Relatos Casos Clinicos

PO - (UM16-185) - BLEFAROSPASMO – UM PISCAR DE OLHOS INESPERADO

Ana Paula Galante[1]; Ana Sofia Madanelo[1]; Eliana Bonifácio[1]; Joana Baptista[1]; Tatiana Clemêncio[1]; Ana Patrícia Pereira[1]

1 - USF Santa Joana

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central, de etiologia ainda não completamente esclarecida, que atinge maioritariamente adultos jovens. Na sequência de episódios de desmielinização que cursam com alterações focais do sistema nervoso, há uma diversidade de sinais e sintomas possíveis, pelo que o diagnóstico de EM poderá demorar anos ser estabelecido, sendo a sua evolução muito variável e difícil de prever. Embora não sendo uma doença fatal, é muito incapacitante, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

Mulher de 21 anos, com antecedentes de asma e ansiedade, medicada com budesonido e formoterol inalados, observada em consulta pelo Médico de Família (MF) por quadro de cansaço arrastado, tonturas, desequilíbrio e cefaleias hemicraneanas à direita, com 2 dias de evolução. Negava febre, vómitos e alterações visuais. Referia, esporadicamente, episódios similares desde há um ano, sempre autolimitados. O exame objetivo (EO) e neurológico sumário não apresentavam alterações. Foi medicada com betahistina 24mg/2id. Por persistência do quadro, vem novamente a consulta após 5 dias. Associadamente, apresentava um tremor palpebral superior à direita, que esporadicamente tinha e que relacionava com o stress e ansiedade, mas que remitia espontaneamente ao fim de alguns dias, pelo que não valorizava. Contudo, este permaneceu e agravou (aumentando os níveis de ansiedade), pelo que foi medicada com magnésio e ansiolítico. Retorna ao MF ao fim de mais três dias por manutenção do blefaroespasmo. Notoriamente ansiosa. Referia, ainda, cefaleia occipital direita esporádica. Ao EO apresentava blefaroespasmo, ptose palpebral ligeira e desvio da comissura labial direitas.Por suspeita de paralisia facial, foi encaminhada para o serviço de urgência (SU). No SU é observada pela Neurologia e ao exame neurológico apresentava nistagmus horizontal bilateral com sacadas para a direita, marcha sem ataxia mas com Romberg com tendência a lateropulsão à direita e dismetria na prova dedo-nariz à direita. Por suspeita vincada de doença desmielinizante, foi pedida RMN-CE urgente, que revelou "imagens compatíveis com lesões de natureza desmielinizante(...), algumas exibindo atividade", sendo feito o diagnóstico de EM, pelo que a doente ficou internada para terapêutica com metilprednisolona. Atualmente,mantém vigilância na consulta de Neurologia e seguimento no MF.

Porque não suspeitou o MF de EM?O MF usa o seu raciocínio clínico aliado à epidemiologia para chegar a um determinado diagnóstico e, epidemiologicamente, a EM é uma doença pouco prevalente. Pela diversidade e disparidade de sintomas/sinais, pela impossibilidade de requisição de determinados exames (como a RMN) e por apresentar uma evolução imprevisível, o diagnóstico e a gestão de um doente com EM revelam-se um desafio para o MF. Ao passo que o controlo da EM fica à responsabilidade do Neurologista (foco na doença), a gestão e seguimento das várias comorbilidades (como espasticidade,dor neuropática, alterações genitourinárias/gastrointestinais, depressão/alterações cognitivas,etc) e a sua repercussão na dinâmica familiar, são também responsabilidade do MF,cujo foco será sempre o doente como um todo. Não nos podemos esquecer que cada utente é uma entidade biopsicossocial e que a qualidade de vida dos doentes com doenças desmielinizantes fica impreterivelmente afetada,pelo que o MF desempenha um papel fundamental no seu seguimento.