**Apêndice 1 - Material Suplementar**

Um caso clínico de DCLewy: dificuldades clínicas e graves repercussões pessoais e familiares.

|  |
| --- |
| Um homem de 72 anos, reformado (carpinteiro, 4 anos de escolaridade), e a sua família têm notado alterações progressivas desde há cerca de 6 meses. Tem tido dificuldade em conduzir, hesita nos trajetos que conhece bem e até já se perdeu algumas vezes no espaço de dois meses. Nas rotundas tem agora dificuldade em perceber como circulam os veículos e tem tendência a prosseguir sem ver se tem de dar prioridade a outros veículos. A estacionar já deu diversos “toques” noutros carros. Por isso, decidiu deixar de conduzir. A esposa passou a ter de o ajudar nas operações bancárias, pois ele tem dificuldade em fazê-las sozinho, o que nunca acontecera antes. Quando escurece ou está no quarto deitado na cama vê uns vultos perto de si, que sabe não existirem; numa ou noutra ocasião já aconteceu ver em casa uma criança de cabelo louro e roupas garridas, que ele não conhece. Nos últimos meses a marcha ficou mais lenta e a postura mais curvada. A esposa queixa-se ainda que ele fala muito enquanto dorme e gesticula demasiado desde há alguns anos. O doente diz ter sonhos que “parecem verdadeiros, estou a lutar, a fugir de alguém, ou num cemitério a correr de um lado para o outro” (sic). Na primeira consulta o exame neurológico mostrou bradicinesia e rigidez ligeiras dos 4 membros, postura fletida, marcha com passada um pouco encurtada; sem alterações dos movimentos oculares; sem movimentos involuntários; sem défices piramidais, cerebelosos ou sensitivos. A realização de análises permitiu excluir causas tratáveis e a TC cerebral não mostrou alterações. A avaliação neuropsicológica mostrou défices moderados das funções executivas e capacidade visuo-espacial, e mais ligeiras da memória episódica. O diagnóstico de DCLewy foi estabelecido clinicamente com base nos critérios atuais e foi oferecido tratamento ao doente, que preferiu rivastigmina em sistema transdérmico. O parkinsonismo ligeiro não foi considerado uma prioridade clínica nesta fase e não foi tratado. Cerca de 1 ano após o início dos sintomas a esposa refere agravamento: por exemplo, à noite desorienta-se e não encontra a casa de banho. A passada está mais encurtada, quase não levanta os pés e já caiu uma vez, sem consequências. Deixou de conhecer algumas pessoas com quem contacta menos e troca os nomes às pessoas em fotografias familiares. Durante o dia, tem momentos em que está muito confuso e com discurso incoerente, ficando muito melhor alguns minutos depois - isto acontece a qualquer hora do dia. Algumas semanas antes de vir à consulta parou a medicação transcutânea por prurido incomodativo. A esposa tem de ajudar no banho porque ele se desequilibra e tem dificuldades em lavar-se eficazmente, “não sabe o que tem de fazer” (sic). A atividade motora em sono é agora mais intensa, chega mesmo a magoar-se, e a esposa tem de dormir numa cama separada, pois já foi “agredida” involuntariamente. Nesta fase foi prescrito donepezilo, com melhoria das flutuações cognitivas e das alucinações; mais tarde iniciou levodopa em subida lenta até 100 mg 3 vezes por dia, para tentar melhorar o parkinsonismo, e iniciou clonazepam que foi titulado até 1 mg ao deitar, com melhoria da atividade hipermotora em sono. Por obstipação grave foi prescrito macrogol. Ao fim de 5 anos o doente está em cadeira de rodas e dependente de terceiros para todas as atividades de vida diária. Tem já disfagia para líquidos e é necessário usar espessante na água para evitar aspiração e pneumonias consequentes.  Este é um exemplo típico de DCLewy. Algumas situações são ainda mais dramáticas e de progressão mais rápida. O caso do brilhante ator e comediante Robin Williams é um exemplo pungente e de desfecho especialmente trágico (sugerimos a leitura do artigo *“The terrorist inside my husband's brain”*, escrito pela sua esposa).1 |

DCLewy, demência com corpos de Lewy; TC, tomografia computorizada.

Referências

1. Williams SS. The terrorist inside my husband's brain. Neurology. 2016;87:1308-11.