

PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA: UM RELATO DE CASO

Stéfany Rodrigues de Paula¹, Caio Igor Reis de Paiva², Luísa Akl Urankar³, Nathalia Oliveira Queiroz⁴, Guilherme Neumann de Araújo⁵

¹Graduanda em Medicina, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). E-mail: stefanyrdpaula@gmail.com; ²Graduando em Medicina, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). E-mail: caiongrsi@gmail.com; ³Graduanda em Medicina, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). E-mail: luisaurankar@gmail.com; ⁴Graduanda em Medicina, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). E-mail: nathaliaoliveiraqueiroz@gmail.com; ⁵Neurologista, Professor, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). E-mail: guilhermenaraujo@hotmail.com

Introdução: Classicamente, “parkinsonismo” refere-se à tríade de sintomas motores: rigidez, tremores e bradicinesia. Nesse sentido, a Paralisia Supranuclear Progressiva (PSP), é uma desordem parkinsoniana atípica, mais prevalente no sexo masculino, na qual os principais sintomas tendem a surgir após a quinta década de vida, dentre eles: instabilidade postural, oftalmoparesia e demência. O objetivo do estudo é expor a dificuldade diagnóstica de um caso de parkinsonismo atípico e discutir a limitação do tratamento medicamentoso da doença. **Relato de Caso/Discussão:** Paciente, sexo masculino, 68 anos, aposentado, residente em Juiz de Fora, hipertenso, com histórico de acidente vascular cerebral (AVC) há cinco anos, busca atendimento neurológico em junho de 2021 após apresentar, desde fevereiro, quadro de instabilidade postural, tremor assimétrico predominantemente à direita, bradicinesia e esquecimento de piora progressiva. Naquele momento, recebeu diagnóstico de Doença de Parkinson (DP) e Alzheimer e foi prescrito levodopa + cloridrato de benserazida 200/50mg (1 comprimido 5 vezes ao dia), pramipexol 0,25mg (1-0-0) e rivastigmina 9mg (1-0-0). No entanto, o paciente permaneceu refratário ao tratamento até maio de 2023. Diante disso, foi encaminhado a outro neurologista que, mediante novo exame neurológico, observou sintomas como apatia, afonia, oftalmoparesia, dismetria à direita e rigidez axial, o que tornava a marcha instável. Ao pesquisar o equilíbrio estático, apresentava Romberg tendencioso à projeção para trás. A partir da hipótese diagnóstica de Paralisia Supranuclear Progressiva, foi solicitada uma ressonância nuclear magnética (RNM) de encéfalo, que evidenciou redução volumétrica notável do mesencéfalo, confirmando o diagnóstico definitivo de PSP. Não existe esquema terapêutico específico para a doença, mas geralmente não é responsiva à levodopa, explicando a refratariedade dos sintomas mesmo após o início do tratamento; entretanto outros medicamentos antiparkinsonianos podem aliviar a bradicinesia e a rigidez. Portanto, houve suspensão do uso de levodopa + cloridrato de benserazida e de pramipexol, e foi mantido o uso de rivastigmina 9mg (1-0-0), iniciado escitalopram 10mg (1-0-0), amantadina 100mg (1-0-1) e biperideno 2mg (1-0-1). Após 3 meses, paciente retorna ao neurologista com melhora dos sintomas. Por fim, torna-se nítida a dificuldade do diagnóstico diferencial entre DP e PSP, na primeira ocorre depleção de dopamina, o que causaria manifestações motoras de forma progressiva e, a segunda, afeta neurônios dos gânglios da base e tronco encefálico com um sinal clínico clássico que a diferencia da Doença de Parkinson, é a paralisia do olhar vertical, além da comprovação pela RNM da redução volumétrica do mesencéfalo, que embora não patognomônica, é usualmente observada em quadros parkinsonianos atípicos. **Conclusão:** Ainda que a PSP seja uma condição de difícil diagnóstico diferencial em relação à DP, torna-se imperativa a necessidade da avaliação minuciosa dos exames de imagem e da proficuidade apresentada pelo esquema terapêutico aplicado para melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Paralisia Supranuclear Progressiva; Bradicinesia; Demência.