

POLINEURITE ASSINTOMÁTICA

TONTO DE PARTIDA PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES

J. FORTES-RÊGO *

RESUMO — Oitenta pacientes que se submeteram a consulta neurológica ambulatorial por motivos diversos (excluídas polifagia, polidipsia, poliúria e modificação na massa corporal) e nos quais o exame neurológico revelou uma polineurite foram submetidos a testes de tolerância à glicose, que resultaram anormais em 41 (todos tinham glicemia de jejum normal). A principal conclusão a que chega o autor é de que a polineurite é parte integrante do quadro geral do diabetes, podendo representar uma de suas manifestações mais iniciais e eventualmente preceder a detecção da própria alteração metabólica pelo menos no que concerne às técnicas atualmente empregadas. O tratamento — limitado à dieta adequada — pode propiciar notória melhora subjetiva.

Unsuspected diabetes mellitus in objective polyneuritis.

SUMMARY — Eighty consecutive neurological ambulatory patients with various symptoms are presented. All patients with a history of diabetes or alcoholism were excluded. The group was composed of 54 females and 26 males ranging in age from 16 to 67 years. Neurological examination showed at least one peripheral abnormal finding in all patients. Absence of Achilles reflexes, impairment of tactile and vibratory sensibility in the distal portions of the legs and dysesthesia were the most frequent alterations. All patients showed normal fasting blood sugar and were submitted to the oral glucose tolerance test. Some evidence of abnormal glucose tolerance was present in 41 patients (51.25% of the entire group). Thus, we suggest that polyneuritis, misinterpreted as late complication, is indeed an integral part of the syndrome of diabetes and may be its very first objective sign. In conclusion, it is assumed that all patients with evidence of objective polyneuritis should be thoroughly tested for abnormality of glucose tolerance.

Em publicação recente² chamamos a atenção para as muitas discrepâncias existentes na literatura especializada no que concerne ao envolvimento do sistema nervoso periférico no diabetes melito a começar pela prevalência estimada, pelos diversos autores, entre 0 e 93%. Para a maioria a neuropatia não guardaria relação direta com a intensidade do transtorno metabólico e sim com sua duração. Outros, contudo, asseveram que muitos pacientes têm diabetes grave durante décadas sem evidência objetiva de neuropatia. Ainda na publicação a pouco aludida externamos a opinião de que tais disparidades parecem expressar certa desorganização reinante no trato do tema, a qual estaria alimentada por diferentes fatores, sendo de destacar a própria abordagem clínica do doente que se tem mostrado insatisfatória deixando entrever seja pouco esmero na execução do exame neurológico seja ausência de critérios efetivamente válidos na apreciação dos dados obtidos. Com relação ao último aspecto chega a ser curiosa a atitude que alguns autores assumem ante a constatação — em pacientes diabéticos — de alteração singular no exame neurológico. Uns, embora

Departamento de Medicina Especializada da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília: * Chefe do Departamento.

Dr. J. Fortes-Rêgo — Departamento de Medicina Especializada - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - 70910 Brasília DF - Brasil

estabelecendo como critério para o diagnóstico de neuropatia a presença de «sinais objetivos» do sistema nervoso, excluem expressamente os pacientes com abolição dos reflexos aquileus ou diminuição da sensibilidade vibratória na ausência de «outros sinais». Outros, na presença do que chamam «sinais sutis», recorrem a expressões como «envolvimento subclínico», «neuropatia latente» e «estado pré-diabético». Os primeiros estariam negando a polineurite diabética através dos sinais que melhor a caracterizam, enquanto os derradeiros, ao lançarem mão de expressões vagas e inconsistentes, expõem-se a imperfeições de ordem semântica e nosológica.

O objetivo deste trabalho é demonstrar que a polineurite, ao invés de representar uma complicação do diabete — como tem sido classicamente admitido — pode não só integrar legitimamente o quadro geral dessa doença como também constituir-se numa de suas manifestações iniciais.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados 80 pacientes entre os atendidos no ambulatório geral de Neurologia do Hospital-Escola da Universidade de Brasília, com idades compreendidas entre 16 e 67 anos, adotando-se como critério a presença de alteração de tipo periférica (quase sempre duas ou mais) no exame neurológico, que foi realizado pelo autor em todos os casos. 54 eram do sexo feminino e 26 do sexo masculino. O alcoolismo, bem como outras doenças potencialmente causadoras de tais alterações, foi afastado. As queixas — excluídas polifagia, polidipsia, poliúria e modificação na massa corporal — variaram de simples dor de cabeça episódica de pequena intensidade (a mais freqüente), tontura, dores vagas, irritabilidade, esquecimento, insônia ou «choques» em diferentes partes do corpo, até a quadros bem definidos como crises epiléticas (4 casos), paralisia facial periférica isolada (4 casos), acidente vascular cerebral isquêmico (2 casos), impotência sexual (4 casos), ansiedade (2 casos) e doença do pânico (1 caso). As alterações objetivas encontradas foram as seguintes: diminuição da sensibilidade tátil «em botas» — 72 vezes (em 6 o transtorno atingia também as porções distais dos membros superiores); abolição dos reflexos aquileus — 58 vezes (em outros 11 pacientes estavam diminuídos com relação aos demais reflexos musculares clínicos e havia alteração sensitiva periférica concomitante); dentre os 69 pacientes os reflexos patelares também foram atingidos em 21 e, entre estes, os dos membros superiores foram-no em 8; diminuição ou abolição da sensibilidade vibratória nos pés — 38 vezes; disestesia plantar bilateral — 36 vezes. O teor de glicose no sangue era normal nos 80 pacientes em jejum. Todos foram submetidos a pelo menos um teste de tolerância à glicose constando da coleta de 6 amostras de sangue venoso: a primeira em jejum e as restantes de 30 em 30 minutos após a ingestão de 75 gramas de dextrose. Os exames foram realizados no Laboratório de Endocrinologia do Departamento de Medicina Especializada da Universidade de Brasília pela técnica de Somogyi-Nelson, considerando-se anormais cifras iguais ou superiores a 200mg%, assim como as inferiores a 50mg%.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram os seguintes: 21 pacientes exibiram hiperglicemia e 20 mostraram hipoglicemia, totalizando 41 resultados anormais, ou seja, 51,25%. Dos 21 pacientes que evidenciaram hiperglicemia, 11 só o fizeram por ocasião de um segundo teste de tolerância, desta feita sob prévia sensibilização com prednisona (20mg divididos em doses iguais: 12 e 2 horas antes da realização do exame). Dos 39 pacientes com resultados normais (48,75%), 24 foram submetidos a um só teste, deixando de fazer o sensibilizado por motivos diversos.

COMENTARIOS

O denominador comum dos pacientes aqui referidos é a presença de *sinais* neurológicos que caracterizam uma *polineurite* mista que deve ser classificada como *objetiva* porquanto nenhum apresentava *sintoma* que a sugerisse. O fator etiológico parece evidente. O achado de uma tolerância à glicose diminuída em mais da metade dos casos, acrescido da ausência até mesmo de *indício* de qualquer outra doença sistêmica que viesse a ser responsabilizada, impõe o reconhecimento do *diabete* — sem adjetivação — ainda que tal raciocínio fira alguns cânones solidamente arraigados no estudo dessa doença. Lançar mão, nessas circunstâncias, de epítetos como «latente», «subclínico» ou outros que tais seria pura tergiversação quando não sofisma. Talvez o quadro geral do diabete melito seja bem mais extenso do que aquele costumei-

ramente considerado e algumas de suas «complicações» não passem de manifestações próprias e iniciais. No caso das alterações neurológicas a precocidade estaria justificada pela maior vulnerabilidade do sistema nervoso diante de fatores adversos como decorrência do seu elevado grau de diferenciação. A propósito, não pareceria desarrazoado supor que o envolvimento do sistema nervoso possa anteceder à detecção do transtorno metabólico pelo processo usualmente empregado. Três dos nossos doentes apresentaram resultados normais nos dois primeiros testes; 12 a 24 meses depois, como persistissem as queixas iniciais, foram reavaliados e exteriorizaram então o distúrbio metabólico. Se situações semelhantes se repetirem ao longo do tempo — hipótese aliás bastante plausível — estaremos diante de números cada vez mais significativos. Os atuais 51,25% aproximam-se dos 59% encontrados por Bartels e Rullo¹ que realizaram idêntica investigação em 100 portadores de doença vascular periférica.

Um aspecto laboratorial deve ser enfatizado. Dos 21 pacientes com hiperglicemia, 11 só a apresentaram no segundo teste, sob prévia sensibilização com prednisona. O tratamento dos 41 pacientes com intolerância à glicose limitou-se à prescrição de dieta adequada. Entre os que fazem acompanhamento ambulatorial regular (vários residiam em distintas localidades e não retornaram) é notória a melhora subjetiva experimentada por aqueles que perseveraram nas medidas propostas. Em nenhum, contudo, pôde ser comprovada modificação nas alterações neurológicas periféricas encontradas no exame inicial. Embora estudos elétricos não tenham sido incluídos nessa etapa da investigação dois pacientes, um dos quais com teste de tolerância à glicose normal, submetem-se, por iniciativa própria, a exame da condução nervosa. Em ambos foram registradas «alterações neurogênicas leves que podem estar relacionadas a neuropatia periférica incipiente».

Conclusões — A análise do presente material parece autorizar as seguintes conclusões: 1. Uma polineurite mista (essencialmente objetiva) é parte integrante do quadro geral do diabetes. 2. Além, pois, de não representar uma «complicação» do diabetes, a polineurite pode ser uma de suas manifestações mais iniciais. 3. O achado de alteração periférica motora e/ou sensitiva no exame neurológico, sem indicio de virtual agente etiológico, deve impor a realização de um ou mais testes de tolerância à glicose, independentemente das manifestações subjetivas referidas pelo doente. 4. A evidência de hipoglicemia — e não só de hiperglicemia — na curva glicêmica deve ser valorada, devendo o paciente merecer igualmente a atenção do endocrinologista no estabelecimento da dieta adequada. 5. O tratamento — exclusivamente pela dieta — tem conferido evidente melhora (subjetiva) à maioria dos doentes, obviamente na dependência da observância das medidas propostas. 6. A falta de um padrão bem definido na primeira curva (clássica) deve ensejar a realização imediata de outra, sob prévia sensibilização pela prednisona. 7. Mesmo após a realização — sem sucesso — dos dois testes a possibilidade de diabetes não deve ser definitivamente afastada — a menos que outro fator etiológico seja estabelecido — pois a doença poderá encontrar-se em estágio muito inicial que preceda a detecção do transtorno metabólico pelo referido procedimento. 8. Eventuais repetições do exame laboratorial estarão condicionadas à evolução clínica de cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Bartels CC, Rullo FR — Unsuspected diabetes mellitus in vascular peripheral disease. *N Engl J Med* 259:633, 1958.
2. Fortes-Rêgo J — O exame neurológico no diagnóstico precoce do diabetes melito. *Rev Bras Med* 45:39, 1988.