33, n.2, p.53-64, 1953.
5. Vallat JM, Sommer C, Magy L. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: diagnostic and therapeutic challenges for a treatable condition. Lancet Neurol. 2010;9(4):402-12.