

Manifestações Neurológicas e Psiquiátricas: de Mãos Dadas no Serviço de Urgência – a Perspectiva do Neurologista

Neurological and Psychiatric Conditions: Hand in Hand in the Emergency Room – Neurologist's Perspective

Cristina Costa*, Ângela Timóteo*, Joana Marques**

RESUMO:

O trabalho de neurologistas e psiquiatras num serviço de urgência hospitalar é habitualmente realizado em circunstâncias complexas que podem dificultar o processo diagnóstico, em particular quando coexistem co-morbilidades neurológicas e psiquiátricas. No que diz respeito a estas duas especialidades, a abordagem clínica é frequentemente complementar. Neste artigo, serão abordadas inicialmente as manifestações psiquiátricas das doenças neurológicas e mais adiante as manifestações funcionais que mimetizam patologia neurológica. É este último grupo que constitui o maior desafio para o neurologista de urgência.

Palavras-Chave: Serviço de Urgência; Psiquiatria; Neurologia; Manifestações Funcionais; Pseudo-cries Epilépticas; Diagnóstico Diferencial.

Abstract:

Both neurologists and psychiatrists work under complex circumstances in the emergency department; these conditions may hinder diagnostic management of patients, especially when neurological and psychiatric disorders

coexist. These two specialties frequently complement each other in their clinical approaches. In this paper, we will first address the psychiatric manifestations of neurological disorders, then the functional symptoms which mimic neurological diseases. This latter group of symptoms constitutes the greatest challenge for the neurologist in the emergency room.

Key-Words: Emergency Room; Psychiatry; Neurology; Functional Symptoms; Epileptic Pseudo-Crisis; Differential Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Uma revisão da literatura sobre o trabalho no Serviço de Urgência (SU) das especialidades de Neurologia e Psiquiatria permite concluir que a investigação publicada sobre este tema é praticamente inexistente. Em 2008, por iniciativa de um grupo de trabalho que incluiu especialistas de Medicina Interna, Neurologia, Psiquiatria e Saúde Pública dos EUA, foram identificadas áreas prioritárias de investigação em Neurologia e Psiquiatria de urgência, com vista a tornar mais rápido e eficiente o diagnóstico das doenças agudas do foro destas duas especialidades, permitindo tratamentos

* Serviço de Neurologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE mrcristinamcosta@netcabo.pt

** Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia Prof. Dr. Francisco Gentil.

mais eficazes e precoces, com a consequente melhoria do prognóstico dos doentes¹. Uma das áreas identificadas envolve a abordagem interdisciplinar dos problemas agudos de saúde mental em neuropsiquiatria.

O trabalho médico no SU está sujeito a contingências particulares que dificultam a prática clínica de profissionais de todas as especialidades. Os quadros clínicos de apresentação podem ser graves mas de sintomatologia inespecífica; os detalhes da história clínica são frequentemente escassos. Por outro lado, o tempo disponível é limitado. No caso do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, as especialidades de Neurologia e Psiquiatria são as mais solicitadas para prestar apoio ao SU. Se por um lado é fundamental poder identificar rapidamente sintomas e sinais de patologias de cada uma destas duas áreas, deve sempre manter-se presente a noção de que elas podem coexistir.

Abordaremos de seguida as manifestações das doenças neurológicas e psiquiátricas que podem causar dificuldades de diagnóstico diferencial, sempre na perspectiva do trabalho do neurologista de urgência.

2. MANIFESTAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Classicamente, a Neurologia preocupava-se com sintomas negativos resultantes de disfunção de uma ou mais partes do sistema nervoso, enquanto que a Psiquiatria lidava com alterações da função da pessoa como um todo,

com interesse particular nos sintomas positivos². Deste ponto de vista, podemos considerar várias síndromes resultantes da disfunção de uma ou outra região cerebral, algumas das quais podem ser interpretadas como correspondendo a doenças primariamente psiquiátricas. Abaixo consideramos alguns exemplos:

a) Síndromes do lobo temporal:

Podem manifestar-se por alterações do comportamento e da linguagem, crises parciais complexas ou síndromes confusionais. São exemplos os acidentes vasculares cerebrais (por exemplo AVC isquémico da artéria cerebral média do hemisfério dominante para a linguagem, em que a alterações da linguagem podem ser interpretadas pelos menos experientes como uma síndrome confusional), as epilepsias do lobo temporal e as encefalites.

Os estados de mal complexo podem causar enormes dificuldades de diagnóstico, já que podem apresentar-se sob a forma de síndromes confusionais ou de alterações do estado mental com responsividade baixa ou flutuante. É fundamental um alto índice de suspeição, em particular no idoso, quer haja ou não história de um episódio prévio semelhante. Numa série hospitalar de 22 indivíduos idosos consecutivos com estado confusional prolongado, 20 apresentavam evidência de actividade epiléptica contínua focal ou generalizada no EEG³, o que corrobora a necessidade

de ter presente este diagnóstico e destaca a importância do EEG no diagnóstico etiológico dos estados confusionais.

b) Síndromes do lobo frontal:

O modo de apresentação de uma lesão dos lobos frontais é variável (e.g. uma crise epiléptica), mas na maioria dos casos consiste em alterações do comportamento e das funções executivas. Estas podem incluir apatia, acinesia, agressividade, desinibição, dificuldade de concentração, diminuição da atenção, perseveração, redução da fluência verbal e dificuldade no planeamento. Das etiologias subjacentes, apresentam-se com maior ou menor frequência no Serviço de urgência traumatismos crânio-encefálicos, tumores (e.g. meningioma da foice cerebral) ou acidentes vasculares cerebrais envolvendo o território da artéria cerebral anterior. Para além do contexto clínico, deve realçar-se a importância dos exames de imagem no estabelecimento de um diagnóstico definitivo.

c) Manifestações de disfunção dos gânglios da base:

O papel dos gânglios da base na génese de sintomas psiquiátricos é explicado pelas suas conexões com o sistema límbico. No SU, a patologia que mais comumente se apresenta de forma aguda com sintomas psiquiátricos é provavelmente a doença de Parkinson. Tipicamente são doentes que

se apresentam medicados com agonistas dopaminérgicos, com perturbações pertencentes ao espectro da síndrome de desregulação dopaminérgica², que incluem vários tipos de perturbação do humor e do comportamento, tais como distúrbios do controlo de impulsos (e.g. jogo patológico, hipersexualidade) ou, mais adiante na evolução da doença, quadros psicóticos (presentes em cerca de metade dos doentes⁴, tais como alucinações – geralmente visuais – e ideias delirantes. Estes quadros psicóticos podem coexistir com deterioração cognitiva, em especial nas fases mais avançadas da doença.

3. MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS: OS QUADROS FUNCIONAIS

Na perspectiva do neurologista, os quadros funcionais são os que constituem o maior desafio em termos diagnósticos, por poderem mimetizar manifestações de doença neurológica orgânica. Embora os autores não tenham encontrado estudos publicados sobre a incidência de quadro funcionais nos Serviços de urgência hospitalar, foram publicados resultados de investigação neste campo em doentes de consulta externa: estes permitem concluir que cerca de 1/3 dos doentes que se apresentam em consultas de Neurologia têm sintomas não causados por doença neurológica. Destes, metade (15%) acabam por ter um diagnóstico

de doença funcional e a outra metade apresentam sintomas que são desproporcionados para a sua doença⁵.

Um outro estudo prospectivo levado a cabo em 300 indivíduos referenciados a uma consulta de Neurologia concluiu que 47% preenchiam critérios para um ou mais distúrbios psiquiátricos de ansiedade ou depressão segundo critérios da DSM-IV, e que estas doenças estavam fortemente associadas a maior incapacidade dor e a maior número de sintomas somáticos⁶. Sabe-se ainda que 1-10% dos doentes internados em serviços de Neurologia têm um diagnóstico primário de doença “funcional”⁵.

Estudos de doentes com sintomas neurológicos funcionais mostram que estes doentes referem tanta incapacidade física que os doentes com doença neurológica e que sentem um sofrimento maior do que estes⁵. Numa meta-análise de vários estudos publicados sobre o papel de traumas físicos na gênese de sintomas conversivos (incluindo sintomas motores, queixas sensitivas ou perturbações do movimento constatou-se história de trauma físico prévio em 37%⁷.

O modo de apresentação dos quadros funcionais é muito variável e pode incluir sintomas motores deficitários, como parésia dos membros ou alterações da marcha, perturbações do movimento (e.g tremor), pseudocrises epilépticas, alterações da sensibilidade, da visão, da fala, da deglutição ou da memória, entre outras. O diagnóstico de perturbação funcional assenta na inconsistência interna dos

sintomas e na sua incoerência com o quadro neurológico de apresentação⁸.

- a) Sintomas motores deficitários: frequentemente trata-se de um quadro unilateral de parésia de um ou mais membros (raramente plegia) ou de uma dificuldade na marcha, habitualmente num doente de sexo feminino na 4ª década de vida. O início é súbito em cerca de metade dos casos e as queixas do/a doente acompanham-se frequentemente de dor ou cansaço. No contexto do Serviço de Urgência, estas características podem dificultar o diagnóstico diferencial com doença desmielinizante ou com um acidente vascular cerebral (AVC). Podem ajudar a suspeitar de uma perturbação funcional alguns tipos de inconsistência do quadro de apresentação, tais como um padrão de diminuição da força que é o inverso da que encontramos em disfunções da via piramidal, (com os flexores mais fracos nos membros superiores e os extensores mais fracos nos membros inferiores) ou uma variabilidade do défice motor em tarefas diferentes (e.g. o doente que consegue fazer marcha mas quando em decúbito não eleva o membro dito parético do plano do leito)⁸. Tal como nas outras manifestações de perturbações funcionais, pode encontrar-se melhoria com as manobras de distração. Podem sugerir uma etiologia não-orgânica no caso de perturbação da marcha se

houver por exemplo arrastamento de um dos pés, sem flexão a nível dos joelhos, com rotação interna ou externa a nível proximal ou ainda se se constatar que o doente deambula com os braços abertos, com de-sequilíbrio mas sem queda⁸.

Estudos de ressonância magnética funcional têm permitido compreender que a estas manifestações funcionais corresponde um padrão de activação cerebral motora semelhante mas não sobreponível a indivíduos que simulam uma parésia. Num estudo publicado em 2007⁹, que comparou doentes com perturbação motora conversiva de um dos membros inferiores com controlos saudáveis que simulavam uma parésia semelhante, verificou-se que tanto doentes como controlos activavam o córtex motor contralateral ao membro “parético”, com menor intensidade e de forma mais difusa do que o córtex motor correspondente ao membro inferior com movimento normal. Para além deste padrão de activação, os doentes com perturbação de conversão activavam outras áreas cerebrais, como o putamen bilateralmente, o córtex frontal não motor e a ínsula esquerda, desactivando outras partes do córtex frontal direito, enquanto que os controlos activavam a área suplementar motora contralateral. Este padrão de activação indica uma actividade mental mais complexa nos doentes do que nos controlos saudáveis.

b) Perturbações do movimento: O tremor é a forma de sintoma funcional mais frequentemente observada⁸. São características do tremor funcional uma frequência variável, o desaparecimento do tremor com manobras de distração e o facto de poder ser treinado. Se, por exemplo, se pedir ao doente que imite o examinador num movimento rítmico do membro sem tremor, pode haver desaparecimento do tremor do membro afectado ou a sincronização com o do membro contralateral. Outras alterações do movimento são mais raras.

Uma distonia funcional apresenta-se geralmente com posturas fixas dos membros e pode associar-se a dor. As provas de sugestão têm sido consideradas úteis no diagnóstico da não-organicidade destas perturbações do movimento e ao mesmo tempo como modo de tratamento, embora o seu emprego seja ainda contestado do ponto de vista ético¹⁰.

c) Sintomas sensitivos: a apresentação mais típica é a de uma hemi-hipostesia para estímulos dolorosos, com transição da área de hipostesia para a área de sensibilidade normal exactamente na linha média. A diminuição da sensibilidade à dor acompanha-se habitualmente de alterações ipsilaterais da visão, da audição, da força e da sensibilidade.

d) Sintomas visuais: Pode tratar-se de uma diminuição da acuidade visual unilateral

(ou mais raramente bilateral), total ou parcial (p ex visão tubular)⁸. Quando unilaterais, as perturbações da visão podem associar-se a alterações da sensibilidade do mesmo lado do corpo. A presença de reflexos pupilares normais e a ausência de alterações no exame dos potenciais evocados visuais podem auxiliar o clínico no diagnóstico diferencial.

- e) Pseudocrises epiléticas: são um desafio diagnóstico particularmente complexo. Sabe-se que 20% dos doentes referenciados a clínicas de epilepsia especializadas têm convulsões não epiléticas; até 50% das admissões no hospital por estado de mal epilético correspondem de facto a pseudocrises⁵. Vinte a 40% dos doentes internados por epilepsia têm de facto crises não epiléticas. Por outro lado, 5-10% dos doentes com pseudocrises também têm crises epiléticas¹¹. A demora média no diagnóstico em relação aos primeiros sintomas é de cerca de 7 anos¹². Pode por vezes apurar-se história de abuso sexual ou de uma doença do comportamento alimentar. A importância de técnicas de neurofisiologia como o vídeo-EEG no diagnóstico das pseudocrises deve ser destacada.
- f) Outras manifestações de síndromes funcionais incluem alterações do discurso e da deglutição (com disartria, disfonia, ou *Globus*) e queixas de memória.

4. A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HFF

Um estudo retrospectivo recentemente realizado no Serviço de Neurologia do HFF (não publicado) envolvendo 51 doentes consecutivos com diagnósticos de alta de perturbação funcional identificados ao longo de 5 anos permitiu apurar que 2/3 eram mulheres; a idade média era de 41 anos. Em 20% casos já se suspeitava de patologia não-orgânica quando os doentes foram internados; o motivo mais frequente de internamento foi a suspeita de AVC. Os modos de apresentação mais comuns foram parésias ou alterações da sensibilidade. Em 50% doentes não foi possível avaliar qualquer acontecimento desencadeante ou patologia psiquiátrica prévia. Após a alta hospitalar, 60% dos doentes foram referenciados à consulta externa de Psiquiatria, 50% à de Neurologia. Após a alta, oito doentes foram reinternados no Serviço de Neurologia por quadros semelhantes e outros oito recorreram posteriormente ao SU por quadros funcionais.

5. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA - É UM CASO PARA A NEUROLOGIA, PARA A PSIQUIATRIA...OU PARA AMBOS?

Os neurologistas são treinados para reconhecer com maior ou menor facilidade as manifestações psiquiátricas das doenças neurológicas. Nos casos mais difíceis, como os das epilepsias do lobo temporal, O EEG, e em

especial os registos de EEG de 24 horas e as monitorizações de vídeo-EEG vieram contribuir de forma significativa para o diagnóstico diferencial, mas dos três exames só o primeiro está disponível no SU. Em relação à era pré-tomografia axial computadorizada e em especial pré-ressonância magnética, a tarefa do neurologista actual no diagnóstico de uma perturbação funcional encontra-se relativamente facilitada: os exames de imagem vieram dar-nos mais segurança nos casos das perturbações somatoformes, excluindo lesões orgânicas. No entanto, conforme mencionado atrás, um diagnóstico de perturbação funcional não deve ser apenas um diagnóstico de exclusão, sendo essencial procurar sempre sinais físicos de um problema desta natureza. Não deve ser descartada a hipótese de uma síndrome funcional só porque o doente parece “normal”, nem se deve assumir que o doente sofre de uma perturbação funcional só porque existem antecedentes psiquiátricos⁸. A proporção significativa de doentes internados em serviços de Neurologia que têm alta com o diagnóstico de uma perturbação funcional traduz bem a dificuldade em estabelecer rapidamente a etiologia não-orgânica dos sintomas de apresentação e a necessidade de observações seriadas e de exames complementares adicionais para um diagnóstico definitivo. O facto de alguns destes doentes voltarem a manifestar sintomas funcionais que os fazem recorrer novamente ao SU é testemunho da dificuldade dos neurologistas na abordagem clínica destes

doentes e da necessidade de uma abordagem complementar por especialistas de Psicologia/Psiquiatria no seu seguimento.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar das dificuldades inerentes ao trabalho de neurologistas e psiquiatras no SU, acaba por ser possível chegar a um diagnóstico na maioria dos casos, embora em muitos casos este não seja imediato. A colaboração e a partilha de experiências entre estes especialistas é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados aos nossos doentes.

Conflitos de Interesse / *Conflicting interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. D’Onofrio G, Jauch E, Jagoda A, Allen MH, Anglin D, Barsan WG, Berger RP, Bobrow BJ, Boudreaux ED, Bushnell C, Chan YF, Currier G, Eggly S, Ichord R, Larkin GL, Laskowitz D, Neumar RW, Newman-Toker DE, Quinn J, Shear K, Todd KH, Zatzick

- D; Roundtable External Participants and Roundtable Steering Committee and Federal Participants. NIH Roundtable on Opportunities to Advance Research on Neurologic and Psychiatric Emergencies. *Ann of Emerg Med*, 2010, 56 (5): 551-564.
2. Aminoff M. *Neurology and General Medicine*. Ed. Churchill Livingstone-Elsevier, 2008, 575-591.
 3. Sheth R.D., Drazkowski J.F., Sirven J.I., Gidal, B.E., Herman B.P. Protracted ictal confusion in elderly patients. *Arch Neurol*, 2006, 63: 529-532.
 4. Aarsland D., Marsh L., Shrag A. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2009, 24(15): 2175-2186.
 5. Stone J. Functional symptoms in Neurology. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2009, 9: 179-189.
 6. Carson A J, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Neurological disease, emotional disorder, and disability; they are related: a study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000, 68: 202-206
 7. Stone J., Carson A., Aditya H., Prescott R., Zaubi M., Warlow C., Sharpe M. The role of physical injury in motor and sensory conversion symptoms: A systematic and narrative review. *J Psychosom Research*, 2009, 66: 383-390.
 8. Stone J, Carson A. Functional neurologic symptoms: assessment and management. *Neurol Clin*, 2011, 29: 1-18.
 9. Stone J., Zeman A., Simonotto A., Meyer M., Azuma R., Flett S, Sharpe M. fMRI in patients with motor conversion syndrome and controls with simulated weakness. *Psychosomatic Medicine*, 2007, 69: 961-969.
 10. Shamy M.C.F. The treatment of psychogenic movement disorders with suggestion is ethically justified. *Mov Disord*, 2010, 25(3): 260-264.
 11. Benbadis S.R., Agrawal V., Tatum, W.O. 4th. How many patients with psychogenic non-epileptic seizures also have epilepsy? *Neurology*, 2001, 57: 915-917.
 12. Reuben M, Elger, C.E. Psychogenic non-epileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav*, 2003, 4: 205-216.