

Trabalhos Científicos

Título: Estriatopatia Diabética Em Adolescente: Relato De Caso

Autores: PRISCILA AMARAL (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), SÓCRATES SALVADOR (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), LILIAN HAGEL (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), KATRIANE SUSIN (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), NICOLE TAGLIARI (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), RITA DE CÁSSIA SAMUEL (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), FERNANDA ALBANI (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO)

Resumo: A estriatopatia diabética, ou coreia hiperglicêmica não cetótica, é condição neurológica rara relacionada à disfunção dos núcleos da base, especialmente o núcleo estriado, em pacientes com diabetes mellitus (DM), sendo mais comum em mulheres idosas com DM2 e hiperglicemia persistente. Sua ocorrência em crianças/adolescentes com DM tipo 1 (DM1) é incomum. Clinicamente, caracteriza-se por movimentos involuntários de início súbito, como coreia e distonia. A ressonância magnética (RNM) tipicamente mostra hipersinal em T1 no núcleo estriado. Paciente feminina, 13 anos, com DM1 diagnosticado há um ano após cetoadicose diabética. Relata bom controle glicêmico e seguimento regular, apesar de hiperglicemias persistentes em internação recente. Sem alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Há um mês iniciou movimentos orofaciais involuntários, progressivamente mais frequentes, sem perda de consciência, exacerbados por estímulos sensoriais e estresse. Apresentou melhora parcial com haloperidol em atendimentos de emergência. Relato de otite média aguda tratada previamente. Ao exame neurológico, notou-se distonia orofacial breve e marcha instável. Fundoscopia e demais exames neurológicos sem alterações. Exames laboratoriais sem alterações relevantes, exceto CPK discretamente elevada (318 U/L). EEG sem atividade epileptiforme, mesmo durante crises. RNM evidenciou hipersinal em T1 no núcleo estriado, sem restrição à difusão ou alterações em T2/FLAIR. Iniciou-se risperidona 0,5 mg 12/12h com discreta melhora. Ajustou-se para 1 mg pela manhã e 2 mg à noite, com introdução de fluoxetina 20 mg, resultando em melhora significativa dos movimentos. Em seguimento, houve redução de aproximadamente 80% dos sintomas, agora limitados a tiques orofaciais esporádicos, associados a estresse e estímulos sensoriais. Estriatopatia diabética é rara e frequentemente subdiagnosticada em crianças/adolescentes. Movimentos involuntários unilaterais são comuns, mas formas bilaterais ou predominantemente orofaciais também ocorrem. Embora classicamente associada à hiperglicemia, casos com glicemia moderada, como o presente, sugerem papel de flutuações glicêmicas, estresse, infecções e fatores neuroquímicos. O hipersinal em T1 na RNM é característico, provavelmente relacionado ao acúmulo de manganês, hemorragias microvasculares ou edema. A boa resposta clínica ao tratamento neuromodulador reforça a importância de abordagem multidisciplinar, inclusive com suporte psiquiátrico. Este caso ressalta uma apresentação atípica de estriatopatia diabética em adolescente com DM1, sem hiperglicemia severa. O reconhecimento precoce, o achado radiológico típico e a resposta terapêutica favorável ao uso de risperidona e fluoxetina reforçam o diagnóstico. Relatos como este ampliam o espectro clínico da doença e alertam para sua inclusão no diagnóstico diferencial de distúrbios do movimento em adolescentes diabéticas.