



## Diferenças da progressão de sintomas motores e não motores de acordo com o lado de início dos sintomas na Doença de Parkinson

Julian F. Silva\*, Anelyssa C. F. D'Abreu

### Resumo

A Doença de Parkinson é a segunda doença neurodegenerativa mais comum no mundo, com uma prevalência de 1-2% na população mundial com idade acima de 65 anos<sup>1</sup>. Seus principais sintomas motores são a bradicinesia, a rigidez, o tremor de repouso e a instabilidade postural. Uma das principais características da DP é a assimetria dos sintomas, sendo um lado do corpo mais acometido inicialmente<sup>2</sup>. Os mecanismos que resultam nessa assimetria ainda não foram elucidados, como também não foi esclarecido se há relação entre o lado de início e o lado de dominância (destros ou canhotos) com a progressão dos sintomas motores e não motores. Nosso objetivo foi verificar se a dominância e o lado de início estão relacionados com a progressão da DP.

### Palavras-chave:

Doença de Parkinson, dominância, assimetria

### Introdução

Os sintomas da Doença de Parkinson (DP) apresentam assimetria na manifestação, sendo mais evidente em um lado do corpo. A assimetria da doença é tão evidente que serve como parâmetro clínico de diferenciação da DP em relação a outras doenças neurodegenerativas e outras síndromes parkinsonianas. Não se sabe os motivos que levam a esta assimetria, que pode persistir por toda a extensão da progressão da doença. Apesar do reconhecimento comum da assimetria na DP, são escassos os dados que expliquem essa característica<sup>3</sup>. Também há uma baixa inclusão de pacientes canhotos na grande maioria dos estudos já realizados o que torna difícil conclusões sobre a apresentação clínica e progressão diferencial de sintomas motores e não-motores em destros e canhotos, levando-se em consideração o lado de início dos sintomas. Frente a escassez de pesquisas relacionadas a esses tópicos, achamos relevante aprofundar os estudos acerca das diferenças entre destros e canhotos e diferenças em sintomas motores e não motores, levando em consideração a assimetria dos sintomas motores no início da DP e sua progressão no decorrer da doença.

### Resultados e Discussão

Foram analisados dados de 80 pacientes, que foram adquiridos por meio de entrevistas com os pacientes. Os dados coletados foram: sexo, idade, tempo com a doença, lado de início dos sintomas da DP, dominância e dados das escalas *Scales for Outcomes in Parkinson's Disease* (SCOPA), *Scales for Outcomes in Parkinson's Disease-Psychiatric Complications* (SCOPA-PC), *Non-Motor Symptoms Scale* (NMSS) e *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS). Dentre eles haviam 54 homens (67,6%) e 26 mulheres (32,5%), com idade média de 62,7 +/- 9,4 anos, tempo médio de diagnóstico de DP de 10,48 +/- 7,41 anos, 40 pacientes (50%) apresentavam o início dos sintomas e 40 pacientes (50%) apresentavam o lado de início dos sintomas à direita, e 73 (91%) eram destros e 7 canhotos (9%). Percebe-se que entre os destros (N=73), 39 (53,4%) apresentam o lado direito como de início dos sintomas de DP e 34 (46,6%) apresentam o lado esquerdo. Já em relação aos canhotos (N=7), 1 (14,3%)

apresenta o lado direito de início e 6 (85,7%) apresentam o lado esquerdo. Isso mostra que há uma maior proporção de pacientes com lado de início ipsilateral à dominância nos pacientes canhotos, mas como o número de pacientes canhotos foi pequena, não foi possível fazer uma análise estatística baseada somente nos dados dos canhotos. Foi feito um modelo generalizado para comparar os valores das escalas SCOPA, UPDRS e NMSS a depender do lado de início da doença, controlando para idade, sexo, tempo com DP e dominância. Foi constatado que não houve diferença entre os valores de SCOPA médio ( $z = -0.17$ ;  $p = 0.863$ ; 95%IC= -3.23, 2.71), UPDRS ( $z = 0.16$ ;  $p = 0.869$ ; 95%IC= -7.98, 9.44) e NMSS ( $z = -0.14$ ;  $p = 0.891$ ; 95%IC= -21.60, 18.78) devido ao lado de início. Quando feito a mesma análise, levando em consideração apenas os pacientes destros (uma vez que o número de canhotos foi pequeno) achamos resultados semelhantes: SCOPA ( $z = -0.10$ ;  $p = 0.92$ ; 95%IC= -3.20, 2.89), UPDRS ( $z = -0.11$ ;  $p = 0.914$ ; 95%IC= -9.35, 8.37) e NMSS ( $z = -0.19$ ;  $p = 0.845$ ; 95%IC= -22.90, 18.76).

### Conclusão

Não observamos diferença do desenvolvimento de sintomas motores ou não motores em virtude do lado de início dos sintomas de DP. O mesmo foi observado em destros. Porém, não se pode dizer o mesmo sobre canhotos pelo número limitado destes no estudo. O que é necessário ressaltar é a necessidade de fazer estudos para análise de canhotos em comparação aos destros visto a diferença dos dados encontrados no presente estudo mesmo com poucos canhotos para observar se essas informações se comprovam.

<sup>1</sup> Tanner C, Hubble J, Chan P, Watts RL, Koller WC. New York: McGraw-Hill; 1997. p. 137-52.

<sup>2</sup> Souza CFM, Almeida HCP, Sousa JB, Costa PH, Silveira YSS, Bezerra JCL. Rev Neurociencia 2011; p.718-723.

<sup>3</sup> Djaldetti R, Ziv I, Melamed E. Lancet Neurol. 2006 Sep;5 (9):796-802.