

Programa Genética e Farmacogenética (PROGENE),  
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade  
de Medicina, Universidade de São Paulo (USP),  
São Paulo (SP), Brasil

**Marcelo Hong, Gabriella Forte**  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo,  
São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente

Conflito de interesses: Inexistente

#### Referências

1. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenics. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(9):789-96.
2. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(2):183-94.
3. Dusheiko G. Side effects of alpha interferon in chronic hepatitis C. *Hepatology*. 1997;26(Suppl 1):112-21.
4. Sulkowski MS, Wasserman R, Brooks L, Ball L, Gish R. Changes in hemoglobin during interferon alpha-2B plus ribavirin combination therapy for chronic hepatitis C virus infection. *J Viral Hepatol*. 2004;11(3):243-50.
5. Hoffmann RM, Ott S, Parhofer G, Bartl R, Pape GR. Interferon-alpha-induced agranulocytosis in a patient on Clozapine. *J Hepatol*. 1998;29(1):170.

## **Anorexia nervosa e encefalopatia neurogastrointestinal mitocondrial em homem**

### **Anorexia nervosa and mitochondrial neurogastrointestinal encephalomyopathy in male**

Sr. Editor,

A encefalopatia neurogastrointestinal mitocondrial (Sd MNGIE) é uma rara doença autossômica recessiva causada por depleções do DNA mitocondrial com manifestações intestinais e neurológicas,<sup>1</sup> tais como alteração da motilidade gastrointestinal, caquexia, ptose, oftalmoparesia e neuropatia periférica.

Até onde conhecemos não há na literatura relato anterior da coexistência da Sd MNGIE com um transtorno alimentar. O fato de o paciente ser do sexo masculino torna o caso descrito ainda mais incomum.

V. G. N., 40 anos, masculino, portador da Sd MNGIE, foi encaminhado para o Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC/FMUSP) pelo Serviço de Gastroclínica do HC/FMUSP em função de perda de peso acentuada e vômitos não justificáveis clinicamente.

V. referia que desde a adolescência preocupava-se exageradamente com seu peso, utilizando-se de exercícios excessivos (mais de 4 horas diárias) quando consumia alimentos que considerava calóricos, e correndo cerca de 30 km nos fins de semana. Fazia frequentes consultas ao espelho e pesava-se mais de uma vez ao dia.

Em 1999, após longo período de esteatorréia, vômitos ocasionais, dores abdominais e perda de força muscular, o diagnóstico da Sd MNGIE foi firmado pelo serviço de Gastroclínica

do HC/FMUSP através do quadro clínico e eletroneuromiografia do paciente, além de biópsias musculares de V. e de um irmão, portador de ptose palpebral e mega-duodeno.

Em setembro de 2004, a frequência dos vômitos aumentou de modo injustificável clinicamente, seguindo-se à ingestão de qualquer alimento, independente da sua quantidade, levando a um rápido emagrecimento (mais de 4 kg em dois meses). V. descreve, durante a avaliação psiquiátrica, que sentia prazer ao controlar a fome e quando esse controle falhava induzia o vômito, temendo engordar.

Em sua avaliação inicial no AMBULIM (dezembro de 2004), o paciente pesava 40 kg, com uma altura de 1,77 m (IMC = 12,77). Foi feita a hipótese diagnóstica de Sd MNGI em comorbidade com anorexia nervosa purgativa. O diagnóstico de anorexia nervosa foi feito segundo os critérios do DSM-IV em função do baixo peso, insatisfação com a imagem corporal, busca desenfreada pelo emagrecimento (utilizando-se de vômitos) e medo mórbido de engordar, mesmo com peso muito abaixo do normal.

A comorbidade entre transtornos alimentares (TA) e doenças clínicas é ainda pouco conhecida, embora as associações entre TA e diabetes mellitus tipo 1 ou doença de Crohn sejam relatadas.<sup>2-3</sup>

No caso descrito, V. passou a provocar vômitos após descobrir que esse mecanismo - a partir do quadro orgânico - poderia controlar seu peso, dado que suas condições clínicas impediam atividades físicas. A dificuldade diagnóstica deu-se na medida em que métodos de controle do peso podem ser confundidos com sintomas de doenças coexistentes ou tratamentos clínicos, facilitando a ocultação do comportamento por mais tempo e dificultando diagnóstico e tratamento.<sup>2</sup>

Situações em que o quadro clínico ou tratamento da doença de base podem ser usados como forma de purgação e controle do peso em pacientes com excessiva preocupação com peso e imagem corporal prévios devem ser acompanhadas visando detectar uma possível comorbidade oculta com um TA.

**Fernanda Celeste de Oliveira Martins**

Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

**Táki Athanássios Cordás**

Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) e Departamento de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente

Conflito de interesses: Inexistente

#### Referências

1. Hirano M, Nishigaki Y, Marti R. Mitochondrial neurogastrointestinal encephalomyopathy (MNGIE): a disease of two genomes. *Neurologist*. 2004;10(1):8-17.
2. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, Maharaj SI, Colton PA, Jones JM, Bianucci LA, Daneman D. Eating disorders in young women with type I diabetes mellitus. *J Psychosom Res*. 2002;53(4):943-9.
3. Bayle FJ, Bouvard MP. Anorexia Nervosa and Crohn's disease dual diagnosis: a case study. *Eur Psychiatry*. 2003;18(8):421-2.