

# DEMÊNCIAS

## I) DEFINIÇÃO

Demência pode ser considerada como um prejuízo global da inteligência, memória e personalidade, adquirido na vida adulta. O nível de consciência é claro. É vista mais frequentemente em mulheres, devido à sua maior longevidade e ocorre em 10-15% dos idosos com mais de 65 anos e em 20% nos de mais de 80 anos.

## II) MEMÓRIA

Memória é a capacidade de *adquirir, armazenar e evocar* as informações. A memória pode ser classificada de acordo com sua duração no tempo, sua função e seu conteúdo.

Memória também pode ser definida também em outras palavras como a capacidade de **Fixar**, conservar em **Latencia** e **Reproduzir**, **Evocar** ou **Representar**, sob a forma de **Imagens Mnêmicas** as Impressões Sensoriais recebidas, transmitidas e conscientizadas, sob a forma de sensações.

Por Imagem Mnêmica entenda-se a revivescência na memória, de uma imagem sensorial, sem que esteja presente o objeto que a produziu. Ela é imprecisa, incorpórea, instável, introjetada, influenciável voluntariamente.

É fortemente identificada com a Consciência do Eu e o tempo interior.

É influenciada pela Afetividade e Vontade.

Memória é algo presente em todas as espécies vivas, desde as mais simples unicelulares até a mais complexa, que é o Homem. Até mesmo esse computador, inanimado, embora às vezes pareça que não, em que você está trabalhando, é dotado de memória. Precisamos então fazer distinção entre dois tipos de memória:

### **MEMÓRIA ORGÂNICA**

Memória Hábito, comum a todos os seres vivos.

### **MEMÓRIA PSÍQUICA**

Inerente ao Ser Humano, que tem não só a capacidade de recordar fatos do mundo externo, mas também suas vivências pessoais, internas, voluntária e involuntariamente, sem o determinismo da memória orgânica.

- a) De acordo com a **função** a memória pode ser chamada de **memória de trabalho ou memória operacional**, é o momento de ligação entre o apreendido no mundo real e sua fixação e posterior evocação. Ela é muito curta, minutos, não deixa traços bioquímicos. Estão envolvidas as áreas córtex pré-frontal antero-lateral, córtex orbito-frontal, hipocampo, amígdala, córtex temporal inferior, córtex parietal associativo.
- b) Quanto ao **conteúdo**, as memórias podem ser **declarativas ou procedurais**. As declarativas podem ser *semânticas*, relacionadas a fatos e conhecimentos ou *autobiográficas*. Estão envolvidos o hipocampo e suas conexões, amígdala, e córtex. As memórias procedurais dizem respeito aos procedimentos sensoriais e motores apreendidos, estando envolvidos os gânglios da base e cerebelo.
- c) Em relação a sua duração temporal a memória pode ser classificada em **memória de fixação**, de curta duração e **memória de evocação**, de longa duração.

Os principais neurotransmissores estudados na memória são os dos sistemas colinérgicos e dopaminérgico. Com o envelhecimento, em animais de laboratório, a alteração bioquímica mais proeminente aparece no núcleo estriado, com declínio proporcional à idade dos receptores D2. O sistema colinérgico tem papel fundamental no aprendizado e memória.

Os estudos atuais sugerem que o déficit de memória ligado ao envelhecimento é reflexo de alterações estruturais e mudanças moleculares em neurônios e em circuitos específicos, pois não há alterações neurodegenerativas importantes.

### III) EPIDEMIOLOGIA

Abaixo vemos um quadro com a prevalência mundial de demência e o aumento das taxas em função da idade.

Faixa Etária	Prevalência	Aumento
65-69	1,2	-
70-74	3,7	3,0
75-79	7,9	2,1
80-84	16,4	2,0
85-89	24,6	1,5
90-94	39,9	1,6
>95	54,8	1,3

#### IV) SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia se caracteriza pelo seu caráter crônico, progressivo e inexorável, pode cursar com impaciência, irritabilidade, tomada de decisões erradas, mudança gradual do comportamento, infantilidade, dificuldade de adaptação a novas situações, o pensamento torna-se lentificado, regressivo e rígido, levando ao padrão do “velho teimoso”.

Um dos principais sintomas é a perda de memória, principalmente a memória de fixação, ficando a de evocação preservada, exceto em casos muito avançados.

Pode haver depressão associada, que pode levar a uma falsa impressão de piora do quadro, ansiedade também pode surgir.

Há modificação da personalidade do paciente, muitas vezes com exacerbações de características pessoais prévias.

Os afetos podem ser lábeis e haver reação catastrófica diante de exigências simples.

O comportamento desinibido pode levar a atitudes sexualmente inconvenientes.

Pode cursar ainda com deterioração da higiene pessoal, piorada por uma possível incontinência.

Podem ocorrer dificuldades de comunicação devido a afasias.

Podem surgir idéias persecutórias devido à dificuldade de entendimento do ambiente e à perda de objetos, levando a acusações de roubo contra as pessoas próximas. Medo irracional pode surgir.

A desnutrição é freqüente e pode piorar o quadro, levando a infecções repetidas e desidratação.

## V) ETIOLOGIA

- *Doença de Alzheimer*
- *Demência Vascular*
- *Demência Alcoólica*
- *Doença de Biswangers*
- *Doença de Jacob-Creutzfeld (Prions)*
- *Coréia de Huntington*
- *Demência da AIDS*
- *Doença de Parkinson*
- *Doença Metabólica*
- *Trauma Encefálico*
- *Demência com Corpos de Lewy*
- *Tumores*
- *Demência Frontotemporal (Pick)*

### 1) ALZHEIMER

A doença se dá em função do acúmulo progressivo de placas senis decorrentes do depósito de proteína beta-amilóide anormalmente produzida e de emaranhados neurofibrilares, fruto da hiperfosforilação da proteína tau. Ela afeta principalmente as áreas do hipocampo e córtex entorrinal, atrofia cortical e perda de neurônios colinérgicos no prosencéfalo basal.

A) Demência.

B) Nenhuma outra causa diagnosticável de demência.

Dão suporte ao diagnóstico:

- 1) Comprometimento das funções corticais superiores (afasia, agnosia, apraxia).
- 2) Diminuição da motivação, apatia, perda da espontaneidade, irritabilidade, desinibição social.
- 3) Atrofia cortical progressiva.
- 4) Parkinsonismo, logloconia, convulsões.

Tipo 1:

Início após 65 anos.

Pelo menos um dos seguintes: Início gradual e progressão lenta

Predomínio do comprometimento da memória sobre outras funções cognitivas.

Tipo 2:

Início anterior aos 65 anos.

Pelo menos um dos seguintes: Instalação e progressão rápidas.

Envolvimento temporoparietal /ou frontal, comprometimento de memória sobre outras funções cognitivas.

## **2) DEMENCIA VASCULAR**

Anteriormente chamada de Demência Arterioesclerótica ou Demência por Múltiplos Infartos (DMI). Envolve principalmente lesões nos lobos temporais, gânglios da base e outras estruturas do sistema límbico, obedecendo à anatomia da vascularização cerebral.

Tem início mais agudo que a DA e evolui por “degraus”, ou seja, pioras súbitas seguidas de períodos de estabilidade. Pode ocorrer flutuação dos sintomas. Infartos lacunares cursam com disartria, disfagia, labilidade emocional, “petit pas”, bradicinesia.

As lesões correm por interrupção da vascularização e/ou queda do fluxo sanguíneo, assim a interrupção focal do curso, causa infartos completos, a diminuição do fluxo, leva a infartos incompletos, a interrupção multifocal leva a infartos múltiplos e a hipoperfusão de zonas limítrofes leva a infartos em territórios limites. O infarto silencioso, que não gera sintomas, geralmente ocorre na substância branca e nos gânglios da base.

- a) Demência.
- b) Distribuição desigual dos déficits de funções corticais superiores.
- c) Evidencia de lesão cerebral focal (manifestações neurológicas).
- d) Evidencia de doença cerebrovascular relacionada.

## **FATORES DE RISCO**

Hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, doença cardiovascular, fibrilação atrial, tabagismo, alcoolismo, homocisteína aumentada, trombose, fatores genéticos.

### CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-PATOLOGICA

Vasos grandes (cortical)	Infartos múltiplos, infartos estratégicos
Vasos pequenos (subcortical)	Isquemia subcortical, Bisswanger, cortico-subcortical
Isquêmica-hipoperfusiva	Encefalopatia anóxica isquêmica difusa, territórios limítrofes
Hemorrágica	Hemorragia, subaracnóide, trombose venosa

### PRINCIPAIS SÍNDROMES CLÍNICAS:

Quadros variáveis em gravidade com alterações cognitivas, comportamentais, psicológicas, funcionais motoras e autônomas, por períodos variáveis, de acordo com o tipo, localização, número, extensão e cronologia das lesões.

1. Síndrome Pós-AVC.
2. Síndrome por Infartos Múltiplos.
3. Síndrome por Infartos Estratégicos.
4. Síndrome por Infartos de Territórios Limítrofes.
5. Síndrome por Isquemia Subcortical.
6. Síndrome Pós AVC Hemorrágico.

### 3) DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL (PICK).

Tem forte envolvimento genético, início insidioso e lento, envolve atrofia temporal esquerda e frontotemporal. Envolve 10% dos casos de demência anteriores aos 65 anos.

Sintomas: Início insidioso com progressão lenta antes dos 65 anos, mudanças no comportamento e na personalidade, desinibição, hipomania, teimosia, hiperoralidade, impulsividade, perda da crítica, redução da linguagem, ecolalia.

Há envolvimento da proteína tau nesta patologia.

Tipos:

Síndrome	Sintomas	Região
Demência frontotemporal	Mudança na personalidade e comportamento	Frontal ventromedial bilateral
Demência semântica	Afasia fluente, perda da compreensão	Temporal esquerdo ou bilateral e córtex ínfero-lateral
Afasia progressiva não fluente	Discurso não fluente, hesitante, distorcido, compreensão preservada	Perisilviana esquerda
Prosopagnosia progressiva	Perda da identificação de faces e do conhecimento pessoal	Temporal direito córtex ínfero-lateral

### 4) DEMÊNCIA NO PARKINSON

Além dos sintomas demenciais básicos ocorrem sintomas motores como bradicinesia, confusão ou psicose associada ao levodopa, depressão, perda da fluência verbal.

Apresenta Corpos de Lewy.

Bioquimicamente há diminuição de dopamina no estriado, no neocórtex. A noradrenalina também está comprometida em função das lesões no lócus cerúleas.

## **5) DEMÊNCIA COM CORPOS DE LEWY**

Síndrome demencial que tem como substrato patológico os corpos de Lewy no córtex cerebral, núcleos subcorticais e tronco cerebral, na Doença de Parkinson os corpos de Lewy ocorrem na substancia negra. Corpos de Lewy são inclusões citoplasmáticas intraneuronais.

A redução da atividade colinérgica é marcante nesta síndrome.

Características centrais: déficit cognitivo progressivo, comprometimento de memória não ocorre necessariamente nos estágios iniciais, déficits de atenção e habilidades frontosubcorticais e habilidade visuoespacial podem ser proeminentes.

Características fundamentais: Flutuação da cognição com variações pronunciadas da atenção e alerta, alucinações visuais recorrentes e detalhadas, sintomas extrapiramidais.

Características de suporte: quedas repetidas, síncope, perda transitória de consciência, sensibilidade a neurolépticos, delírios sistematizados, agitação, outros tipos de alucinações, depressão/hipomania e alteração do sono REM.

Os principais sintomas são os da síndrome demencial, e dois dos seguintes: Parkinsonismo espontâneo (no máximo doze meses antes dos sintomas demenciais), Alucinações visuais recorrentes e flutuação cognitiva.



## VII) TRATAMENTO

O tratamento inclui a resolução de possíveis causas básicas como tumores ou alterações endócrinas, cardiológicas, vasculares, etc. e cuidados gerais de vida diária.

A pessoa destacada para cuidar do paciente deve ser treinada e experiente, preparada para a resistência do paciente ao tratamento, comportamentos agressivos, possíveis fugas e agressividade.

Pode ser necessária a administração de psicofármacos sedativos ou antipsicóticos.

O paciente pode ter que sofrer interdição legal, quando colocar em risco seu patrimônio pessoal ou de parentes.

Não se deve exigir do paciente que se recorde de fatos recentes dando-se preferência a diálogos sobre fatos do passado mais remoto.

Deve-se estimular qualquer atividade que de prazer ao paciente, como trabalhos manuais, passeios, etc. sem exigência de um trabalho completo ou perfeito, como porventura o paciente fizesse anteriormente.

Não existe tratamento específico para a degeneração do tecido cerebral e o diagnóstico diferencial entre as diversas causas pode ser difícil e caro, entretanto com o avanço das pesquisas e o descobrimento futuro de drogas atuantes podem levar a necessidade de um diagnóstico cada vez mais precoce e a sua diferenciação causal.

Suplementos vitamínicos e alimentação balanceada são importantes.