
Relato de Caso

Alterações psiquiátricas após corticoterapia em paciente com rara manifestação neurológica de Síndrome de Behçet e o papel da interconsulta psiquiátrica

Behavior disturbances after corticotherapy in a patient with uncommon neurological manifestation of Behcet Syndrome and the role of the consultation liaison psychiatry

AMILTON SANTOS JÚNIOR¹, LUCAS FRANCISCO BOTEQUIO MELLA², EGBERTO RIBEIRO TURATO³, NEURY JOSÉ BOTEGA⁴

¹ Médico Psiquiatra com Área de Atuação em Psicoterapia, DPMP-FCM-UNICAMP

² Médico Residente em Psiquiatria, DPMP-FCM-UNICAMP

³ Professor Livre-Docente, DPMP-FCM-UNICAMP

⁴ Professor Titular, DPMP-FCM-UNICAMP

Recebido: 26/2/2009 – Aceito: 25/3/2009

Resumo

A Interconsulta Psiquiátrica (IP) trata-se do estudo da relação entre a psiquiatria e todas as outras áreas dos conhecimentos do processo saúde-doença, visando, sob uma perspectiva biopsicossocial, atender sua demanda clínica (prestação da assistência ao paciente) e institucional (relacionada aos serviços). É descrito o caso de uma paciente que apresentou rara manifestação fisiopatológica da Síndrome de Behçet e que evoluiu com transtorno psiquiátrico após a instituição de terapêutica com corticoesteróides. Apesar da remissão dos sintomas mentais e comportamentais com tratamento psicofarmacológico de curta duração, a evolução do quadro demandou a reintrodução de corticoterapia, com recrudescência de quadro psiquiátrico e necessidade de instituição de tratamento de manutenção para seu manejo. Além de ilustrativo, no sentido de discutir uma rara condição clínica, o caso descrito exemplifica os benefícios da atuação conjunta e planejada entre psiquiatras e outros profissionais na assistência integral ao paciente.

Santos Júnior A, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(5):203-5

Palavras-chave (MeSH – tradução): Psicologia aspectos psiquiátricos – transtorno mental orgânico – Síndrome de Behçet.

Abstract

Consultation Liaison Psychiatry studies the relationship between psychiatry and all other areas of knowledge of the health-disease process and intends to propose solutions, under a biopsychosocial perspective, to the clinical (assistant) or institutional (service-related) problems. It is described the case of a patient who presented unusual pathophysiologic manifestation of the Behcet's syndrome and also developed mental disorder after the pharmacological treatment with corticosteroids. Despite the remission of mental and behavioral symptoms with psychopharmacological treatment of short duration, her clinical outcome made it need the reintroduction of corticotherapy, with recrudescence of the psychiatric disorder and the need for maintenance treatment to assure its management. Besides illustrating a rare clinical condition, the case described exemplifies the benefits of joint and planned actions between psychiatrists and other professionals involved in an individual assistance at the hospital ward.

Santos Júnior A, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(5):203-5

Key words (MeSH): Psychology Psychiatric aspects - Organic Mental Disorders – Behcet Syndrome.

Introdução

A Interconsulta Psiquiátrica (IP) é uma disciplina que se propõe a estudar os fenômenos que ocorrem na relação entre a psiquiatria e todas as outras áreas dos conhecimentos do processo saúde-doença, bem como propõe condutas a seus problemas clínicos (prestação da assistência ao paciente) ou institucionais (demanda dos serviços). A IP ancora-se numa perspectiva biopsicossocial do adoecer e, desse modo, visa uma abordagem mais integral e eficaz dos portadores de transtornos mentais e comorbidades físicas.¹ Nesse sentido, no atendimento das intercorrências médicas relativas a fenômenos mentais e comportamentais, um trabalho de cooperação interdisciplinar compreenderá um projeto terapêutico conjunto entre o profissional de saúde mental e colegas das demais áreas da saúde.

Segue-se a descrição de uma paciente que apresenta Síndrome de Behçet, rara condição nosológica, e que evoluiu com transtorno psiquiátrico após a instituição de tratamento farmacológico, ilustrando também os papéis da IP no manejo agudo de sintomas psicopatológicos no paciente com comorbidade clínica.

A Síndrome de Behçet caracteriza-se por um quadro inflamatório multissistêmico, mais comumente cursando com ulcerações orais e genitais recorrentes e inflamações oftalmológicas recidivantes.^{2,3} Não há testes específicos para o diagnóstico, que é baseado em critérios clínicos.^{2,4} O envolvimento de sistema nervoso central foi primeiramente reconhecido em 1941, com achados de autópsia sendo descritos apenas em 1944.² A frequência desse acometimento varia entre 15 a 25 % na maioria dos estudos,^{2,5-8} mas a forma pseudotumoral de Neuro-Behçet é uma condição muito rara^{2,9-10}. As apresentações neurológicas e o curso clínico são variáveis. O diagnóstico diferencial deve incluir esclerose múltipla, infecções, doenças vasculares e tumores. O tratamento envolve pulsoterapias de imunossupressores, na maioria das vezes esteroidais.

Sintomas neuropsiquiátricos são comumente relatados em diversas condições clínicas que requereram terapêutica com corticoesteróides, especialmente se usados em altas doses. Também podem ocorrer durante a retirada da medicação. As reações podem incluir quadros de ansiedade, insônia, mania, depressão, confusão, alucinações, sintomas paranóides, psicoses, catatonia e delírium.¹¹ O tratamento deve incluir simultaneamente a abordagem farmacológica, específica ao quadro sindrômico psicopatológico apresentado, bem como a revisão sobre a dose e duração da corticoterapia.

Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 47 anos, com Síndrome de Behçet em seguimento no Hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas - SP, desde o começo de 2002. Inicialmente, apresentava poliartralgia, úlceras orais e

genitais, além de catarata subcapsular, turvação vítrea e atrofia vascular retineana, com diminuição bilateral persistente de acuidade visual. O quadro clínico evoluiu com intensa cefaléia holocraniana de início súbito, acompanhada de astenia, fotofobia, ptose palpebral à direita e discreta paresia, notada em braço esquerdo e em área de inervação facial. À tomografia computadorizada de crânio, constatou-se lesão talâmica de 2 X 2 cm, com captação de contraste e ocorrência de efeito de massa. Ressonância nuclear magnética evidenciou extensão ipsilateral da lesão ao núcleo lentiforme, área subtalâmica, pedúnculo cerebral e substância branca subcortical, causando compressão de terceiro ventrículo e desvio de linha média.

Foi aventada como primeira hipótese diagnóstica a presença de uma neoplasia de Sistema Nervoso Central. Entretanto, após realização de biópsia cerebral estereotáxica, constataram-se áreas de gliose com astrócitos gemistocíticos, o que indicava que a lesão era devida a processo inflamatório, sem sinais de tumor ou vasculite. Foi feito diagnóstico de Neuro-Behçet em forma pseudotumoral - uma apresentação incomum desta síndrome.

Iniciou-se corticoterapia, evoluindo com remissão completa de quadro neurológico e nova ressonância nuclear magnética normal após oito semanas de tratamento. Todavia, a paciente veio a apresentar agitação psicomotora, agressividade, desinibição sexual, loquacidade, perda de memória, diminuição da necessidade de sono e alucinações visuais (hipnagógicas e liliptuianas). Quadro psiquiátrico também durou cerca de oito semanas, remetindo com a troca temporária de corticoterapia por ciclofosfamida e com o tratamento sintomático com neuroleptico.

A paciente permaneceu em remissão de atividade inflamatória com uso regular de baixas doses de prednisona (5 mg a cada 2 dois dias) até abril de 2007, quando foram constatadas reativações bilaterais de focos de uveíte anterior, o que levou a equipe de reumatologia a instituir nova pulsoterapia imunossupressora, aumentando-se a dose de prednisona para 30 mg ao dia, além da introdução de azatioprina, 100 mg ao dia. Antes do início de tal conduta, foi conduzida discussão clínica com a equipe da IP sobre os riscos de recorrência de alterações mentais e comportamentais e sobre a necessidade de tratamento profilático. Reumatologistas sugeriram, a princípio, internação preventiva da paciente na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp e questionaram sobre a pertinência do uso de psicotrópicos, considerando-se os antecedentes psiquiátricos positivos da paciente.

Como até então a paciente não apresentara quaisquer anormalidades ao exame psíquico, chegou-se a um consenso de que a mesma seria submetida ao tratamento proposto pelos colegas reumatologistas, com internação na enfermaria daquela especialidade e sem a introdução de psicotrópicos, mas mantendo-se acompanhamento conjunto pela equipe da IP. Porém, no terceiro dia de

internação, a paciente evoluiu com labilidade emocional, foi querelante com membros da equipe assistencial e apresentou agressividade para com uma auxiliar de enfermagem. Fazia várias anotações desconexas e não mais reconhecia os médicos que a internaram. Apresentava-se com disforia e hipersexualidade. Houve remissão temporária do quadro apenas com a administração de benzodiazepínicos. Até então, não se havia firmado um diagnóstico psiquiátrico preciso. Paciente permaneceu em seguimento ambulatorial em nosso serviço, durante o qual recrudesceram os sintomas, agora francamente maníacos, sendo necessária a introdução associada de estabilizador de humor (carbonato de lítio, 1 comprimido de 300 mg a cada 12 horas) e antipsicótico (risperidona, 1 comprimido de 2 mg por dia, à noite) sem novas manifestações mentais e comportamentais desde então.

Discussão

No presente caso clínico, as dúvidas suscitadas pela possível recorrência de quadro psiquiátrico com o novo pulso de prednisona foram debatidas entre as equipes médicas da psiquiatria e da reumatologia, previamente à internação da paciente e a condução clínica se deu em acordo com esse planejamento.

O diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental orgânico, devido à associação da administração de corticoesteróides, ficou mais bem esclarecido no seguimento ambulatorial, sendo classificado como transtorno de humor de tipo maníaco, o que justificou a terapêutica instituída, tendo promovido evidente melhora das condições mentais da paciente.

Além de ilustrativo no sentido de se tratar de uma rara condição clínica de base, o caso psiquiátrico descrito exemplifica os benefícios da atuação conjunta e planejada entre a psiquiatria e outras especialidades médicas. Sem se desconsiderarem os antecedentes psiquiátricos da paciente, concordou-se que co-morbididades psiquiátricas devem ser tratadas conforme já se manifestem,

com a finalidade de se otimizar o tratamento global, que deve ser sempre instituído de acordo com as apresentações psicopatológicas atuais. Dessa forma, evitou-se internação psiquiátrica, bem como o uso continuado de medicações que não se adequassem especificamente aos sintomas manifestos no seguimento.

Agradecimentos

Os presentes autores gostariam de prestar reconhecimento e agradecimento à toda a equipe de reumatologia envolvida no cuidado e assistência à paciente e que, por conta de suas preocupações precoces com as manifestações mentais e comportamentais por ela já apresentadas, permitiram a instituição de conduta planejada e em tempo hábil, a fim de se evitarem maiores complicações decorrentes dos sintomas neuropsiquiátricos e das consequências destes.

Referências

1. Cardoso G. Psiquiatria de Ligação. Desenvolvimento Internacional. *Acta Med Port* 2006; 19:405-412.
2. Appenzeller S, de Castro R, Queiroz Lde S, et al. Brain tumor-like lesion in Behçet disease. *Rheumatol Int* 2006; 26(6):577-80.
3. Kidd D, Steur A, Denman AM, Rudge P. Neurological complications in Behçet's syndrome. *Brain* 1999; 122:2183-2194.
4. Park JH, Jung MK, Bang CO, et al. Neuro-Behçet's disease mimicking a cerebral tumor: a case report. *J Korean Med Sci* 2002; 17:718-722.
5. Al Khawi MZ, Bohlega S, Banna M. MRI findings in neuro-Behçet's disease. *Neurology* 1991; 41:405-408.
6. Banna M, El-Ramahi K. Neurologic involvement in Behçet's disease: imaging findings in 16 patients. *AJNR* 1991; 12:791-796.
7. Wechsler B, Dell Isola B, Vidailhet M, et al. MRI in 31 patients with Behçet's disease and neurological involvement: prospective study with clinical correlation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56:793-798.
8. Morrissey SP, Miller DH, Hermaszewski R, et al. MRI of the central nervous system in Behçet's disease. *Eur Neurol* 1993; 33:287-293.
9. Çoban O, Bahar S, Akman-Demir G, et al. Masked assessment of MRI findings: is it possible to differentiate neuro-Behçet's disease from other central nervous system disease. *Neuroradiology* 1999; 41:225-260.
10. Kermode AG, Plant GT, Mac Manus DG. Behçet's disease with slowly enlarging midbrain mass on MRI: resolution following steroid therapy. *Neurology* 1989; 39:1251-1252.
11. Botega NJ, Furlanetto L, Fráguas Jr R. Depressão. In: Botega NJ ed. *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2aed. Porto Alegre: Artmed; 2006: 227-228.