



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2018

Número: 01

Data: 02.03.2018 **Local:** Anfiteatro do CEAPS
Horário: 7h30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico
Relator: Dr. Paulo Fernandes Formighieri

VLSM, 72anos, feminina, branca, natural de Franca, proc. Ribeirão Preto, amasiada, 3 filhos, escolaridade 4 anos, pensionista.

Vinha em seguimento ambulatorial secundário preventivo de rotina no CSE Sumarezinho

- Cardiologia para liberação para prática regular de atividade física (volley e ginastica 3xx/sem) com testes ergométricos normais até outubro/2013. Recebeu alta da cardiologia.
- Oftalmologia (pós FEC), displasia de papila E, com acuidade preservada, alteração de campo visual em quadrante infero-lateral E?

Antecedentes familiares - mãe: DPOC, pai: óbito de causa não conhecida por ela

Antecedentes pessoais - bastante ativa física e socialmente, não fazia uso de medicações (apenas colírios lubrificantes eventuais), cirurgias prévias - amigdalectomia e perineoplastia, negando incontinência prévia.

- **Encaminhada** ao ambulatório de geriatria CSE por episódio de quedas, foi avaliada em julho/2015 pela primeira vez, com relato de 2 episódios de quedas no intervalo de 1 mês em situações cotidianas: escorregou em tapete e desequilibrou-se ao sentar em uma cadeira. À época negava qualquer tipo de sintoma associado ou precedente às quedas (neurológico, cardiológico, vestibular, ortopédico). O exame físico não identificava alterações neurológicas ou hemodinâmicas (PA deitada 135/90mmHg x em pé 130/85mmHg, ritmo cardíaco regular com frequência em torno de 64bpm) ou músculo esqueléticos e os exames laboratoriais de rotina mostraram-se normais. Chegou a ser avaliada no ambulatório de neurologia CSE na mesma época não tendo sido encontradas alterações (alta).
- No **seguimento** inicial manteve relato de quedas eventuais em situações como tropeço em degraus sem qualquer tipo de trauma significativo, sem surgimento de alterações ao exame físico. Relatava insônia intermediária (despertar a partir das 2 ou 3 horas da madrugada com sono irregular após, todavia nega sonolência diurna) negando queixas que pudessem ser sugestivas de distúrbio comportamental do sono REM. Passou a relatar alguns sintomas discretos de alteração de humor (tristeza mais persistente com problemas familiares,

dificuldade de concentração e atenção associada a discreta redução do desempenho cognitivo nas tarefas cotidianas - MEEM 29/30. Mantinha-se independente para todas as atividades diárias realizando as suas atividades esportivas.

- Nas consultas subsequentes, manteve o relato de quedas ao tentar ultrapassar obstáculos (degraus) todavia com aumento da frequência e redução dos reflexos de proteção, passando a apresentar traumatismos mais significativos (trauma em rosto e joelhos). Negava sintomas antecipatórios ou presença de alterações pós evento.
- Evoluiu entre os dois últimos retornos com piora rápida das queixa cognitivas, então com impacto no desempenho das atividades de rotina (apesar de MEEM 29>28>25), piora dos sintomas depressivos (GDS - geriatric depressão scale 7/15) além da presença de riso imotivado e labilidade emocional. Passou a relatar incontinência urinária de esforço, surgimento engasgos frequentes independente da consistência alimentar, mudança na articulação da fala com disфонia e lentificação. As quedas passaram a acontecer também em circunstâncias não habituais em praças e calçadas uniformes sem fatores desencadeantes ou facilitadores percebidos.
- Ao exame foram identificados alterações ausentes previamente:
 - extra-piramidais (tremor postural, bradicinesia e rigidez discretos em membros superiores, pior a E), alteração da marcha com passos curtos e com pouca elevação do solo, dismetria em MSE e MIE. Força preservada, sensibilidade grosseiramente preservada, avaliação de pares cranianos sem alteração. Presença de alteração da mobilidade ocular extrínseca, com restrição para a mirada vertical
- Foi encaminhado para complementar investigação em internação na enfermaria da geriatria: Exame da admissão: BEG, corada, hidratada, vigil, orientada, Pupilas isofotoreagentes, campo visual por confrontação preservado, ausência de nistagmos, restrição da mobilidade ocular extrínseca para olhar vertical com demais movimentos preservados, mobilidade da língua preservada, reflexo de tosse preservado, presença de disartria e lentificação da fala, marcha de base alargada com tendência a queda para esquerda, Romberg -, sensibilidade vibratória alterada, força preservada, diadococinesia alterada a E. Ausência de hipotensão postural, ausência de sintomas vestibulares
- TC crânio - redução volumétrica encefálica difusa e proporcionada. Sinais de microangiopatia discreta.

RNM encéfalo - atrofia desproporcional do tronco com predomínio no mesencefalo e sistema nigroestriatal, compatível com PSP/ - paralisia supranuclear progressiva/parkinson.