

# SINTOMAS E TRATAMENTOS DA ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM): EM BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA

**ABREU, Elaine Pio**  
**laine.pio@hotmail.com**  
Centro de Pós-Graduação Oswaldo Cruz

**Resumo:** *A esclerose múltipla é uma doença auto imune, neurológica crônica, considerada desmielinizante e inflamatória, aonde compromete o sistema nervoso central (SNC), que atinge principalmente adultos jovens, com maior frequência o sexo feminino. A causa envolve predisposição genética e fatores ambientais, bem como infecções virais (vírus Epstein Barri), exposição ao sol e conseqüentemente níveis baixos de vitamina D prolongadamente. A EM é uma doença geralmente progressiva, na qual a inflamação e desmielinização da substância branca do sistema nervoso central resulta em vários sinais e sintomas neurológicas, ou seja, as células de defesa do organismo. As inflamações afetam por conduzir os impulsos elétricos do SNC para o corpo e vice-versa, a recuperação particularmente a bainha de mielina, uma capa protetora que reveste os neurônios, denominados axônios, responsáveis destas inflamações (desmielinização), chamado de surtos pode ser total ou parcial.*

**Palavras – chaves:** *Esclerose Múltipla. Tratamento. Diagnóstico.*

**Abstract:** *Multiple sclerosis is a chronic neurological autoimmune disease considered demyelinating and inflammatory, affecting the central nervous system (CNS), which mainly affects young adults, most often females. The cause involves genetic predisposition and environmental factors, as well as viral infections (Epstein Barri virus), sun exposure and consequently prolonged low vitamin D levels. MS is a generally progressive disease in which inflammation and demyelination of the white matter of the central nervous system results in various neurological signs and symptoms, ie the body's defense cells. Inflammations affect by conducting electrical impulses from the CNS to the body and vice versa, particularly the recovery of the myelin sheath, a protective sheath that covers the neurons, called axons, responsible for these inflammations (demyelination), called outbreaks or partial.*

**Keywords:** *Multiple sclerosis. Treatment. Diagnosis.*

## 1 INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla é uma doença auto imune do sistema nervoso central, considerada desmielinizante e inflamatória. Uma doença que afeta hoje cerca de 2,5 milhões de pessoas no mundo, na faixa etária de 18 a 50 anos de idade, sendo as mais

atingidas mulheres de raça branca. No Brasil temos torno de 35 mil pessoas portadoras da doença.

BRUST (2000) destaca que não se sabe o que desencadeia a esclerose múltipla, tanto ele como outros autores supõem que a (EM), possa ser desencadeada por um vírus, o qual a pessoa esteve exposta durante a infância e que atuou como agente infeccioso. O mesmo autor relata que estudos epidemiológicos apontam, além da hipótese de ser causada por um agente infeccioso, que esta doença possa ser o resultado de uma disposição genética.

Ainda referente à doença, a sua fase inicial é sutil, sendo caracterizada por sintomas transitórias que duram entre cinco dias a uma semana. Essas características fazem com que o indivíduo não dê importância às primeiras manifestações clínicas da doença, já que os sintomas são transitórios (SANTOS, 2010). Com a progressão da EM o curso clínico toma a forma de episódios de surto e remissão de duração variável (de semanas até meses ou anos), caracterizados por déficits neurológicos, seguidos de recuperação parcial gradual das funções neurológicas. Essas recaídas tendem a diminuir à medida que a doença progride (KUMAR, 2010).

O diagnóstico é baseado nos critérios de MCDONALD, onde temos a apresentação clínica do paciente e os dados adicionais necessários. Temos 4 tipos de esclerose, sendo elas: A SURTO REMISSÃO, PROGRESSIVA-PRIMÁRIA, PROGRESSIVA-SECUNDÁRIA E A PROGRESSIVA RECORRENTE, cada uma com suas características, sendo diagnosticada pelo neurologista.

Com o trabalho de revisão científica, vou levantar os sintomas iniciais, intermediários e final da doença e as diversas formas de tratamento em jovens adultos, mostrando as dificuldades de um diagnóstico correto da doença, a busca dos pacientes pelo tratamento terapêutico e medicamentoso que possam lhe garantir uma melhor qualidade de vida, pois ocorreram dias, semanas que as dores e o sofrimento com a descoberta da doença.

## **2 SINAIS E SINTOMAS DA ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)**

Os estudos atuais indicam que a doença se inicia com células T CD4+, T<sub>H1</sub> e T<sub>H17</sub>, que reagem contra antígenos da própria mielina e secretam citocinas. Células TH1, secretam IFN, que ativam macrófagos, e as células TH17, recrutam leucócitos. A desmielinização é provocada por esses leucócitos ativados e suas substâncias lesivas. Nos infiltrados das placas e das regiões circunjacentes do cérebro consiste em células T CD4+ e, alguns DC8+ e macrófagos.<sup>8</sup> Porém não se sabe como a reação imune é ativada, contudo foi proposto o papel de uma infecção viral para ativação das células T autorreativas, mas essa proposta é controversa (KUMAR, 2010).

A esclerose múltipla caracteriza-se por vários déficits do SNC, como a exacerbação remissas e recorrentes. Ocorrem em média uma exacerbação aproximadamente a cada 2 anos, mas a frequência varia muito (LEVIN, 2016).

Embora a EM possa progredir e regredir de forma imprevisível, os sintomas iniciais e mais comuns são os seguintes:

- Parestesias em uma ou mais extremidades, no tronco ou em um lado da face;

- Fraqueza, cansaço ou atitude desajeitada em uma perna ou mão;
- Distúrbios visuais, como perda parcial de visão e dor em um olho em decorrência de neurite óptica retrobulbar, diplopia decorrente de oftalmoplegia internuclear e escotomas;
- Motoras, com perda muscular, dificuldade para andar, espasmos e rigidez muscular(espasticidade);
- Esfincterianas, dificuldade de controle da bexiga (retenção ou perda da urina) ou intestino;
- Cognitivas, problemas de memória, de atenção, do processamento de informações (lentificação);
- Mentais, com alterações de humor, depressão e ansiedade.

Por conta da grande variabilidade da localização anatômica e sequencia temporal das lesões em paciente EM, as manifestações são variadas entre os indivíduos e outro. Os sintomas podem se desenvolver dentro de horas ou até vários dias ou semanas. É comum que os sintomas apareçam em 6 a 15 horas a depender do local e do tamanho da lesão. Os sintomas iniciais mais frequentes em ordem decrescente de frequência são: fraqueza motora, neurite retrobulbar, parestesias, marcha instável, visão dupla, vertigem e distúrbio de micção. A depressão também é comum na EM (CARDOSO, 2010).

### **3 DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico é feito com base nos critérios de McDonald (2017), revisados e adaptados, na anamnese do paciente e exames físicos, realizados pelo médico neurologista, tendo como critérios básicos para o diagnóstico a evidencia de múltiplas lesões no SNC e evidencia clinica ou paraclínica de pelo menos dois episódios de distúrbios neurológicos num individuo entre 10 e 59 anos (NASCIMENTO, SILVA, 2014).

Além dos exames com o Ressonância Magnética de crânio e coluna nos níveis cervical, torácico, lombar em alguns casos, o Líquor (LCR) onde o fluido que banha o SNC é retirado no exame e o potencial evocado que mede a condução nervosa no seu trajeto visual, auditivo, motor e sensorial (ABEM, 2016).

A ressonância magnética se apresenta alterada em 87 a 95% dos casos e mostra lesões hipointensas em T1 e hiperdensas em cortes com TR longo (T2, DP, FLAIR) e realce pelo contraste das lesões ativas. As áreas acometidas mais frequentemente são os centros semi-ovais, substância branca periventricular, corpo caloso, tronco cerebral, radiações ópticas, pedúnculos cerebrais, cerebelo, nervos ópticos e medula espinhal (MACIEL,2002).

O LCR é feito cada vez menos, haja vista que o diagnóstico pode ser baseado na RM, mas pode ser útil se a RM e resultados clínicos são inconclusivos ou se infecção (p. ex., a doença de Lyme CNS) deve ser descartada. (LEVIN, 2016). Porém o LCR é capaz de identificar a natureza inflamatória e imunológica das lesões do SNC, por meio de estudo qualitativo e quantitativo da resposta intratecal (NASCIMENTO, SILVA, 2014)

Diagnosticar a doença precocemente faz toda a diferença. Quando mais cedo o tratamento é iniciado, maior a chance de modificar a longo prazo o curso natural da EM, reduzindo o número de surtos, lesões e sequelas neurológicas.

## 4 TRATAMENTO

Os tratamentos disponíveis para EM buscam reduzir a atividade inflamatória e os surtos ao longo dos anos contribuindo para a redução do acúmulo de incapacidade durante a vida do paciente. Além do foco na doença, tratar os sintomas como os urinários e a fadiga é muito importante para qualidade de vida do paciente (ABEM, 2016).

O tratamento dos portadores de esclerose múltipla são feitos com os imunomoduladores, e com os imunossupressores, o que mudou o curso da doença nos últimos anos. O Ministério da Saúde é o responsável pela liberação do uso dos medicamentos, prescritos apenas pelo neurologista (NASCIMENTO, SILVA, 2014).

Os medicamentos que visam reduzir a atividade inflamatória e agressão à mielina, com a diminuição dos surtos em intensidade e frequência, contribuindo assim na redução do ganho de incapacidade ao longo dos anos são os chamados imunomoduladores, que são: o interferon beta 1a e o interferon beta 1b, utilizados nos portadores da forma surto-remissão, diminuindo assim os surtos da doença (ABEM, 2016 e CALLEGARO D, 2001).

O advento do acetato de glatiramer representou uma terapêutica que veio complementar o conjunto dos imunomoduladores, sendo recomendado como fármaco também de primeira opção no tratamento da esclerose múltipla ou como substituto para os casos de falha do interferon, seja por ausência de resposta clínica, seja por efeitos adversos dos mesmos (CALLEGARO D, 2001).

Para o uso dos imunomoduladores, os portadores de EM passam por alguns critérios de inclusão, tais como: o diagnóstico ser firmado pela tabela de Mc Donalds e Cols; ter idade entre 18 a 50 anos; forma definida clinicamente como surto-remissão ou progressiva secundária; doença caracterizada como ativa, pela história clínica e ou por neuroimagem como RM e ter apresentado pelo menos 2 surtos da doença antes do início do tratamento (CALLEGARO D, 2001).

Nos últimos anos diversos estudos estão demonstrando a ação das estatinas, que além de diminuir o nível do colesterol sanguíneo, apresentam, também, propriedades imunomoduladoras e antiinflamatória, por causa da sua ação inibitória sobre o óxido nítrico sintase e citocinas pró-inflamatória, justificando assim a utilização como tratamento alternativo em portadores de EM. A utilização de Lovastatina e Sinvastatina em pacientes com EM, mostrou a diminuição nas lesões visualizadas por ressonância magnética e ausência de efeitos colaterais graves (OLIVEIRA, 2007).

Apesar de efeitos não curativos, são conhecidos diversos benefícios dessas drogas, porém foram relatados em vários estudos efeitos colaterais, que se devidamente identificados e orientados, podem evitar a interrupção do tratamento (TILBERY, 2009).

Já os medicamentos imunossupressores (que reduzem a atividade ou eficiência do sistema imunológico) também tem ocupado lugar de destaque no tratamento da EM, entre eles, destacam-se a azatioprina, a ciclofosfamida, o mitoxantrone, o methotrexate e a ciclosporina (ABEM, 2016).

Atualmente, o SUS oferece seis medicamentos para o tratamento da doença, com a crescente demanda na prescrição desses medicamentos e por possuírem alto custo, houve a elaboração de protocolos e recomendações para seu uso sendo eles: betainterferon (1a injetável e 1b injetável); fingolimoide 0,5mg; glatiramer 20mg injetável; natalizumabe 300mg; azatioprina 50mg e o metilprednisolona 500mg. Além disso, o sistema público tem 277 hospitais habilitados como Unidade de Assistência ou Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia em todo o país (JUNQUEIRA, 2017).

Sintomas muito comuns no início do uso destas medicações são, dores de cabeça, dores musculares, febre, fadiga e agravamento de sintomas anteriores. São sintomas transitórios e, na maioria dos casos, podem ser amenizados ao iniciar os medicamentos com doses menores, utilizando analgésicos ou deixando as aplicações como a última atividade do dia, sempre de acordo com a orientação médica (ABEM, 2016).

Além do tratamento medicamentoso, a planos de tratamento terapêutico devem ser flexíveis e adequados as necessidades de cada paciente, maximizando a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida em geral, evitando assim maiores complicações ao portador de EM.

Nos últimos anos além, do tratamento invasivo existe também o tratamento fisioterapêutico que, segundo estudos, está apresentando resultados positivos quanto a movimentação física dos portadores como, também, melhora na sua qualidade de vida. O fisioterapeuta atua na fase aguda (pós-surto) quanto na fase remissiva, tomando alguns cuidados. Na fase aguda, os exercícios devem ser mais passivos, as pausas de recuperação maiores, os exercícios objetivam basicamente, manter as amplitudes de movimento e evitar complicações secundárias. Pode-se também adicionar exercícios ativos sem muita perda energética. Já na fase remissiva os exercícios ativos serão mais intensos, mas intercalados por pausa de recuperação, de modo que não ocorram fadiga, nem aumento da temperatura corpórea, sendo estes, os fatores que causam surtos. Assim como orientar o paciente a se refrescar, tomando banho de água fria após os exercícios ou ingeri-la (CARDOSO, 2010).

Dentro destes exercícios, temos o estudo da cinesioterapia, que através de exercícios ativos para coordenação motora e equilíbrio, promove a melhora no padrão da marcha e qualidade de vida destes pacientes. Dentro destes exercícios a posições a serem realizadas que devem ser acompanhadas sempre de um fisioterapeuta, respeitando sempre o limite do paciente, sendo eles: o decúbito dorsal, posição sentada, posição de pé a posição quadrúpede, minimizando os sintomas da EM, que trazem limitações e distúrbios psicológicos aos pacientes (CUNHA, MORAIS, VARGAS, 2002).

## **CONCLUSÕES**

A Esclerose Múltipla é uma doença inflamatória, degenerativa do sistema nervoso central, onde em todos os estudos pesquisados foi encontrado a predominância no gênero feminino da cor branca. Seus sintomas no início da doença são sutis, gradativamente, com a evolução da doença, tornam-se incapacitáveis.

O diagnóstico confirmado precocemente através da ressonância magnética, do LCR e dos exames laboratoriais, auxiliam o neurologista a escolha do melhor tratamento, seja na sua forma remitente-progressiva, secundária-progressiva, diminuindo a quantidade de surtos que se manifestam de forma mais acentuada, podendo durar dias ou semanas.

Contudo, pode-se ressaltar, que com as inovações tecnológicas, medicamentosas e terapêuticas houve uma progressão em relação ao diagnóstico e tratamento, apesar da esclerose múltipla não ter cura, a uma melhora significativa na qualidade de vida dos portadores da doença

## REFERÊNCIAS

- ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla – **O que e esclerose múltipla 2016**. Disponível em: [abem.org.br](http://abem.org.br). Acesso em 07 outubro 2019.
- ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla – **Esclerose diagnóstico 2016**. Disponível em: [abem.org.br](http://abem.org.br). Acesso em 07 outubro 2019.
- ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla – **Esclerose tratamento 2016**. Disponível em: [abem.org.br](http://abem.org.br). Acesso em 07 outubro 2019.
- CALLEGARO D. **Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla**. Academia Brasileira de Neurologia. 29 jul.2001.
- CARDOSO, F. A. G. **Atuação fisioterapêutica na Esclerose Múltipla forma recorrente-remittente**. Revista Movimento, v.3, n.2, 2010, p. 69-75. Disponível em: [www.nee.ueg.br](http://www.nee.ueg.br). Acesso em: 31 ago. 2019.
- CUNHA, M. C. B., MORAIS. R. C. A., VARGAS. A. L. **Exercícios terapêuticos para portadores de Esclerose Múltipla com déficit de coordenação motora e equilíbrio**. 10 mai.2002.
- DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NEUROIMUNOLOGIA DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. **Diretrizes para o tratamento de Esclerose Múltipla com drogas imunomoduladores**. Arquivo neuropsiquiatria 2005, 63 (3-B); 892-895.
- GRZESIUK, A. K. **Características clínicas e epidemiológicas de 20 pacientes portadores de Esclerose Múltipla acompanhados em Cuiabá - Mato Grosso**. Arquivo neuropsiquiatria, 2006, 64 (3-A): 635-638.
- JUNQUEIRA, T. **SUS passa a oferecer novo medicamento para esclerose múltipla**. Disponível em: [https:// esclerosemultipla.com.br/2017/07/24](https://esclerosemultipla.com.br/2017/07/24). Acesso em: 06 out. 2019.
- KUMAR, V., ABBAS, A.K., FAUSTO, N., ASTER, J. C., Robins e Cotran. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 1320-1321.
- LEVIN, M. C. **Esclerose Múltipla**. MD, College of Medicine, 2016.
- MACIEL, E. P. **Esclerose Múltipla: correlação clínica, líquido cefalorraquiano e neuroimagem**. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas São Paulo, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Esclerose Múltipla**. Portaria nº 391, de 5 de maio de 2015. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em 24 ago.2019.
- NASCIMENTO, V. M. S., SILVA, D. F. **Esclerose Múltipla: Imunopatologia, Diagnóstico e Tratamento**. Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente. Aracaju. v.2-n.3.p81-90. jun.2014.

OLIVEIRA, M. R. e Cols. **Uso de Rosuvastatina em Esclerose Múltipla.** Revista de Neurociências, v.15, n.3, São Paulo, 2007, p.246-250. Disponível em: [revistaneurociencias.com.br](http://revistaneurociencias.com.br). Acesso em 31 ago.2019.

PORTAL HOSPITAL ISRAELISTA ALBERTI EINSTEN, 2019. ESCLEROSE MÚLTIPLA.

SANTOS, G. B. **Esclerose Múltipla: relação socioambiental.** Revista Hórus, v.4, n.2, Ourinhos-SP, 2010. P.208-2019. Disponível em: [www.faes0.edu.br/horus](http://www.faes0.edu.br/horus). Acesso em: 28 out. 2019.

TILBERY, C. P. e Cols. **Efeitos adversos no tratamento da Esclerose Múltipla com drogas imunomoduladores experiência em 118 casos.** Revista de Neurociência, 2009, 17(3): 220-225. Disponível em: [www.revistaneurociencias.com.br](http://www.revistaneurociencias.com.br). Acesso em:24 ago.2019.