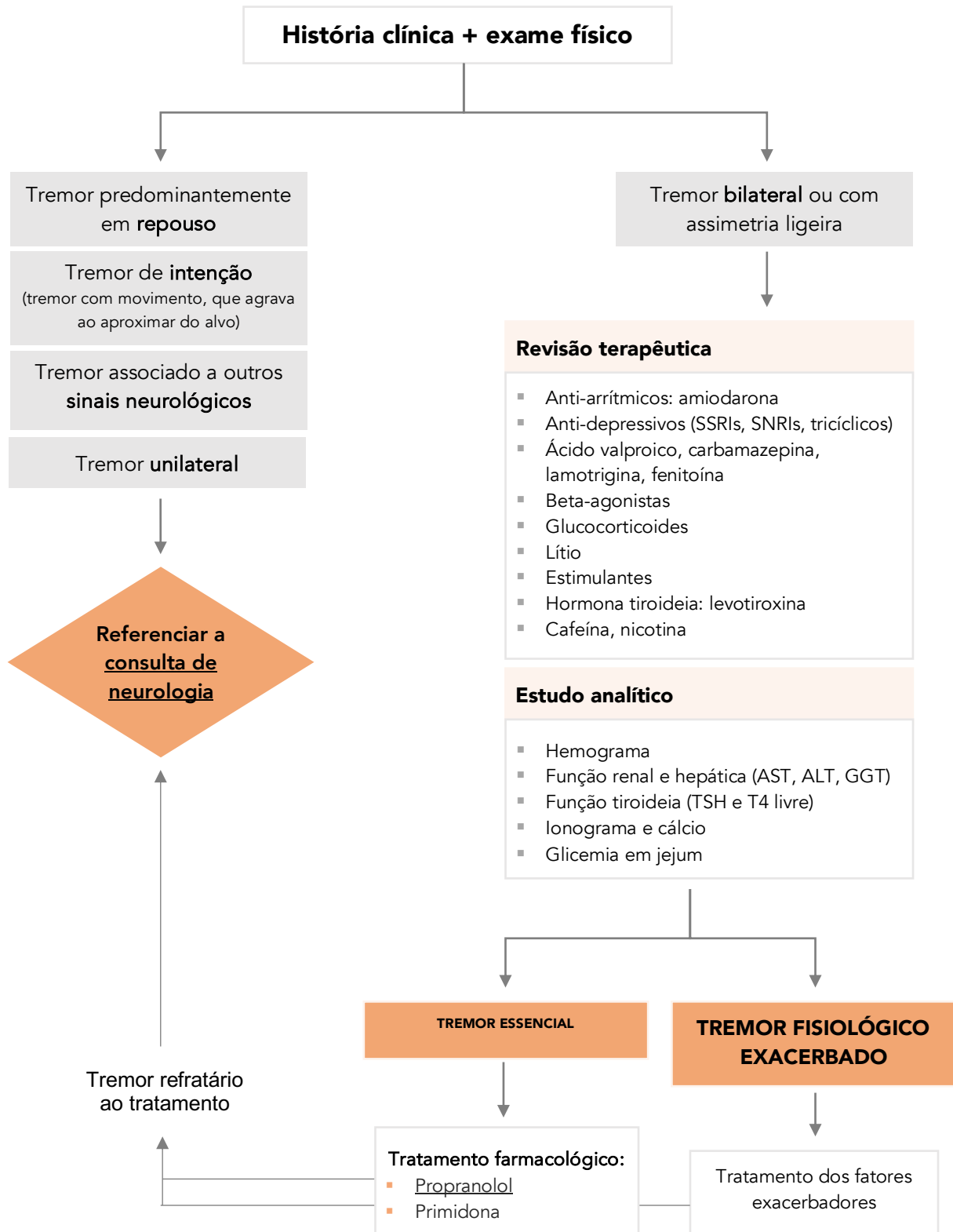


ABORDAGEM AO DOENTE COM TREMOR

Autor(es): Joana Maia Rocha, Catarina Campos

Local de Trabalho: Internas de Formação Específica de MGF, USF Foz do Minho, ULSAM



História Clínica

- **Caracterização do tremor**
 - Idade e modo de início
 - Progressão dos sintomas
 - Regiões afetadas e simetria (uni ou bilateral; simétrico ou assimétrico)
 - Frequência (rápido, médio ou lento) e amplitude (fino, médio ou grosseiro)
 - Circunstâncias em que ocorre, fatores desencadeantes, fatores de melhoria e de agravamento
- **Antecedentes pessoais**, nomeadamente patologia neurológica, tireoideia ou ansiedade
- **Antecedentes familiares** de tremor ou doenças neurológicas
- **Medicação habitual**
- **Hábitos tóxicos**

Exame objetivo

- **Exame neurológico completo**
- Observar os braços e mãos do doente em repouso durante colheita da história clínica
- Procurar existência de tremor cefálico ou na voz
- Avaliar ambos os braços esticados (prova de braços estendidos contra a gravidade) e durante uma atividade dirigida, como na prova dedo-nariz
- Pedir ao doente para desenhar uma espiral e escrever uma frase simples (avaliação da gravidade e monitorização)
- Observar a postura e deambulação, balanceio dos braços e capacidade de marcha em tandem
- Pesquisa de outros sinais e sintomas associados (rigidez, dismetria, disartria, défice de força muscular, hiperreflexia, hipo-reflexia, hipostesia, bradicinesia, distonia)

Diagnóstico diferencial

- Confirmar que se trata de um tremor e não de outro movimento involuntário, como tiques, coreia, mioclonias

Tremor: movimento involuntário de um segmento corporal, rítmico e oscilatório, em torno de um eixo.

Tique: movimentos repetitivos e estereotipados fora de contexto.

Coreia: movimentos não estereotipados, que surgem e transitam de forma aleatória entre diferentes segmentos corporais

Mioclonias: movimentos súbitos, muito breves, positivos (contração muscular) ou negativos (perda de tónus muscular)

Bibliografia:

Vijiaratnam N, Wirth T, Morris HR. Revisiting the assessment of tremor: clinical review. Br J Gen Pract

Sharma S, Pandey S. Approach to a tremor patient. Ann Indian Acad Neurol.

UpToDate: Overview of Tremor.

Carvalho V, Massano J. Tremor: A Clinical Guide For The Non-Neurologist. Acta Med Port [Internet].

Consensus Statement on the classification of tremors. from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society.



Tipos de tremor

Tremor de repouso

- **Pesquisar outros sinais/sintomas de parkinsonismo:**
 - Bradicinesia, rigidez em roda dentada e instabilidade postural
 - Marcha arrastada, com pequenos passos, sem balanceio dos braços e tronco inclinado
 - Hipomímia, micrografia e hiposmia
- **Excluir causa iatrogénica para parkinsonismo:**
 - Antipsicóticos e estabilizadores de humor (lítio, valproato)
 - Antieméticos (metoclopramida)
 - Antiarrítmicos (amiodarona)
 - Bloqueadores de canais de cálcio
 - Inibidores da acetilcolinesterase
- **Solicitar estudo analítico e TAC CE e referenciar a consulta de Neurologia**
 - Hemograma, B12 e ácido fólico, ionograma
 - Função tiroideia, renal e hepática
 - VDRL, HIV, VHB e VHC

Principal etiologia: Doença de Parkinson

- Tremor presente em 70-80% dos doentes!
- Inicialmente tremor unilateral, mas evolução para bilateral
- Lado inicialmente afetado tende a ser sempre o pior
- Raramente ocorre tremor cefálico!

Tremor cinético de intenção

- **Pesquisar outros sinais/sintomas de doença do cerebello:**
 - Dismetria e alteração na coordenação
 - Disartria
 - Marcha atáxica
 - Movimentos oculares em sacada
- **Pesquisar outros sinais/sintomas de lesão do tronco:**
 - Hemiparesia ou hemihipostesia
 - Alterações nos pares cranianos
 - Ataxia da marcha
- **Solicitar TAC CE e referenciar a consulta de Neurologia**

Múltiplas etiologias:

- Esclerose múltipla
- Acidente Vascular Cerebral
- Tumores
- Traumatismo crânio-encefálico
- Ataxia espinocerebelar
- Síndrome paraneoplásico

Tremor cinético postural

Tremor fisiológico exacerbado

- **Apresentação clínica típica:**
 - Tremor bilateral e simétrico, de frequência elevada e amplitude baixa
 - Mais frequente a nível apendicular e da voz
 - Agrava com ansiedade, stress ou medo, cansaço, consumo de café ou abstinência de consumo de álcool.
 - Melhora com álcool
 - Habitualmente não é intencional!
 - Habitualmente não é cefálico!

▪ Tratamento

- Tratamento dos fatores exacerbadores

▪ Referenciação a consulta de Neurologia

- Dúvidas no diagnóstico
- Refratariedade ao tratamento



Tremor essencial

- Doença do movimento mais comum, com distribuição bi-modal (jovens 20-40 anos e tardia 50-60 anos)
- História familiar positiva em 2/3 dos casos
- **Apresentação clínica típica:**
 - Tremor bilateral e simétrico, de frequência elevada e amplitude baixa
 - Mais frequente nas mãos e braços, mas pode associar-se também a tremor cefálico e da voz.
 - Agrava com ansiedade, cansaço ou frio. Melhora com consumo de álcool.
 - Habitualmente não surge em repouso!

Tratamento

- Beta-bloqueador: **propranolol**
 - Iniciar com 20 mg/dia, com aumentos semanais de 10mg; pode ser titulado até dose máxima de 320 mg/dia, de acordo com tolerância.
 - **Contra-indicações (CI):** bloqueio AV, bradicardia ou asma
 - **Efeitos adversos (EA):** bradicardia, fadiga, hipotensão
 - **Primidona:** menos usada, geralmente para doentes com contra-indicação a tratamento com propranolol
 - Iniciar com 62,5 mg/dia (1/8 cp). Pode ser titulado semanalmente até dose máxima de 750 mg/dia (1/8 cp » 1/4 cp » 1/3 cp » 1/2 cp » 2/3 cp » 1 cp)
 - Atenção a interações medicamentosas (varfarina, tricíclicos, ciclosporina)
 - **EA:** normalmente mal tolerada; pode causar náuseas, vertigem, sedação, confusão
 - **Outros:** topiramato, benzodiazepinas, gabapentina
- **Referenciação a consulta de Neurologia**
- Dúvidas no diagnóstico

Outros tipos específicos de tremor

Tremor ortostático

- Tremor generalizado e simétrico a nível dos membros inferiores, que surge na posição de bipedestação
- Nunca ocorre em sedestação ou decúbito!
- **Tratamento:**
 - Clonazepam 0,5-4 mg/dia
 - Gabapentina

Tremor associado a fármacos ou tóxicos

- Início após introdução do fármaco
- Agravamento do tremor com aumento da dose
- Nunca ocorre tremor cefálico!
- **Tratamento:**
 - Suspensão da medicação (resolução completa)
 - Propranolol (se não for possível suspensão)

Tremor distónico

- Tremor associado a distonia: devido a contração de músculos distónicos, pode ser exacerbado por tentativas de manter uma postura normal
- Afeta principalmente o pescoço, face e MSs.
- Diagnóstico diferencial difícil com tremor essencial.
- **Tratamento:** dependente do segmento corporal.
 - Se extremidades: clonazepam; propranolol

Bibliografia:

- Vijjaratnam N, Wirth T, Morris HR. Revisiting the assessment of tremor: clinical review. Br J Gen Pract
 Sharma S, Pandey S. Approach to a tremor patient. Ann Indian Acad Neurol.
 UpToDate: Overview of Tremor.
 Carvalho V, Massano J. Tremor: A Clinical Guide For The Non-Neurologist. Acta Med Port [Internet].
 Consensus Statement on the classification of tremors. from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society.