www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 163, 2026 | DOI: 10.69849/6dj4m341

Surtos sensitivos na esclerose múltipla: consequências da não utilização de corticosteroides e evidências sobre recuperação

Sensory relapses in multiple sclerosis: consequences of withholding corticosteroids and evidence on recovery

Maria Eduarda Santana Bruneto[1]
João Victor Santana Bruneto[2]

Resumo

Os surtos sensitivos na esclerose múltipla podem manifestar-se por parestesias, dormência e alterações da sensibilidade, com intensidade e repercussão funcional variáveis. A decisão de não utilizar corticosteroides nesses episódios traz incertezas em relação à evolução do quadro clínico, principalmente em relação à recuperação espontânea e à possibilidade de sequelas neurológicas. Este artigo analisa publicações sobre tratamento de surtos e recuperação neurológica. Foram selecionadas seis publicações científicas, dentre elas, estudo de coorte, revisão sistemática com metanálise, investigação retrospectiva e ensaio clínico. Em um dos estudos avaliados, observou-se que surtos não tratados apresentam associação com maior risco posterior de agravamento da incapacidade. Entretanto, certas recomendações clínicas admitem a possibilidade de observação em surtos sensitivos leves, sobretudo quando não incapacitantes, porque o uso do corticosteroides aceleram a recuperação, mas sem benefício duradouro. Portanto, a ausência de pulsoterapia não implica necessariamente sequela, mas também não pode deixar de lado a avaliação neurológica e o seguimento.

[1] Superior Completo - Instituição: Uniceub em Brasília (CEUB) - Endereço: Brasília - DF, Asa Norte, 707/907, Campus Universitário - E-mail: mariabruneto@gmail.com
[2] Superior Incompleto - Instituição: Uniceub em Brasília (CEUB) - Endereço: Brasília - DF, Asa Norte, 707/907, Campus Universitário - E-mail: joaobruneto03@gmail.com

Palavras-chave: esclerose múltipla; surto sensitivo; corticosteroides; recuperação neurológica; incapacidade.

Abstract

Sensory relapses in multiple sclerosis may manifest as paresthesia, numbness, and sensory disturbances, with varying degrees of severity and functional impact. The decision not to use corticosteroids in these episodes raises uncertainties regarding the clinical course, particularly concerning spontaneous recovery and the possibility of neurological sequelae. This article analyzes publications on relapse treatment and neurological recovery. Six scientific publications were selected, including a cohort study, a systematic review with meta-analysis, a retrospective investigation, and a clinical trial. One of the studies reviewed found that untreated relapses were associated with a higher subsequent risk of disability worsening. Clinical recommendations allow for observation of mild sensory relapses, particularly when they are not disabling, since corticosteroids accelerate recovery without providing long-term benefits. Therefore, the absence of high-dose corticosteroid pulse therapy does not necessarily result in neurological sequelae; however, it does not eliminate the need for neurological assessment and follow-up.

Keywords: multiple sclerosis; sensory relapse; corticosteroids; neurological recovery; disability.

Introdução

A esclerose múltipla é uma doença inflamatória do sistema nervoso central que pode apresentar episódios de surgimento ou agravamento de sintomas neurológicos. Entre essas manifestações, os surtos sensitivos incluem dormência, formigamento e alterações da sensibilidade, com intensidade e repercussão funcional variáveis. A literatura distingue os surtos verdadeiros do agravamento temporário de sintomas preexistentes, que podem ocorrer, por exemplo, durante infecções ou exposição ao calor. Essa diferenciação é relevante para compreender as recomendações sobre o uso de corticosteroides (Ramo-Tello et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

O tratamento de surtos de esclerose múltipla com corticosteroides em altas doses é descrito em estudos e diretrizes como medida capaz de acelerar a recuperação de determinados episódios agudos. Entretanto, recomendações clínicas também admitem o acompanhamento de surtos sensitivos leves, quando não provocam limitação funcional significativa. Nesse contexto, é importante avaliar quais as principais consequências relacionadas a não realização de pulsoterapia em pacientes com surtos sensitivos. (Ramo-Tello et al., 2022).

As pesquisas disponíveis abordam essa questão de maneiras diferentes. Parte das publicações discute a indicação de corticosteroides e a recuperação espontânea, já outras investigam a persistência de incapacidade após surtos de diversas manifestações ou comparam estratégias de tratamento. Por isso, os resultados sobre surtos em geral não podem ser automaticamente transferidos aos episódios sensitivos leves. Também é necessário distinguir associações observadas em estudos retrospectivos de evidências capazes de demonstrar uma relação causal entre ausência de pulsoterapia e sequelas neurológicas.

Diante dessas diferenças, este artigo tem como objetivo analisar criticamente publicações científicas e recomendações clínicas sobre a evolução de surtos sensitivos da esclerose múltipla sem pulsoterapia.

Metodologia

Este artigo apresenta uma análise crítica de publicações científicas e recomendações clínicas sobre surtos sensitivos na esclerose múltipla e as possíveis consequências da ausência de pulsoterapia. Foram consideradas fontes que discutem a indicação de corticosteroides, a recuperação espontânea, a persistência de sintomas e o agravamento posterior da incapacidade. A seleção foi dirigida à pertinência para o tema, sem pretensão de abranger toda a literatura publicada.

Foram examinadas seis publicações científicas: as recomendações de Ramo-Tello et al. (2022), o consenso australiano e neozelandês de 2025, a revisão sistemática de Ladeira et al. (2025), o estudo de coorte publicado por Roberts et al. (2025), a pesquisa retrospectiva de Sotiropoulos et al. (2021) e o ensaio clínico COPOUSEP, de Le Page et al. (2015). A diretriz NICE foi utilizada como fonte complementar. A análise considerou os resultados, os métodos empregados pelos autores originais e as limitações de cada publicação. Não houve recrutamento ou acompanhamento de pacientes, coleta de dados clínicos, aplicação de tratamentos,

análise estatística própria ou avaliação formal do risco de viés.

Resultados

Ramo-Tello et al. (2022) descrevem a recuperação espontânea de parte dos surtos e recomendam que episódios leves, especialmente sensitivos, em geral não recebam corticosteroides quando não há repercussão importante sobre a qualidade de vida. Segundo os autores, a principal contribuição dos corticosteroides é diminuir a duração e a intensidade dos sintomas agudos, e não modificar de maneira comprovada o curso da doença. O consenso australiano e neozelandês de 2025 apresenta orientação convergente, em que manifestações sensitivas isoladas e não incapacitantes geralmente dispensam tratamento com corticosteroides, ao passo que surtos funcionalmente incapacitantes justificam avaliação para tratamento após exclusão de infecção (Ramo-Tello et al., 2022; Multiple Sclerosis Australia and New Zealand, 2025).

Em análise sistemática publicada por Ladeira et al. (2025), foram incluídos 13 estudos, totalizando 19.920 pacientes e 27.672 surtos com acompanhamento mínimo de seis meses. A proporção agrupada de recuperação incompleta foi de 42%, com intervalo de confiança de 95% entre 31% e 54%. A gravidade inicial do surto constituiu o preditor mais consistente de recuperação incompleta. O resultado diz respeito a diferentes manifestações de esclerose múltipla e utiliza alteração persistente da escala expandida do estado de incapacidade (EDSS) como critério, por isso, não quantifica a probabilidade de sintomas sensitivos residuais após um episódio leve sem pulsoterapia.

Roberts et al. (2025) analisaram dados do registro internacional MSBase de 3.673 indivíduos e 5.809 surtos, dos quais 4.671 receberam corticosteroides e 1.138 não receberam. Durante 30.175 pessoas-ano de acompanhamento, a ausência de tratamento apresentou associação com maior risco de agravamento confirmado da incapacidade em comparação com a exposição a surtos tratados. Os modelos relataram razões de risco de 1,72 (IC 95%: 1,57–1,88) para surtos não tratados e 1,50 (IC 95%: 1,43–1,57) para surtos tratados, em relação às respectivas exposições modeladas. Esses valores não constituem comparação aleatorizada direta entre dois grupos equivalentes e não permitem calcular o efeito causal da pulsoterapia em surtos sensitivos isolados.

Sotiropoulos et al. (2021), ao avaliarem retrospectivamente 360 pacientes, observaram associação entre recuperação incompleta nos primeiros anos da doença

e maior incapacidade ao longo de dez anos. A análise utilizou medidas neurológicas e funcionais e considerou também o tratamento modificador da doença. Embora reforce a importância prognóstica da recuperação pós-surto, o estudo não foi concebido para comparar pulsoterapia com observação em episódios exclusivamente sensitivos.

No ensaio randomizado COPOUSEP, Le Page et al. (2015) compararam metilprednisolona oral e intravenosa em doses equivalentes em 199 pacientes com surtos clinicamente relevantes. Houve melhora no desfecho principal em 81% dos avaliáveis do grupo oral e 80% do grupo intravenoso, sustentando a não inferioridade da via oral nesse contexto. O ensaio não incluiu um grupo sem corticosteroides e, portanto, não responde à pergunta central sobre a evolução de surtos sensitivos não tratados.

Discussão

A leitura conjunta das publicações revela uma distinção essencial entre a indicação imediata de corticosteroides e a prevenção de incapacidade futura. Um surto sensitivo leve pode regredir espontaneamente, e a aceleração da recuperação proporcionada por corticosteroides talvez não compense seus efeitos adversos quando os sintomas são discretos. É nessa situação clínica delimitada que recomendações especializadas consideram aceitável a observação. Não se deve extrapolar tal orientação para sintomas progressivos, perda relevante de sensibilidade, distúrbios de marcha ou alterações esfincterianas, situações que podem sinalizar comprometimento neurológico mais significativo (Ramo-Tello et al., 2022; Multiple Sclerosis Australia and New Zealand, 2025).

A metanálise de Ladeira et al. (2025) evidencia que sequelas após surtos não são raras na esclerose múltipla, mas exige interpretação cuidadosa. O percentual de 42% refere-se a recuperação incompleta medida pela EDSS em amostras heterogêneas. Essa escala atribui peso expressivo a determinadas funções motoras e à deambulação, podendo representar de forma limitada sintomas sensitivos persistentes que afetam o bem-estar sem elevar substancialmente a pontuação global. Assim, não é apropriado afirmar que quatro em cada dez pacientes com um surto sensitivo leve não tratado desenvolverão sequelas.

O estudo de Roberts et al. (2025) introduz uma tensão relevante na interpretação tradicional de que corticosteroides modificam apenas a velocidade de recuperação. Seus resultados indicam associação entre surtos sem tratamento e

maior agravamento posterior da incapacidade. Entretanto, em registros observacionais, a decisão de tratar depende de características clínicas, avaliação profissional, acesso aos serviços e condutas locais, fatores que podem não ser plenamente controlados por ajustes estatísticos. Além disso, a exposição foi modelada cumulativamente e incluiu diferentes fenótipos de surtos. A associação observada merece novas investigações, mas não invalida, isoladamente, a recomendação de acompanhar episódios sensitivos leves sem pulsoterapia.

Também é necessário diferenciar o tratamento do surto do tratamento modificador da doença. A pulsoterapia é uma intervenção de curta duração voltada à fase inflamatória aguda, enquanto medicamentos modificadores buscam reduzir a atividade da esclerose múltipla ao longo do tempo. A ausência de corticosteroides em um episódio leve não equivale ao abandono do acompanhamento ou da terapêutica preventiva. Mesmo manifestações discretas devem ser comunicadas à equipe assistente, pois sua recorrência ou associação com novas lesões pode levar à reavaliação da atividade da doença (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Outro ponto frequentemente negligenciado é a diferença entre persistência de sintomas e incapacidade mensurada por escalas gerais. Um paciente pode recuperar força e capacidade de caminhar, mas continuar com dormência, disestesia ou desconforto persistente. A literatura selecionada não oferece estimativa robusta da frequência dessas queixas especificamente após surtos sensitivos leves não tratados, nem demonstra que corticosteroides previnam tais manifestações residuais. Pesquisas futuras devem utilizar medidas de sensibilidade, relato do paciente, qualidade de vida e ressonância magnética, distinguindo a topografia da lesão e a intensidade inicial do episódio.

As evidências analisadas permitem, portanto, uma conclusão equilibrada. Não realizar pulsoterapia em um surto sensitivo leve, avaliado como não incapacitante, pode ser uma decisão apropriada; todavia, a melhora espontânea não é garantida, e a opção por observar pressupõe acompanhamento clínico. A hipótese de que o tratamento agudo possa influenciar incapacidade futura continua em investigação e não deve ser convertida em recomendação indiscriminada de corticosteroides para todas as alterações sensitivas. A decisão clínica envolve intensidade, duração, progressão, impacto funcional, comorbidades e riscos do tratamento.

Este artigo apresenta limitações decorrentes da seleção dirigida das fontes e da ausência de ensaios randomizados específicos de surtos exclusivamente

sensitivos tratados ou não com pulsoterapia. Estudos sobre surtos em geral são úteis para contextualizar recuperação e prognóstico, mas não substituem evidência direta sobre o subgrupo de interesse. Também não foi possível estabelecer um número total de publicações existentes na literatura: as seis pesquisas selecionadas constituem uma amostra analítica fundamentada, e não o resultado de uma busca sistemática exaustiva.

Conclusão

A ausência de pulsoterapia em surtos sensitivos da esclerose múltipla não determina, por si só, a ocorrência de sequelas neurológicas. Recomendações clínicas permitem acompanhar episódios leves e não incapacitantes sem corticosteroides, considerando que muitos apresentam recuperação espontânea e que o principal benefício comprovado do tratamento agudo é acelerar a melhora dos sintomas. Essa conduta, entretanto, depende da correta caracterização do surto e de acompanhamento especializado.

Estudos sobre recuperação incompleta e incapacidade a longo prazo indicam que surtos podem deixar déficits residuais e que episódios não tratados se associaram, em uma coorte observacional, a maior agravamento posterior da incapacidade. Tais resultados não estabelecem causalidade nem fornecem estimativas específicas para surtos exclusivamente sensitivos leves. A principal lacuna identificada é a ausência de evidências comparativas suficientemente específicas para determinar se a pulsoterapia modifica o prognóstico sensitivo de longo prazo. Assim, o manejo deve ser individualizado, evitando tanto o uso automático de corticosteroides quanto a banalização de novos sintomas neurológicos.

Referências

LADEIRA, Filipa et al. Multiple sclerosis relapse incomplete recovery and associated factors – a systematic review and meta-analysis. Multiple Sclerosis and Related Disorders, v. 100, art. 106507, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.msard.2025.106507. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40398064/. Acesso em: 30 out. 2026.

LE PAGE, Emmanuelle et al. Oral versus intravenous high-dose methylprednisolone for treatment of relapses in patients with multiple sclerosis (COPOUSEP): a randomised, controlled, double-blind, non-inferiority trial. The Lancet, v. 386, n. 9997, p. 974–981, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61137-0. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26135706/. Acesso em: 30 out. 2026.

MULTIPLE SCLEROSIS AUSTRALIA AND NEW ZEALAND. Consensus recommendations on multiple sclerosis management in Australia and New Zealand: part 2. Medical Journal of Australia, v. 222, n. 7, 2025. Disponível em: https://www.mja.com.au/journal/2025/222/7/consensus-recommendations-multiple-sclerosis
management-australia-and-new-0. Acesso em: 30 out. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Multiple sclerosis in adults: management. NICE guideline NG220. London: NICE, 2022. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng220/chapter/Recommendations. Acesso em: 30 out. 2026.

RAMO-TELLO, Cristina et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of multiple sclerosis relapses. Journal of Personalized Medicine, v. 12, n. 1, art. 6, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/jpm12010006. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8780774/. Acesso em: 30 out. 2026.

ROBERTS, Jodie I. et al. Corticosteroid treatment of multiple sclerosis relapses is associated with lower disability worsening over 5 years. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, v. 96, n. 12, p. 1185–1192, 2025. DOI: https://doi.org/10.1136/jnnp-2025-336343. Disponível em: https://jnnp.bmj.com/content/96/12/1185. Acesso em: 30 out. 2026.

SOTIROPOULOS, Marinos G. et al. Relapse recovery in multiple sclerosis: effect of treatment and contribution to long-term disability. Multiple Sclerosis Journal – Experimental, Translational and Clinical, v. 7, n. 2, art. 20552173211015503, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/20552173211015503. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34104471/. Acesso em: 30 out. 2026.