



POLINEUROPATIA ALCOÓLICA

A polineuropatia é observada em adultos, sendo mais comum no homem. É uma complicação grave e crônica do uso abusivo de bebida alcoólica. Associa-se à desnutrição e ao desequilíbrio nutricional, ou seja, ingesta abusiva de hidrocarbono e carência proteica e vitamínica acentuada.

Além das razões sócio-econômicas, a alteração nutricional pode depender de fatores associados como defeitos graves da dentição, antecedentes de gastrectomia, gastrite alcoólica, entre outros. O estado nutricional desfavorável deve chamar a atenção, pois correspondem à fase bioquímica da doença. Até esta fase o quadro é reversível se for tratado adequadamente.

Indivíduos que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas desenvolvem polineuropatia sem aparente participação da condição carencial. Alcoolistas com maior tempo de abuso de álcool apresentam atrofia de fibras musculares do tipo II. Parece haver associação do fator tóxico e nutricional, mormente carência de tiamina (vitamina B6). Este perfil etiológico pode ser compreendido do seguinte modo: a redução da ingestão de vitaminas associada a má absorção devido à ação lesional do álcool sobre o pâncreas, acrescido do aumento da necessidade de tiamina e a interferência do álcool no intestino e na circulação no processo de absorção da tiamina, desencadeiam a patologia.

A polineuropatia alcoólica provoca a degeneração e a desmielinização das fibras nervosa. A degeneração axonal distal é a mais comum havendo redução da densidade de fibras. A desmielinização encontrada é secundária a degeneração axonal, o que compromete as pequenas fibras que transportam estímulos dolorosos e térmicos na parte distal dos membros inferiores.

Em consequência da destruição acima mencionada, surgem as queixas mais típicas como a fraqueza, dor e parestesias nas mãos e especialmente nos pés. Esses sintomas são rapidamente seguidos por paresia dos membros inferiores, com o “pé caído” e ataxia da marcha.

De maneira geral, os sintomas têm início insidioso, caracterizado por um longo período de fadiga durante a marcha, câimbras e dores noturnas. Há o desenvolvimento concomitante de sinais motores e sensoriais anormais. O déficit motor limita-se aos membros inferiores. É distal, bilateral, simétrico e predomina sobre a parte ântero-lateral da perna. Manifesta-se por um movimento arrastado nas escadas e depois por marcha escarvante. A fraqueza e a exaustão muscular atingem a porção distal, afetando mais as pernas do que os braços. Além disso, os músculos extensores são mais



afetados do que os flexores. A fraqueza pode ser tão intensa a ponto de surgirem contraturas nos tornozelos e nos joelhos.

A participação de fibras sensitivas é responsável por dores superficiais e profundas. Evidencia-se uma hipoestesia superficial distal a diversas estimulações como a sensibilidade vibratória e cinestésica. Ocorre aumento do limiar doloroso que contrasta com uma hipersensibilidade ao atrito da pele e à compressão muscular. Os indivíduos relatam sentir dor em queimação, sensação de calor nas superfícies plantares dos pés e uma dor intensa nas panturrilhas.

Os reflexos tendinosos profundos geralmente estão ausentes ou diminuídos seguindo um padrão distal-proximal. Até mesmo os pacientes assintomáticos apresentam, com frequência, uma leve perda de sensibilidade nos pés e arreflexia no tendão calcâneo.

O agravamento do quadro implica no desenvolvimento de neurite óptica, paresia dos músculos oculares, faciais, palatais e faríngeos e paralisia dos esfíncteres urinário e retal.

A fisioterapia e a utilização de métodos terapêuticos de reeducação motora contribuem para limitar as seqüelas, impedindo o desenvolvimento de alterações tróficas e retrações irreversíveis.

Dr. Maurício Aranha - **Sócio-Fundador** da ANERJ - Associação dos Neurologistas do Estado do Rio de Janeiro. Filiado da SBNeC - Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento da USP. Filiado da APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolingüística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: ma@icc-br.org