

# A Propósito de Doença Bipolar — Um Caso Clínico

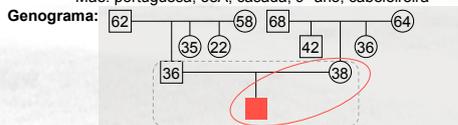
Crujo, M.\*, Cordovil, C.\*  
\*Interna de Pedopsiquiatria

Área de Pedopsiquiatria do CHLC, EPE — HDE, Lisboa  
mmcrujo@hotmail.com; catarinacordovil@hotmail.com

## VINHETA CLÍNICA

### IDENTIFICAÇÃO (à data da primeira consulta, 28.Nov. '07)

**Nome:** Tiago  
**Data de Nascimento:** 22.Dez. '00 (6A11M)  
**Escolaridade:** 1, 2  
**Filiação:** Pai: português, 36A, casado, 9º ano, trabalhador na construção civil, desde Maio '05 em Madrid (por tempo indefinido)  
Mãe: portuguesa, 38A, casada, 9º ano, cabeleireira



**Índice Graffar:** III  
**Proveniência:**  $\psi$  particular, via MGF em Set. '07, por alterações de comportamento

### OBJECTIVO

Efectuar uma breve revisão teórica sobre PB em idade pediátrica, ilustrando-a com uma vinheta clínica, em que se refere o funcionamento da estrutura familiar e a sua eventual influência no prognóstico da mesma perturbação.

### HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL (entrevista semi-directiva à mãe)

Grande irritabilidade; quando contrariado, faz birras, chora muito, destrói objectos deliberadamente, "vai para a rua quando chove, faz buracos na terra e enfia-se lá, atrai terra para cima da

própria cabeça a rir-se", "fica em fúria". Omnipotência/ grandiosidade: atravessa a estrada sem olhar — «oh, se vier um carro, dou-lhe um pontapé», "abre bicos do fogão e põe objectos no MW por tempo indeterminado — «quero explodir a casa», e ri-se entusiasticamente", «eu é que mando, não me digas nada!». O discurso é organizado, mas torna-se acelerado. Existem oscilações

do humor, há alternância com momentos em que é meigo, pede desculpa, arrepende-se, "diz não merecer que eu o perdoe, que gostava de ser bom como o Jesus"; a mãe sente-o triste. Há episódios de desinibição sexual: mostra o pénis às colegas na sala de aula, em cima das mesas; "tenta apalpa-las, despi-las e dar-lhes beijinhos na boca". Grande irrequietude e distractibilidade nos momentos em que o humor se instabiliza, perde objectos próprios diariamente. Comportamentos de oposição e desafio ("tem prazer em provocar, uma vez, em vez de uma cópia, encheu uma folha com a palavra puta", "chama nomes aos mais velhos, bate-lhes, ameaça-os com facas, foge a ri-se à frente deles", "abre a porta do carro em andamento"), baixa tolerância à frustração, raramente aceita regras/castigos,

## REVISÃO TEÓRICA

A Perturbação Bipolar (PB) em idade pediátrica tem sido alvo de controvérsia entre a comunidade científica, sendo a sua existência, enquanto entidade nosológica individualizada, na mesma faixa etária, apenas considerada recentemente. O seu diagnóstico reveste-se de grande dificuldade, uma vez que o quadro clínico assume contornos diferentes do descrito para a idade adulta e, por outro lado, pode haver uma grande variabilidade interindividual e intraindividual ao longo do tempo, e uma elevada co-morbilidade com outras perturbações psiquiátricas. Existem também, geralmente, dificuldades nas relações pais-filhos e no funcionamento familiar (Schenkel, L. S. et al, 2008) que influenciam o seu prognóstico.

### EPIDEMIOLOGIA

- difícil de determinar, pelas dificuldades de diagnóstico
- baixo nº de estudos, e maioritariamente retrospectivos
- estudos + recentes transversais que usam instrumentos sensíveis, mas pouco específicos
- em 1/3 dos adultos com PB, o 1º episódio ocorreu durante a infância ou a adolescência (Goldstein et al, 2006)
- pico de incidência entre os 15 e os 19A (Chengappa et al, 2003)
- 0,5% dos casos entre os 5 e os 9A e 7,5% entre os 10 e os 14A
- prevalência em 1-3% dos adolescentes entre os 5 e os 17 A; 2:1 (♂:♀) (Findling et al, 2003)
- 20% das crianças/adolescentes (C/A) com Perturbações Depressivas Major apresentam um episódio maniaco posteriormente
- maioria das C/A apresenta critérios para PB SOE; destes, ≈ 20% evoluem para PB tipos I ou II em < de 2A, pela DSM-IV-TR (Birmaher, B. et al, 2006)

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- inexistência de sintoma específico, mas constelação de sintomas (Kowatch, 2005)
- episódios ("episódio: período extenso de desregulação do humor que abarca vários ciclos) com curso que parece contínuo e com sintomas mistos (20-84%); ciclagem rápida (46-87%); "ciclo: alteração pronunciada do humor e da energia, que atinge um pólo), com ciclos ultradianos característicos
- elação do humor (70% S, alta E)
- affective storms ("episódios frequentes de desregulação afectiva breve, transitória, com hiperactividade e heteroagressividade), temper outbursts ("ocorrem durante as affective storms e são respostas desproporcionadas a factores precipitantes externos)
- irritabilidade (81% S, baixa E)
- grandiosidade (78% S, moderada E)
- agitação psicomotora (89% S, moderada E)
- distractibilidade (84% S, baixa E)
- pressão no discurso (82% S, não estabelecida E)
- ↓ necessidade de horas de sono (72% S, alta E)
- fuga de ideias (56% S, moderada E)
- hiperssexualidade (38% S, alta E)
- humor lábil (alta S, alta E)

### DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO

- variação da apresentação clínica ao longo do tempo, com marcada distinção entre a pré-puberdade e o final da adolescência, altura em que o quadro é semelhante ao dos adultos
- os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR não estão especificamente adaptados à população pediátrica
- existência de sintomas maniformes noutras perturbações psiquiátricas
- elevada co-morbilidade
- maioria das crianças não cumprir o critério tempo pela DSM-IV-TR

impulsividade, não aguarda pela própria vez. Come pouco desde sempre, sem selectividade alimentar. Dorme com a mãe; são negados insónias, oscilações da duração do sono ou pesadelos. As queixas iniciaram-se na altura em que começou a andar, ≈ aos 13M. Verificam-se diariamente e em múltiplos contextos — casa, escola, ATL —, no entanto, são mais intensas em casa.

Em contexto de consulta, à observação, é uma criança franzina, simpática e engraçada, fisicamente investida, que aparenta a idade real. Sedutor, muito educado, muito obediente, correspondendo sempre às tarefas que lhe são solicitadas. Mantém bom contacto, postura adequada, apresenta linguagem e pensamento organizados. Discurso fluente, humor eutímico. Revela crítica face aos seus comportamentos ("faço asneiras, não as queria fazer, mas não consigo"). No futuro, quer ser padre ou bombeiro, "porque os pais são bons, ajudam as pessoas, e os bombeiros também, e eu quero ser bom".

### ANCENTES PESSOAIS RELEVANTES

**Gravidez Actual:** 2ª, não planeada, desejada, vivida em ansiedade; IVG em '97/'98; mãe queria ♀, pai queria ♂  
**Parto Actual:** cesariana por amniotite e RPM  
**Período Pós-Parto:** bebé sossegado; apoiada  
**Alimentação:** 1S de amamentação  
**Sono:** quarto dos pais até aos 4,5A; a dormir com a mãe após ida do pai para Espanha  
**DPM:** marcha 13M; frases 2,5A; CE D/N 3,5A  
**Socialização:** sem intercorrências até aos 3,5A, altura em que entrou no JI e inicia comportamentos disruptivos heterodirigidos  
**Prestação de Cuidados:** exclusivamente com a mãe até aos 3,5A; adaptação muito difícil ao JI

**Técnicos Anteriores:**  $\psi$ 1: '05;  $\psi$ 2: '06-'07

### ANCENTES FAMILIARES RELEVANTES

**Mãe:** diagnóstico de fobia social (19A); depressões recorrentes, sem internamentos; medicada pelo MGF com Unilanal, Cerpax® e Lamotrigina  
**Avô Materno:** depressões recorrentes, com tentativas de suicídio e internamentos; irmão que se suicidou  
**Tia Materna:** depressões e tentativas de suicídio com internamentos  
**Pai:** descrito como "muito instável, muito ansioso e muito impulsivo"  
**Tia Paterna:** depressões, medicada

### INTERVENÇÃO/ EVOLUÇÃO

- 7 Consultas Terapêuticas de Pedopsiquiatria
- medicado, na 2ª, com risperidona solução oral (0,5 mL + 0 + 0,5 mL), com melhoria significativa da sintomatologia
- em contexto habitacional, a melhoria tem sido menos acentuada
- intervenção familiar com a mãe: reforço da importância da constância das regras/castigos e de um ambiente contendor; incentivo das suas competências maternas
- actualmente, medicado com 0,75 mL + 0 + 0,75 mL de risperidona; proposta introdução de um estabilizador de humor, que a mãe pediu para se protelar.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (DD)/ CO-MORBILIDADES (CM)

- Perturbações de Oposição (46.4-75% CM)
- PHDA (< 11A, 11-75% CM; DD)
- Perturbações de Ansiedade (< 11A, 12.5-56% CM)
- Perturbação Aditiva (risco 8.8 x > na PB de início na Adolescência; 0-40% CM; DD)
- Perturbações de Comportamento (37% CM; DD)
- Síndrome de Asperger (11% CM)
- Perturbação Depressiva (DD)
- Perturbação de Personalidade Borderline (DD)
- Perturbação Global do Desenvolvimento (DD)
- Esquizofrenia (1º surto) (DD)

### TERAPÉUTICA

- abordagem integrada: intervenção psicoterapêutica, psicofarmacol., intervenções familiar e escolar
- psicofarmacologia: + precoce, melhor o prognóstico; + tardia, < a resposta
- estabilizadores de humor clássicos e atípicos para indução de sintomas maníacos agudos e como terapêutica de manutenção
- valproato de sódio + indicado que o lítio para episódios mistos e cicladores rápidos
- risperidona: início de acção + rápido, embora + associado a ↑ de peso (Macmillan, C. et al, 2008)

### PROGNÓSTICO

- influenciado por: relações familiares conflituosas, psicopatologia familiar (Birmaher B. et al, 2006); baixo nível sócio-económico; ciclagem rápida com episódios mistos, presença de co-morbilidades, início precoce, sintomatologia psicótica
- menor nº de demonstrações positivas de afecto, menor intimidade, excesso de crítico, conflitos e punições frequentes nas relações pais-filhos em C/A com PB
- é + grave a perturbação da relação pais-filhos quando: + sintomas de mania, > co-morbilidade com PHDA, o início é + precoce, família monoparental, um dos pais com Perturbação do Humor (Schenkel, L. S. et al, 2008)

### DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Não se pode assumir o diagnóstico de PB, sem que antes se discutam diagnósticos diferenciais. PHDA parece poder excluir-se, pelo facto de a distractibilidade e a irrequietude surgirem em simultâneo com alterações do humor, e pela resposta positiva ao antipsicótico; e a Perturbação de Oposição pelo mesmo motivo relativo às alterações do humor. A Perturbação de Personalidade Borderline cursa igualmente com grande impulsividade e instabilidade afectiva, apesar de os sintomas mais prevalentes parecerem ser os do humor. A favor do diagnóstico de PB existem os episódios de grande desregulação afectiva com irrequietude intensa e agressividade (affective storms); a alternância entre momentos de grande agitação, grandiosidade e humor hipomaniaco e outros de culpa, com choro fácil e humor depressivo; o curso aparentemente contínuo da sintomatologia; a melhoria sintomática em resposta à introdução de antipsicótico atípico; e a história familiar pesada de perturbações do humor. No entanto, o ambiente familiar parece pouco contendor e organizador. O quadro melhora mais acentuadamente em contextos outros, como o escolar. O papel das figuras parentais parece estar pouco esclarecido: a mãe, porque se sente incapaz de se assumir como figura de autoridade; o pai, porque se encontra indefinidamente ausente. Não será este um factor perpetuador da perturbação, que condiciona o prognóstico? Pais que (des)organizam?