

Distúrbios do sistema nervoso central e periférico

Rosilene Motta Elias

“Todo o paciente com DRC deve ser avaliado à procura de patologias neurológicas”. (Evid. V recom D)

Pacientes com DRC, quando comparados com a população geral, apresentam maior prevalência de algumas patologias neurológicas.

As patologias neurológicas podem ser de caráter central como encefalopatia, desordens do sono e tremores; ou periférico como polineuropatia periférica, disfunção autonômica, além de mononeuropatia periférica.

Devido à maior morbidade dessas patologias na DRC seu reconhecimento e rápido tratamento previnem complicações nesses pacientes.

Encefalopatia urêmica

É uma síndrome aguda ou subaguda que ocorre em pacientes com DRC - estágio 5. Os pacientes podem apresentar déficits de memória, fala, desordens de emoção, consciência e percepção. Estes sintomas não são específicos de uremia e devem ser diferenciados de outros distúrbios orgânicos e desequilíbrios eletrolíticos. Uma característica clínica marcante é a variação dos sintomas dia a dia e hora a hora. O início pode passar despercebido com sintomas leves e inespecíficos como fadiga, apatia, piora da concentração e atenção.^{1,2}

Algumas toxinas podem estar implicadas na patogênese da encefalopatia. Estas incluem: (a) compostos solúveis como uréia e creatinina; (b) moléculas médias; e (c) compostos ligados à proteína. Outros compostos como a guanidina têm sido implicados, além dos produtos finais de glicosilação avançada (AGEs)².

Neuropatia Periférica

Está presente em até 70% dos pacientes encaminhados a diálise e inexplicavelmente é incomum em crianças. Em estágios iniciais a prevalência da neuropatia é ignorada. O curso de evolução é variável em progressão e severidade. A neuropatia urêmica clássica é distal, sensitiva e motora e predominantemente axonal. Os sintomas são descritos como sensação de queimação nas pernas. A clínica é mais evidente no estágio 5. Ao exame físico pode-

mos observar atrofia muscular, perda de reflexos tendíneos, déficit de atenção, perda de capacidade sensitiva como a vibratória. Mononeuropatia isolada é menos comum, a não ser pela síndrome do túnel do carpo. Esta síndrome pode ocorrer em pacientes em tratamento conservador de DRC e não são exclusivas de pacientes em hemodiálise¹. O PTH pode estar envolvido na gênese da neuropatia periférica na DRC². Apesar da piora da qualidade de vida, ainda não há nenhum artigo na literatura que confirme o pior prognóstico dos pacientes renais crônicos que desenvolvem neuropatias.¹

Exame Complementar para Neuropatia em DRC é importante para diagnóstico, porém não se correlaciona diretamente com o grau de perda de função renal, não sendo útil para monitorizar progressão da doença renal. Os pacientes sintomáticos parecem ter alterações mais evidentes nos exames^{3,4}.

Eletroneuromiografia: Os estudos mostram uma diminuição da velocidade de condução nervosa (VCN) para valores abaixo do normal em pacientes com DRC estágio V. A VCN sensorial está diminuída em 90% enquanto a motora em 40% dos casos³.

Distúrbios na função sexual são complicações comuns na insuficiência renal. Estas complicações incluem disfunção erétil e diminuição da libido. Há também contribuição de medicamentos frequentemente usados para tratamento de hipertensão, que podem ter como efeito colateral distúrbios sexuais. As drogas que mais comumente levam à impotência sexual são os tiazídicos, bloqueadores de canal de cálcio e metildopa. Abordagem terapêutica: O sildenafil pode ser administrado oralmente e ser muito efetivo em homens com uremia, mesmo com doenças cardiovasculares.²

Valorizar queixas do sono, reconhecer e tratar a síndrome das pernas inquietas. (Evid V Recom D)

Alterações no sono estão presentes em até 70% dos pacientes renais crônicos. É bem estabelecido na literatura o impacto negativo das desordens do sono na qualidade de vida e capacidade funcional do paciente. Entre os distúrbios frequentes temos a síndrome das pernas inquietas. Esta síndrome é uma desordem presente em 20 a 57% dos

pacientes renais crônicos. O diagnóstico é basicamente clínico e pode ser feito pelo nefrologista⁵, com o cuidado de se diferenciar de outras doenças com sintomas semelhantes como acontece na neuropatia diabética. É caracterizada por uma sensação desagradável nas pernas, geralmente no início do sono, que causa uma vontade quase irresistível de mexer a perna e melhorar com o movimento voluntário. Em exames específicos de sono como a polissonografia, 80% dos pacientes portadores da síndrome das pernas inquietas apresentam movimentos periódicos das pernas durante o sono. Sua gênese na DRC pode ser a uremia, assim como deficiência de ferro, sendo este último

um co-fator de receptores dopaminérgicos envolvidos na fisiopatologia da síndrome. O tratamento da anemia com eritropoetina normalizando o hematócrito diminui os movimentos periódicos de pernas, diminui a fragmentação do sono e a sonolência diurna⁶. Já existem estudos mostrando associação dos movimentos periódicos de pernas com maior mortalidade em renais crônicos dialíticos⁷. Abordagem terapêutica: incentivar exercícios físicos e corrigir a anemia (com reposição de ferro e uso de eritropoetina). Os seguintes medicamentos podem ser utilizados: L-dopa 100-200 mg ou agonista de receptor dopaminérgico (pramipexol), clonazepam e gabapentina^{5,6,7}.

REFERÊNCIAS

1. Burn DJ, Bates D: Neurology and the Kidney. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 65:810-821, 1998;
2. Fraser C, Arieff A: Nervous system manifestations of renal failure, in Schrier RW, Gottschalk CW (ed): **Diseases of the Kidney**. Boston, MA, Little Brown, 1993, pp 2804-2809;
3. Di Paolo B, Cappelli P, Spisni C, Albertazzi A, Rossini PM, Marchionno L, Gambi D: New electrophysiological assessments for the early diagnosis of encephalopathy and peripheral neuropathy in chronic uraemia. **Int J Tissue React** 4:301-307, 1982.
4. Nielsen VK: The peripheral nerve function in chronic renal failure. VI. The relationship between sensory and motor nerve conduction and kidney function, azotemia, age, sex, and clinical neuropathy. **Acta Med Scand** 194:455-462, 1973.
5. Crignotta F, Mondini S, Santoro A, Ferrari G, Gerardi R, Buzzi G. Reliability of a questionnaire screening restless legs syndrome in patients on chronic dialysis. **Am J Kidney Dis**, 40(2): 302-6, 2002
6. Benz RL, Pressman MR, Hovick ET, Peterson DD. A preliminary study of the effects of correction of anemia with recombinant human erythropoietin therapy on sleep, sleep disorders, and daytime sleepiness in hemodialysis patients (The SLEEPO study). **Am J Kidney Dis**, 34(6): 1089-95, 1999
7. Robert L, Benz MD, Mark R, Presman. PhD, Edward T, Hovick and Donald D. Potential Novel Predictors of Mortality in End-Stage Renal Disease Patients with Sleep Disorders. **Am J Kidney Dis**, 35:1052-1060, 2000