

Uso da olanzapina em adolescente com transtorno do humor bipolar após síndrome neuroléptica maligna

Use of olanzapine in adolescent with bipolar disorder after neuroleptic malignant syndrome

Sr. Editor,

A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma reação idiossincrásica e potencialmente fatal, relacionada à utilização de antipsicóticos.¹ O transtorno do humor bipolar (THB) de início na infância e adolescência pode apresentar sintomas psicóticos. Dessa forma, os antipsicóticos atípicos têm sido opção para casos de adolescentes com THB psicótico visto que esses apresentam menores riscos de SNM quando comparados com os antipsicóticos típicos.¹

Relatamos a seguir o caso de um adolescente portador de THB em fase de mania psicótica, com antecedente de SNM e que apresentou remissão completa dos sintomas psiquiátricos com uso de olanzapina em associação com carbonato de lítio.

Apresentação do caso: ARB, masculino, 16 anos, branco, passava bem até um ano atrás quando rompeu o namoro. Iniciou um quadro de tristeza, anedonia, alucinações auditivas com conteúdos depressivos e ideação com tentativa de suicídio. Foi tratado com doses diárias de citalopram 20 mg e carbamazepina 200 mg. Apresentou melhora dos sintomas depressivos após 60 dias, mas a seguir desenvolveu quadro de agitação psicomotora, euforia, aumento de energia, logorréia, idéias de grandeza e irritação.

Mesmo após interromper antidepressivo, manteve-se com o estado de humor eufórico e grandioso por vários meses. Foi internado em clínica psiquiátrica e, num momento de agitação, foi medicado com haloperidol 5 mg intramuscular. A seguir, apresentou febre alta e evoluiu para SNM, foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Após alta da UTI, continuava com sintomas maniformes. Fez acompanhamento psiquiátrico irregular com doses diárias de risperidona 3 mg/dia sem nenhuma melhora. Foi encaminhado para internação no SEPIA-IPq. Na ocasião, apresentava-se evidente sintoma de mania psicótica e de liberação extrapiramidal (LEP), mas não apresentava sintomas de SNM. Após período de "wash-out" de 15 dias e melhora total de LEP, o paciente manteve-se em mania psicótica com muita agitação e desorganização.

Optou-se inicialmente por introduzir carbonato de lítio com aumento progressivo até dose diária de 1.200 mg, o que não apresentou nenhum efeito colateral, mas também não obteve melhora.

Optou-se, então, por associar olanzapina com aumento rápido até dose diária de 20 mg. Em oito dias, o paciente apresentou remissão clínica sem quaisquer intercorrências.

ARB obteve alta hospitalar após 15 dias de início do uso da olanzapina em associação ao carbonato de lítio (litemia = 0,9 mEq/L), retornando ao quadro basal pré- crise.

O paciente permanece estável há nove meses, algo que não havia ocorrido desde que apresentou os primeiros sintomas de THB.

Discussão: Risperidona talvez seja o antipsicótico mais utilizado em casos THB em crianças e adolescentes e poderia ser uma opção neste caso. Entretanto, o paciente apresentou intensa LEP disfuncional e nenhuma melhora do quadro da mania e psicose até dose diária de 3 mg.

Olanzapina tem suas propriedades terapêuticas nos casos de THB de início precoce já evidenciados em diversos ensaios abertos, inclusive em associação com o carbonato de lítio.² Apesar de haver na literatura diversas situações que descrevem casos de SNM desenvolvidas após o uso da olanzapina,³⁻⁵ o caso descrito mostra que olanzapina pode ser uma opção eficaz e segura no tratamento de pacientes jovens portadores de mania psicótica com antecedentes de SNM.

Miguel Angelo Boarati, Lee Fu-I

Ambulatório de Transtornos Afetivos do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (ATA-SEPIA), Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Strawn JR, Keck PE, Caroff SN. Neuroleptic Malignant Syndrome. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):870-6.
2. Emiroglu FN, Gencer O, Ozbek A. Adjunctive olanzapine treatment in bipolar adolescents responding insufficiently to mood stabilizers: four case reports. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(8):500-3.
3. Nielsen J, Bruhn AM. Atypical neuroleptic malignant syndrome caused by olanzapine. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(3):238-40.
4. Filice GA, McDougall BC, Ercan-Fang N, Billington CJ. Neuroleptic malignant syndrome associated with olanzapine. *Ann Pharmacother*. 1998;32(11):1158-9.
5. Hall KL, Taylor WH, Ware MR. Neuroleptic malignant syndrome due to olanzapine. *Psychopharmacol Bull*. 2001;35(3):49-54.

Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência

Quality of life in postpartum depressed adolescents

Sr. Editor,

A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde pública que afeta a saúde da mãe e o desenvolvimento do recém-nascido, ocorrendo entre 4 e 20 semanas após o parto, com prevalência situada entre 10 e 20% em amostras não selecionadas de puérperas.¹

A DPP tem sido considerada um dos maiores problemas da maternidade na adolescência, acometendo até uma em cada duas mães adolescentes.² Apesar disso, é ainda pouco investigada em nosso meio.

A gravidez na adolescência é um problema de caráter social. É mais frequente em classes sociais menos favorecidas e acarreta conseqüências biopsicossociais negativas,² favorecendo o surgimento da DPP e podendo ocasionar índices reduzidos da qua-

Tabela – Média e desvio padrão dos domínios segundo a presença ou ausência da DPP

Domínios	DPP		Teste estatístico	Valor de p
	Com Média (DP ¹)	Sem Média (DP ¹)		
Capacidade funcional	81,64 (21,90)	90,01 (16,10)	T = -2,633	p ² = 0,010*
Limitação dos aspectos físicos	38,93 (41,21)	40,96 (42,52)	T = -0,304	p ³ = 0,762
Dor	62,49 (25,52)	68,50 (21,55)	T = -1,654	p ³ = 0,100
Estado geral de saúde	41,25 (15,46)	48,45 (14,83)	T = -3,028	p ³ = 0,003*
Vitalidade	46,64 (21,58)	62,47 (19,09)	T = -5,009	p ³ < 0,001*
Aspectos sociais	69,33 (27,91)	78,54 (24,89)	T = -2,244	p ³ = 0,033*
Limitação dos aspectos emocionais	18,02 (31,37)	27,88 (41,91)	T = -1,762	p ² = 0,080
Saúde mental	49,84 (20,43)	61,79 (20,36)	T = -3,707	p ³ < 0,001*

* Diferença significativa a 5,0%

¹ DP = Desvio Padrão

² Através do teste t-Student com variâncias desiguais

³ Através do teste t-Student com variâncias iguais

idade de vida (QV).^{3,4} No entanto, importa ressaltar que existe um subgrupo de mulheres com maior vulnerabilidade genética aos eventos pós-parto (notadamente aquelas com história pessoal e/ou familiar de transtornos de humor), não guardando relação com fatores sociais.

Diante desse panorama, em 2006 foi realizada uma dissertação no Mestrado em Hebiatria da Universidade de Pernambuco, com objetivo de investigar a ocorrência da DPP em 177 puérperas adolescentes da rede pública de saúde da cidade do Recife-PE e de avaliar a QV dessas pacientes.⁵ Para diagnóstico da depressão, utilizou-se a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS),¹ e para a QV, a SF-36. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco. As adolescentes com idade igual ou superior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as menores de 18 anos tiveram o documento assinado por um responsável.

A idade média das adolescentes entrevistadas foi de 17 anos (14-20 anos); 88 (49,7%) tinham o ensino fundamental incompleto e 53 (30%) haviam concluído o ensino fundamental. Em sua maioria, 128 (72,3%) relataram renda *per capita* familiar de até um salário mínimo. As 177 adolescentes foram entrevistadas entre a sexta e vigésima semanas de pós-parto, tendo sido encontrada DPP em 61 (34,5%).

As puérperas com DPP apresentaram maior número de gestações (p = 0,018) e partos (p = 0,01), consumiram mais substâncias lícitas (p = 0,001) e ilícitas (p = 0,001) e alimentaram menos o recém-nascido com aleitamento exclusivo (p = 0,02). Não houve diferença estatisticamente significativa no tocante aos aspectos sociodemográficos em ambos os grupos de puérperas.

Em relação à QV, observaram-se, nas adolescentes com DPP, os piores escores em todas as subescalas da SF-36, sendo as diferenças estatisticamente significativas nos domínios: saúde mental (p = 0,001), vitalidade (p = 0,001), estado geral de saúde (p = 0,003), aspectos sociais (p = 0,033) e capacidade funcional (p = 0,010).

De maneira semelhante, Rojas et al. correlacionaram a gravidade da depressão com a QV em 159 mulheres com DPP.³ A escala de QV utilizada foi a SF-36 e a de DPP, a *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS). Os resultados mostraram relevante comprometimento nos aspectos emocionais, físicos e vitalidade da SF-36 nas puérperas com DPP, comparadas com as não deprimidas. Da Costa et al. avaliaram 93 mulheres com DPP e também observaram comprometimento em cinco dos oito domínios da SF-36:

limitação por aspectos físicos, emocionais, saúde mental, aspectos sociais e vitalidade.⁴

Os resultados permitem afirmar que na amostra de adolescentes puérperas da rede pública de saúde da cidade do Recife-PE, avaliada por meio de um instrumento de *screening*, observou-se uma prevalência importante de depressão e que os índices de QV nesse subgrupo foram piores, sugerindo haver uma relação entre DPP e QV.

Diante do exposto, torna-se fundamental que pesquisas nesta área sejam realizadas, com inclusão de escalas de QV e a verificação das variáveis envolvidas.

Edilene Maria da Silva Barbosa

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Recife (PE), Brasil

Kátia Petribú, Maria Helena de Araújo Mariano, Moacir de Novaes Lima Ferreira, Araken Almeida

Faculdade de Ciências Médicas e Hospital Universitário Osvaldo Cruz, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife (PE), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Cantilino A. Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
2. Figueiredo B. Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Ana Psicol.* 2000;4(8):485-98.
3. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Gonzalez M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chil.* 2006;134(6):713-20.
4. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(2):95-102.
5. Barbosa EM, Silva MC, Silva MR, Montenegro MC, Petribu K. Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante? *Rev Saude Publica.* 2006;40(5):935-7.