

Cessação tabágica em paciente com tremor essencial

Smoking cessation in a patient with essential tremor

Carolina Ferreira da Costa¹, Ervin Cotrik¹, Alberto Ara jo², Marco Ant nio Brasil¹

RESUMO

Existem pacientes que, apesar dos esforços da equipe do programa de cessa o tabágica, mostram-se refratários   redu o do tabagismo. Entre os motivos mais citados para isso, estão abuso de álcool, ansiedade e depressão. Além desses, o tremor essencial, frequentemente negligenciado pelos pacientes e médicos, tem implica es clínicas diretas e indiretas para aqueles que desejam parar de fumar. Antes entendida como uma doença benigna, o tremor essencial tem fortes associa es com transtornos psiquiátricos, além de piorar com a abstinência de nicotina e com o uso de determinados medicamentos para a cessa o. Descrevemos um caso de tremor essencial e comorbidades psiquiátricas no seu percurso para a abstinência tabágica. Com rela o   associa o entre nicotina e o curso do tremor essencial, maiores estudos são necessários. Mas diagnosticar sua presença apresenta relevância clínica, podendo ser um marcador de pior prognóstico para a cessa o.

Palavras-chave

Cessa o tabágica, tremor essencial, depressão, ansiedade.

ABSTRACT

There are patients that are resistant to reducing tobacco use, despite the effort of the professionals helping them to quit. Among the most cited motives, there are alcohol abuse, anxiety and depression. Furthermore, frequently neglected by patients and doctors, essential tremor has direct and indirect clinical implications for those who want to stop smoking. Once known as a benign condition, essential tremor has strong association with psychiatric disorders and can get worse because of nicotine abstinence and certain medications used in smoking cessation. We report a case of essential tremor and psychiatric comorbidities on the path towards tobacco abstinence. Regarding the link between nicotine and the course of essential tremor, further studies are necessary. However, diagnosing its presence is clinically relevant and should be considered a marker of worse prognosis in smoking cessation.

Keywords

Smoking cessation, essential tremor, depression, anxiety

Recebido em
18/10/2012
Aprovado em
18/2/2013

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Clementino Fraga Filho (UFRJ-HCFF), Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

2 UFRJ-HCFF, Instituto de Doenças do Tórax (IDT), Núcleo de Estudos e Tratamento em Tabagismo (NETT), Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

Endereço de correspondência: Carolina Ferreira da Costa
Av. das Américas, 4801, sala 304, Barra da Tijuca
22631-000 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: carolbfcosta@gmail.com

INTRODUÇÃO

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo e mobiliza grandes gastos em saúde pública em virtude de suas consequências clínicas¹. Além disso, por muitas vezes, mascara e atrasa o diagnóstico e o tratamento adequados de quadros psíquicos, que prejudicam por vários anos a capacidade funcional e a qualidade de vida do paciente².

Existem pacientes que, apesar dos esforços da equipe do programa de cessação tabágica, mostram-se refratários à redução do tabagismo. Alguns dos motivos que aumentam a chance de insucesso são abuso de álcool, ansiedade e depressão³. Outro motivo pouco difundido é o paciente tabagista com tremor essencial, cujo tratamento pode gerar aumento do tremor de várias maneiras, desde a escolha da terapia (por exemplo, bupropiona) até a síndrome de abstinência⁴. O prejuízo da rotina diária, às vezes, é o suficiente para o paciente desistir de seu objetivo.

Além desses obstáculos, o tratamento pode ser dificultado por comorbidades psiquiátricas associadas ao tremor essencial. Atualmente, sua dimensão clínica inclui também componentes não motores e sua clássica característica de benignidade é questionada^{5,6}.

O caso descrito a seguir relata o percurso de um paciente para alcançar a abstinência tabágica na vigência de tremor essencial, depressão maior e transtorno de ansiedade generalizada.

RELATO DO CASO

DSP, masculino, 50 anos, separado, bibliotecário, em sua quarta tentativa de cessação. Iniciou o uso aos 12 anos ocasionalmente e, aos 20 anos, passou a usar uma média de dois maços por dia. Obteve escore 9 no Teste de Fagerström⁷.

Apresentava hipertensão arterial, dislipidemia e nefrolitíase como comorbidades clínicas. Tomava losartana 50 mg/d, sinvastatina 10 mg/d, citrato de potássio 540 mg/d e cloxazolam 1 mg sob demanda, prescritos por seu clínico.

Há três anos, terminou um relacionamento amoroso de longa data. A partir daí, passou a se isolar socialmente, mantendo-se mais em seu quarto, apresentando humor deprimido, anedonia e agorafobia e aumentou o consumo de cerveja (cerca de 4 a 10 latas/dia). É ansioso desde a infância, cumprindo critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Antes de procurar atendimento, já havia parado de usar álcool há um mês por recomendação médica. Na avaliação inicial, apresentava AUDIT⁸ = 12 e HADS⁹ 12/12.

Na primeira sessão, foi iniciada terapia de reposição com adesivo de nicotina 14 mg e bupropiona 150 mg/d com aumento em uma semana para 300 mg/d, para ajudar na redução em 25% do número de cigarros até o próximo encontro.

Na segunda sessão, havia conseguido diminuir o uso para 15 cigarros/dia. Parou totalmente cerca de quatro dias depois, por iniciativa própria, sendo necessário aumento da dose do adesivo de nicotina para 21 mg.

No primeiro dia de abstinência, passou a apresentar tremor de repouso postural e de ação grosseiros, que o impediam de realizar movimentos finos no dia a dia. Nesse momento, apresentou piora da autoestima, pensamentos de desesperança, insônia e aumento da fissura tabágica.

Apresentava o tremor desde 12 anos de idade, inicialmente de pequena intensidade, passando a ficar mais visível e a incomodá-lo a partir de 20 anos de idade, quando começou também a fumar mais. Não possuía história familiar e não sabia informar se, ao começar a fumar aos 12 anos, sentia alívio ou piora do tremor.

Na sua última tentativa de parar de fumar há cinco anos, não usou medicação e não apresentou sintomas de abstinência ou tremor tão perceptíveis como atualmente. A última recordação de o tremor tê-lo incomodado foi após a parada do uso de tramadol em sua última crise renal há dois anos. Mesmo assim, lembra-se do tremor ter ficado menos intenso que atualmente.

Foi introduzido clonazepam 0,5 mg/manhã e 1,0 mg/noite para redução do tremor e melhora dos sintomas de ansiedade. Obteve alguma melhora, mas ainda tinha episódios de intenso tremor cinético (por exemplo, ao levantar uma chaleira).

O paciente foi referido para avaliação de um neurologista, que confirmou o diagnóstico de tremor essencial e manteve a conduta.

Optamos por reduzir gradualmente a bupropiona, manter o clonazepam e iniciar sertralina 50 mg/d. Houve melhora progressiva dos sintomas motores de volta ao nível basal e melhora parcial dos sintomas do humor ao longo de um mês. O paciente mantém-se em abstinência do tabaco e álcool há dois meses e três meses, respectivamente.

DISCUSSÃO

O caso descreve um paciente com as seguintes características: elevado grau de dependência tabágica, alta pontuação no HADS⁹ para ansiedade e depressão e AUDIT⁸ compatível com uso problemático de álcool. Ou seja, um quadro com múltiplas comorbidades (depressão, ansiedade e abuso de álcool) que já apresentariam, sozinhas, um prognóstico reservado para cessação.

Além disso, possuía comorbidade com tremor essencial que piorou dramaticamente após a abstinência. A piora do tremor pode ter sido influenciada por vários fatores: abstinência de nicotina, piora dos sintomas depressivos e ansiosos, e introdução do inibidor de recaptção de noradrenalina

e dopamina (bupropiona). Em sua última tentativa de parar, não notou tamanha piora clínica, o que nos levou a entender o uso da bupropiona como fator principal.

O quadro de tremor essencial pode iniciar em qualquer idade, apesar de a incidência aumentar acentuadamente ao longo dos anos. Em mais de 90% dos casos, não exige cuidados médicos¹⁰. Tal fato pode explicar o motivo de não ter sido dada a devida importância pelo próprio durante as perguntas de rotina, já que os pacientes costumam aprender a conviver com o quadro.

Na segunda semana de tratamento, ao pedir atendimento fora de seu horário, com tremor grosseiro em membros superiores, o paciente possuía a firme crença de que apenas a abstinência do cigarro havia produzido aquele sintoma. Porém, o tremor não era algo novo e sim um tremor pior do que já existia e que não havia sido informado. Não havia feito também uso de álcool ou drogas ilícitas. A partir de então, passamos a acompanhá-lo semanalmente no ambulatório, além da terapia de grupo, para observar a evolução do sintoma que poderia gerar interrupção do tratamento.

Na literatura, sobre a relação existente entre uso de nicotina e tremores em geral, existem estudos^{11,12} que apontam para melhora imediata do tremor parkinsoniano, enquanto a nicotina pioraria outros tipos de tremores como o fisiológico, o induzido ou o tremor essencial. Porém, em um estudo de coorte prospectivo¹¹, no qual foi observada a incidência de novos casos de tremor essencial entre fumantes e não fumantes, houve associação entre os casos de fumantes “pesados” na linha de base e baixo risco de desenvolvimento da doença. Tal característica é semelhante à vista na doença de Parkinson, que apresenta algumas ligações clínicas com o tremor essencial, já que alguns casos evoluem para sintomas parkinsonianos em longo prazo. Já em um estudo caso-controle, os fumantes que desenvolviam tremor essencial tinham idade mais jovem de início do tremor¹³. Portanto, mais estudos precisam ser feitos para elucidar a relação biológica entre tabagismo e desenvolvimento de tremor essencial, já que não está claro se o cigarro seria um fator protetor ou agravante. Em relação ao álcool, o uso crônico está associado a aumento do risco de desenvolver o quadro pela hipótese de neurotoxicidade cerebelar¹⁴, o que poderia se aplicar ao caso do paciente.

Reforçando a importância clínica do tremor essencial, estudos atuais expandiram sua dimensão, incluindo manifestações não motoras como: alterações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, traços de personalidade, parkinsonismo, sinais cerebelares, distúrbios do sono, fadiga, evolução para demência) e déficits sensoriais (olfatório e auditivo). Além disso, enquanto alguns estudos de neuroimagem e neuropatológicos alegam que o tremor essencial é uma doença progressiva neurodegenerativa, outros afirmam ser apenas um distúrbio não degenerativo funcional dos cir-

cuitos e receptores⁵. Assim, tal condição deixa de ser vista como uma doença puramente motora e passa a ser uma família heterogênea de doenças, unidas pelo fato de apresentarem tremor cinético, podendo ter caráter progressivo e degenerativo^{5,6}.

Pacientes que apresentam tremor essencial possuem duas vezes mais associação com sintomas depressivos e três vezes mais associação com uso de antidepressivos, que não são utilizados apenas para o tratamento de depressão maior, mas para fadiga crônica e ansiedade, por exemplo⁴. Além disso, a comorbidade entre depressão e tremor essencial piora de forma significativa a qualidade de vida⁶, merecendo atenção do profissional de saúde e aumentando o desafio para o paciente que quer parar de fumar.

CONCLUSÃO

O relato de caso levanta duas questões importantes relacionadas ao tremor essencial: sua relação com o uso de nicotina e sua importância clínica na cessação tabágica.

A respeito da primeira questão, mais estudos precisam ser feitos para elucidar a natureza da associação.

Já clinicamente, existem nuances sutis que surgem por causa da presença do tremor essencial e que precisam ser consideradas para a cessação tabágica. Elas determinam a escolha da terapia medicamentosa e a orientação dada ao paciente sobre o que esperar dos sintomas de abstinência. Além disso, é um alerta para a presença de comorbidades psiquiátricas que dificultam a cessação, necessitando de tratamento mais intensivo e individualizado.

Assim, esse transtorno motor não deve mais ser visto como uma entidade meramente benigna e monossintomática. Sua presença pode ser um marcador de pior prognóstico e propomos que sua busca seja ativa pelos médicos que almejam a cessação tabágica de seus pacientes.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Todos os autores participaram ativa e criticamente em todas as fases da elaboração do manuscrito e aprovaram sua versão final. A autora Carolina Ferreira da Costa foi responsável pela revisão bibliográfica, descrição do caso clínico, discussão e revisão do manuscrito; o autor Ervin Cotrik foi responsável pela revisão bibliográfica, elaboração da introdução, elaboração do resumo e revisão do manuscrito; o autor Alberto Araújo contribuiu com a descrição do caso clínico, elaboração da discussão e conclusão, além da revisão do artigo e referências bibliográficas segundo modelo Vancouver; o autor Marco Antônio Brasil contribuiu com a elaboração da introdução, discussão e conclusão, além da revisão do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Drs. Carolina Ferreira da Costa, Ervin Cotrik, Alberto Araújo e Marco Antônio Brasil não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Roemer R. Recent developments in legislation to combat the world smoking epidemic. Geneva. Switzerland: World Health Organization; 1986.
2. Gigliotti AP, Lemos T. Qual a relação entre o tabagismo e as comorbidades psiquiátricas. In: Araújo AJ, editor. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: GenBooks; 2012. p. 271-3.
3. Cruz E. Como orientar o paciente a desenvolver habilidades para prevenir a recaída. In: Araujo AJ, editor. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: GenBooks; 2012. p. 356-60.
4. Louis ED, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group Self-reported depression and anti-depressant medication use in essential tremor: cross-sectional and prospective analyses in a population-based study. *Eur J Neurol*. 2007;14:1138-46.
5. Benito-León J, Louis ED. Update on essential tremor. *Minerva Med*. 2011;102(6):417-40.
6. Chandran V, Pal PK, Reddy JY, Thennarasu K, Yadav R, Shivashankar N. Non-motor features in essential tremor. *Acta Neurol Scand*. 2012;125(5):332-7.
7. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
8. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Dela Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
10. Louis ED, Greene PE. Tremor essencial. In: Rowland LP, editor. MERRIT Tratado de Neurologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 588-9.
11. Louis, ED, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Population-based prospective study of cigarette smoking and risk of incident essential tremor. *Neurology*. 2008;70(19):1682-7.
12. Marshall J, Schnieden H. Effect of adrenaline, noradrenaline, atropine, and nicotine on some types of human tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1966;29(3):214-8.
13. Benito-León J, Louis ED, Bermejo-Pareja F. Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group. Population-based case-control study of cigarette smoking and essential tremor. *Mov Disord*. 2008;23(2):246-52.
14. Louis ED, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Population-based study of baseline ethanol consumption and risk of incident essential tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(5):494-7.