

Demência Mista-relato de caso

Mixed Dementia-case report

Daniel de Souza Oliveira^I, Manuella de Sousa Toledo Matias^{II}

^I Acadêmico de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

^{II} Professora do Departamento de Medicina Interna (DMI) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Resumo

Introdução: O quadro demencial cursa com déficit da autonomia e independência para as atividades diárias. As formas mais comuns de demência na população idosa são as formas de Alzheimer e de etiologia vascular, sendo a ocorrência concomitante desses tipos chamada de Demência Mista. **Relato:** O presente relato descreve um caso de paciente de 61 anos, sexo feminino, branca, 2º grau completo e natural de Areia-PB que teve como hipótese inicial o diagnóstico de demência mista, com evolução agressiva que, em 20 meses, chegou a um quadro de completa dependência tanto nas atividades instrumentais como nas de vida diária. Na paciente em questão, os testes de rastreio foram favoráveis ao quadro demencial e os exames complementares, utilizados para descartar causas secundárias, foram normais. **Comentários:** O quadro demencial deve ser diagnosticado quando são observados múltiplos déficits cognitivos que passam a prejudicar as atividades usuais do paciente. É necessária que seja feita a investigação completa nos quadros de demência para que sejam identificados precocemente os casos de etiologias reversíveis, de modo que seja realizada uma intervenção precoce. A demência, principalmente quando rapidamente progressiva, deve ser acompanhada por equipe multiprofissional de forma rigorosa de modo a prevenir e detectar possíveis agravos na sintomatologia atual.

Palavras-chave: Demência, Alzheimer, Dependência

Abstract

Introduction: Dementia progresses with deficit of autonomy and independence for daily activities. In the elderly, the most common forms are the Alzheimer's and vascular etiology, and the simultaneous occurrence of these types is called Mixed Dementia.

Report: This report describes a case of a 61 year old white female, complete secondary school and born in Areia-PB that had the initial hypothesis mixed dementia as diagnosis, with aggressive evolution that, in 20 months, reached a framework of complete dependency in instrumental activities and daily living activities as well. In this patient, screening tests were favorable to dementia and complementary tests, used to rule out secondary causes, were normal. **Comments:** Dementia should be diagnosed when multiple cognitive deficits that are harming the patient's usual activities are observed. Complete investigation in cases of dementia needs to be performed in order to detect early the reversible etiology to begin and earlier treatment.

Dementia, especially when rapidly progressive, must be accompanied by a multiprofessional team rigorously to prevent and detect potential hazards in current symptomatology.

Key-words: Dementia, Alzheimer, Dependency

INTRODUÇÃO

As síndromes demenciais caracterizam-se pela presença de déficit progressivo na cognição, com ênfase na perda de memória, e interferência significativa nas atividades sociais e ocupacionais.¹

A doença de Alzheimer e a demência vascular são as formas mais comuns de demência na população idosa. O Alzheimer é condição neurodegenerativa em que ocorre acúmulo de emaranhados neurofibrilares intraneuronais e placas amilóides extracelulares, enquanto o quadro por etiologia vascular é causado de forma secundária à episódio cerebrovascular isquêmico (maioria dos casos) ou hemorrágico.²

Lesões dessas duas formas de demência ocorrem frequentemente em associação. As alterações vasculares concomitantes em pacientes com Alzheimer podem acarretar aumento dos efeitos deletérios do que quando isoladamente, acentuando o déficit cognitivo e resultando em expressão mais precoce do quadro demencial. A coexistência do Alzheimer e da etiologia vascular recebe comumente a terminologia de demência mista.²

RELATO

Paciente de 61 anos, sexo feminino, branca, solteira, 1 filho, 2º grau completo e natural de Areia-PB. Exerceu a profissão de bancária desde os 30 anos até sua aposentadoria. O quadro se iniciou há 2 anos, aos 59 anos, com perda de memória, que passou a ser notada quando passou a não lembrar mais da existência de reservas financeiras. Com cerca de 16 meses de evolução, perdeu a capacidade de cozinhar e fabricar artesanato, atividades essas que realizava desde o início dos tempos de bancária. Com 20 meses, não conseguia mais realizar tarefas simples como varrer a casa e lavar louça. A partir do 23º mês de progressão da doença, passou a não mais conseguir realizar atividades básicas sem auxílio. Anteriormente ao início da sintomatologia, a paciente era completamente independente. Apresenta como comorbidade déficit neurosensorial auditivo severo bilateral com maior comprometimento do ouvido esquerdo.

Avaliações de Funcionalidade:

Escore de Atividades de Vida Diárias (AVDs)- 4 (6) Dependência parcial

Escore de Atividades Instrumentais de Vida Diárias-9(27) Totalmente dependente

1ª avaliação cognitiva (escolaridade-2º grau completo)

Mini-mental: 7/30 (tabela 1).³

Percepção Visual e Nomeação (resultado tabela 1).⁴

Fluência Verbal: 4 animais⁵

Teste do Relógio: Escore 4-Sunderland (figura 1).⁶

Tabela 1. Testes de avaliação cognitiva: minimal, lista de figuras e fluência verbal.

Minimal

Orientação temporal 1 (5)

Orientação espacial 1 (5)

Registro 1 (3)

Atenção/Cálculo 0 (5)

Evocação 0 (3)

Nomear 2 (2)

Repetir 0 (1)

Comando de três estágios 1 (3)

Ler e executar 0 (1)

Escrever a frase 0 (1)

Cópia do desenho 1 (1)

total 7(30)

Lista de Figuras

M. Incidental 1 (10) (2 intrusões)

M. Imediata 2 (10) (4 intrusões)

Aprendizado 1 (10) (3 intrusões)

Recordação após 5 minutos 0 (10) (0 intrusões)

Reconhecimento de palavras 6 (10) (3 intrusões)

Fluência verbal

Animais: 4

Figura 1. Teste do Relógio



Considerações diagnósticas

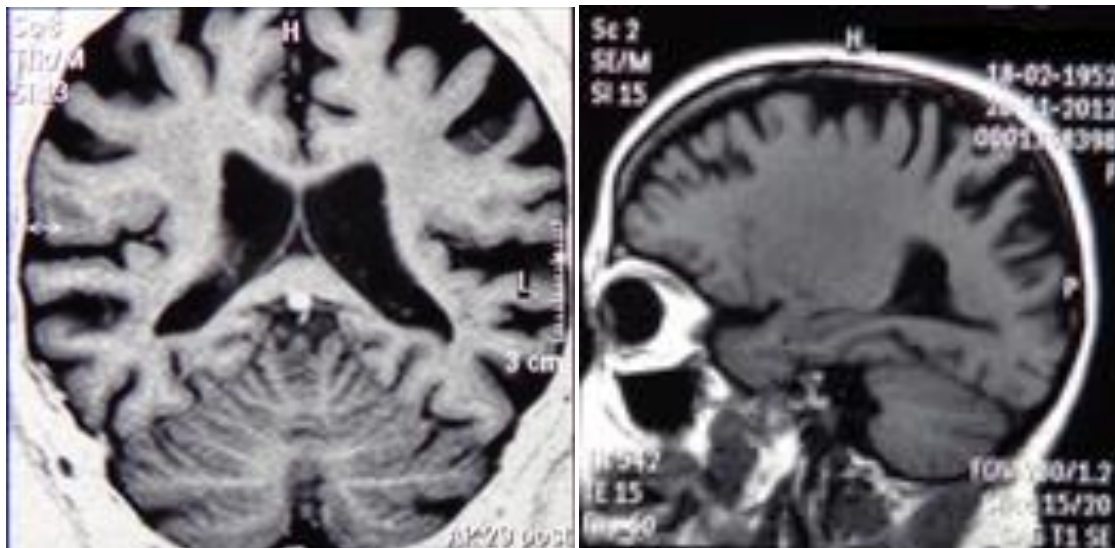
O declínio das funções cognitivas com comprometimento de AVDs e AIVDs coloca como principais suspeitas os diagnósticos de doença psiquiátrica, *delirium*, depressão e demência. A ausência de quadro psicótico, como alucinações e delírios, torna improvável a hipótese de doença psiquiátrica.¹

Apesar da desorientação e apatia, os exames laboratoriais dentro dos limites da normalidade, a não ocorrência de flutuações durante o dia e a ocorrência da sintomatologia por tempo prolongado diminuem a possibilidade de *delirium*. O início insidioso, sintomas de longa duração, as justificativas e minimização dos erros e déficits, além da ausência de flutuação cognitiva, falam contra o diagnóstico de depressão.¹

A etiologia vascular, apesar da suspeita inicial, torna-se pouco provável com a ressonância magnética de laudo normal (figura 2). A falta de um exame de imagem

que evidencie a lesão orgânica direciona o diagnóstico para Demência de Alzheimer isolada, não sendo mais adequado classificar o quadro como Demência Mista.²

Figura 2. Ressonância Magnética



Laudo: Normal

COMENTÁRIOS

A demência deve ser diagnosticada quando são observados múltiplos déficits cognitivos, sendo o comprometimento da memória e outra função cognitiva (praxia, função executiva, gnose ou linguagem) importantes o suficiente para prejudicar o desempenho profissional ou social do paciente e representar declínio em comparação a um grau anteriormente superior.⁷

Diante de um quadro demencial, as etiologias reversíveis devem ser investigadas, pois, apesar de sua baixa prevalência, a possibilidade de serem tratadas justifica avaliação detalhada, especialmente em casos rapidamente progressivos. Nos casos com história de doença neurológica ou trauma cranio-encefálico, de alcoolismo, com polipatologia, polifarmácia e com anormalidades no exame neurológico, é pouco provável se tratem de doenças degenerativas de evolução lenta, como doença de Parkinson ou as demências de Alzheimer, Lewy ou fronto-temporal.⁷

Na relato em questão, o fato de a suspeita inicial ser modificada a partir de um único exame mostra a importância de ser realizada uma investigação minuciosa, o que muitas vezes muda o diagnóstico e, conseqüentemente, o modo como o caso será conduzido.

O quadro clínico rapidamente progressivo nos remete a uma etiologia orgânica, mais especificamente vascular na paciente supracitada. Apesar de raro, a Doença de Alzheimer com evolução agressiva é capaz de simular uma doença neurodegenerativa como a Demência de Creutzfeldt-Jakob, podendo inclusive, em fases mais avançadas, apresentar mioclonias e sinais extra-piramidais.⁸

Dessa forma, verifica-se a importância do acompanhamento constante de tais pacientes, principalmente quando rapidamente progressivos, já que se faz necessária a vigilância clínica rigorosa e reavaliação acompanhada de cuidados multiprofissional para seja possível a prevenção ou detecção de uma possível piora na apresentação do quadro demencial do doente.

REFERÊNCIAS

1. Gallucci Neto J, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. Revista de Psiquiatria Clínica. 2005
2. Fonseca SR et al. Perfil neuropsiquiátrico na doença de Alzheimer e na demência mista. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2008
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Rev. 1975;12:189-98.
4. Brucki SMD et al. Sugestões para o uso de mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.
5. Bertolucci PHF, et al. Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Rev Psiq Clin. 1998;25:80-3.
6. Juby A, Tench S, Baker V. The value of clock drawing in identifying executive cognitive dysfunction in people with a normal Mini-Mental State Examination score. Canadian Medical Association Journal. 2002
7. Vasconcelos AF et al. Demência reversível: relato de caso. Revista da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008
8. Engelhardt E. Demências rapidamente progressivas. Uma revisão breve. Revista Brasileira de Neurologia. 2010