

DEMÊNCIAS

Introdução

Demências são desordens caracterizadas pelo declínio em um ou mais domínios de cognição (conhecimento e memória, linguagem, função executiva, atenção, função perceptiva-motora, social) com interferência nas atividades diárias e independência do paciente.

Os déficits cognitivos na demência não podem ocorrer exclusivamente num contexto de delírium, e nem explicados por outras desordens como depressão e esquizofrenia

Doença de Alzheimer

Principal causa de demência (>50% dos casos), ocorre geralmente em pacientes com mais de 65 anos, porém existem formas pré-senas (<65 anos), este último com maior implicação genética.

A instalação é insidiosa, costuma iniciar com comprometimento da memória anterógrada (adquirida a partir do distúrbio) e desorientação temporoespacial. Em seguida, acomete o raciocínio, planejamento, linguagem, percepção. Em estágios mais avançados costuma ocorrer o distúrbio motor.

O tratamento visa apenas retardar a progressão temporariamente e é fundamentalmente baseado no uso de inibidores da acetilcolinesterase (donepezil, rivastigmina e galantamina).

Demência por Corpúsculos de Lewy (DCL)

É a segunda maior causa de demência neurodegenerativa (a primeira é a doença de Alzheimer). Suas características clínicas incluem déficit de atenção e da função visuoespacial, alucinações visuais, parkinsonismo, flutuação da cognição e disautonomia. Pacientes com DCL não devem receber neurolépticos típicos (haloperidol), pois podem apresentar reações severas e irreversíveis de parkinsonismo, distúrbios da consciência e síndrome neuroléptica aguda.

O tratamento medicamentoso dos sintomas pode ser realizado com inibidores da acetilcolinesterase, levodopa para os sintomas de parkinsonismo e em caso de alucinações e sintomas psicóticos muito importantes, usar com muita cautela neurolépticos atípicos (quetiapina 12,5mg).

Demência Frontotemporal

É uma doença neurodegenerativa do lobo frontal e/ou temporal, sendo uma causa importante de demência de início precoce (<65 anos). As manifestações mais frequentes incluem alteração de comportamento social e personalidade (desinibição, apatia, comportamento compulsivo), podendo estar associado ou não a afasia.

Não existe uma medicação que modifique o curso da doença, sendo indicado o tratamento dependendo do sintoma. Em geral medicações que interferem no comportamento como inibidores seletivos da recaptção de serotonina (paroxetina, trazodona) ou antipsicóticos atípicos são usados.

Demência vascular

É a segunda maior causa de demência (10 a 20% dos casos), ocorrendo geralmente em pacientes com risco elevado para doença aterosclerótica (HAS, DM, dislipidemia,

tabagismo) e múltiplos AVEs. As manifestações clínicas são bastante heterogêneas, variando em função das regiões acometidas (infartadas), implicando em acúmulo de déficits cognitivos com um padrão de evolução “em degraus”. Em geral o acometimento das funções executivas é mais precoce e a evolução para a demência é mais tardia.

O tratamento é baseado no controle de fatores de risco cardiovascular e antiplaquetário (AAS).

Abordagem diagnóstica

É importante que a consulta seja realizada em conjunto com um acompanhante do paciente, questionado a respeito do uso de medicações (opióides, hipnóticos-sedativos, psicotrópico).

O screening diagnóstico inclui a avaliação médica da capacidade cognitiva, sendo o Mini Exame do Estado Mental ("minimental") o teste mais comumente usado. A pontuação máxima do exame é 30, sendo resultados menores que 24, compatíveis com demência. Este ponto de corte pode ser influenciado pelo grau de escolaridade e quadros de demência leve podem apresentar resultados falso-negativos.

A pesquisa de causas reversíveis de demência faz parte do início da investigação, como deficiência de vitamina B12, hipotireoidismo, sífilis, demência relacionada ao HIV, hidrocefalia de pressão normal, tumores cerebrais, hematoma subdural crônico e intoxicações crônicas. Esta avaliação deve ser feita por exames laboratoriais e de neuroimagem (TC ou RNM)