

PSICOSE ORGANICA NA INFANCIA

RELATO DE UM CASO INCOMUM

*ENEIDA B. MATARAZZO **

As psicoses na infância são ainda mal conhecidas e pouco investigadas. Talvez se possa considerar exceção o autismo infantil precoce, sobre o qual há muitos trabalhos publicados; mesmo em relação a este, porém, há divergências quanto ao quadro clínico e à etiologia. Sobre as demais formas de psicoses infantis as pesquisas são escassas, sendo esta falta particularmente sentida no que diz respeito às psicoses orgânicas (sejam de etiologia epilética, encefalítica, tumoral ou outra), cuja existência é ignorada ou apenas mencionada, nos tratados de psiquiatria infantil^{1,2,6}. Em relação às psicoses encefalíticas, nos raros trabalhos que ventitam o assunto a sintomatologia psíquica é descrita de forma genérica (estados confusionais, quadros alucinatórios, alterações da conduta), englobando sintomas que aparecem em diferentes quadros clínicos^{3,4,5}.

Ante esta carência bibliográfica, o psiquiatra que atende uma criança com psicose orgânica, tem grande dificuldade em encontrar apoio teórico para estabelecer o diagnóstico e decidir a conduta terapêutica. Esta dificuldade tem sido sentida no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência da FMUSP, onde não são raras as internações de pacientes com psicoses orgânicas. Se em relação a algumas etiologias, já foi possível estabelecer critérios para diagnóstico e tratamento, há outros casos para os quais não se tem, ainda, pontos de referência na orientação da conduta. Ante o dilema, a atitude menos construtiva seria, sem dúvida, a de cruzar os braços e não agir. Tateando no escuro, mas tendo o cuidado, sempre, de não fazer experiência em "anima nobile", a equipe médica do SEPIA é, às vezes, surpreendida com resultados bastante gratificantes, na evolução dos pacientes.

O caso que será descrito a seguir é um exemplo do que foi dito acima.

OBSERVAÇÃO

L.L.P., reg. 52.068, branca, sexo feminino, com 7 anos de idade, pertencia a família de baixo nível sócio-econômico. Nos antecedentes familiares e pessoais não foram referidos dados significativos. A paciente evoluiu de forma normal, sendo

* Livre-Docente do Departamento de Neuro-Psiquiatria da FMUSP, Chefe do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria da FMUSP.

criança ativa, alegre, comunicativa e de comportamento adequado. Aos 7 anos foi matriculada no 1º ano escolar e alfabetizou-se em 4 meses. Logo após o início das férias do 1º semestre escolar, começou a queixar-se de dor no nariz e apresentava movimentos de mastigação quase contínuos. Poucos dias depois, sem causa aparente, seu comportamento sofreu rápida mudança; passou a dizer coisas tolas, dirigia-se a pessoas estranhas com intimidade; falava de um suposto namorado, dizendo que era rico e que tinha carro; repetia sempre uma mesma frase: "João, capitão, soldado, ladrão" a qualquer hora e em qualquer lugar; jogava brinquedos no telhado da casa e, depois, pedia aos gritos que fossem tirá-los. Tornou-se agressiva e desobediente. Mostrava-se, em geral, deprimida, chorando frequentemente. Falava pouco, porém respondia algumas perguntas que lhe faziam, de forma adequada. Queixava-se de dor nas pernas e, quando tinha que se locomover, após dar alguns passos recusava-se a continuar, pedindo que a levassem no colo. Após um mês de doença, apresentou várias crises epiléticas, de tipo hipertônico e grande-mal. Foi deixando progressivamente de falar, comunicando-se apenas por gestos, e manifestava apetite exagerado.

Trazida para São Paulo, foi hospitalizada no SEPIA em setembro de 1972, dois meses após o início das manifestações. O exame físico, na ocasião, foi dificultado pelas condições psíquicas da paciente, que se apresentava em regular estado geral e afebril. No exame psíquico, observou-se grande dificuldade em estabelecer contato, aparência descuidada, atitude de alheamento, mímica inexpressiva. Movimentava-se ininterruptamente, realizando movimentos lentos e ondulantes; andava em várias direções, sem objetivo certo, pegava objetos que encontrava no caminho, sem porém dedicar-lhes atenção, tocava as pessoas e se afastava, arrastava-se pelo chão. Se procuravam contê-la, tornava-se muito agressiva. Não atendia qualquer ordem, não respondia perguntas, não articulava qualquer palavra. Não esteriorizou afeto por seus pais, dos quais afastou-se sem qualquer reação, ao ser internada. Na enfermaria, o quadro foi-se agravando: passou a ter encoprese e enurese; rasgava roupa e permanecia despida a maior parte do tempo; tinha tendência a subir em todos os obstáculos que encontrava à sua frente (portas, mesas, cadeiras, armários); comia com as mãos; não falava espontaneamente, nem quando solicitada; mantinha-se totalmente alheada, inafetiva, apragmática. O exame neurológico, feito logo após a internação, embora dificultado pelas condições da paciente, revelou a presença dos reflexos de "grasping", "groping" e sucção. Vários exames paraclínicos foram realizados; o EEG revelou atividade paroxística na área fronto-temporal esquerda, com projeção difusa; o pneumoencefalograma mostrou discreta dilatação do sistema ventricular; o exame do líquido cefalorraquidiano deu resultado normal, o mesmo ocorrendo com a eletroforese das proteínas do LCR e com o hemograma.

Foi feito o diagnóstico de psicose orgânica, porém não foi possível definir a etiologia, para orientar a terapêutica específica; ante esta dificuldade, foi instituído tratamento medicamentoso, com finalidade sintomática. Foram prescritos antiepiléticos e, devido ao resultado nulo, foram substituídos por medicação neurolética. Inicialmente, usou-se a levomepromazina, na dose de até 200 mg diários. Não tendo havido melhora, o medicamento foi substituído pelo tiotixene, introduzido no 35º dia da internação. Desde as doses iniciais houve indícios de melhora, que se tornou nítida com aumentos a partir de 20 mg diários (dose máxima de 40 mg). Ulteriormente foi associada

propericiazina (dose máxima de 200 mg diários) para auxiliar no controle da hiperatividade. O quadro clínico, que se mantivera inalterado após o agravamento inicial, começou a melhorar concomitantemente com a introdução do tiotixene e mais ainda, quando foi associada a propericiazina. Lenta e progressivamente foram desaparecendo os sinais neurológicos e diminuindo as alterações de conduta. No 2º mês desse tratamento, não mais apresentava os reflexos patológicos; mostrava-se sorridente, afável e cooperava nos cuidados de higiene.

Admitindo-se que a melhora fora espontânea, decidiu-se reduzir pela metade a dose dos neuroléticos. Três dias depois definiu-se nítida regressão: a paciente mostrava-se muito inquieta, tinha crises de agressividade, rasgava a roupa, permanecia a maior parte do tempo despida, evacuava e urinava no quarto e nas áreas coletivas da enfermaria, tinha crises de choro, arrastava-se pelo chão, recusava cuidados de higiene. No 10º dia, decidiu-se aumentar novamente o tiotixene, e a paciente melhorou rapidamente, voltando a ter o comportamento anterior à redução dos medicamentos. No 3º mês começou a cantar, de forma automática, pronunciando corretamente a letra das músicas; depois, começou a dizer algumas palavras dirigidas, espontaneamente e, após alguns dias, respondia perguntas simples, dando respostas lacônicas. No 4º mês, mostrava-se capaz de identificar letras do alfabeto, embora não conseguisse ler sílabas. No 5º mês de tratamento, persistia discreta hiperatividade, e permanecia certa tendência a subir em mesas e cadeiras, porém em geral, seu comportamento era adequado; reconhecia cores, soletrava palavras, fazia desenhos elementares.

Uma vez mais, devido ao longo tempo de tratamento, foi reduzida a dose de neuroléticos, para 20 mg de tiotixene e 100 mg de propericiazina, diárias. Em poucos dias tornou-se irritada, insone, pouco colaborante, e houve redução do pragmatismo; com 40 mg diários de tiotixene, voltou a evoluir favoravelmente.

O quadro psiquiátrico foi considerado em remissão total em abril de 1972, 6 meses após a introdução do tiotixene. Os neuroléticos em uso foram reduzidos e depois suspensos, sem influência sobre a conduta, com exceção de uma discreta irritabilidade, que voltou a se manifestar. Durante sua permanência na enfermaria, havia sido submetida a 12 exames eletrencefalográficos, tendo todos revelado a existência de ondas lentas — 5 a 6 hz — e agudas de amplitude elevada, na região fronto-temporal esquerda com projeção difusa; como a anormalidade persistia, embora menos acentuada, dois meses após a suspensão do tratamento anterior foi introduzida medicação antiepilética. O melhor resultado foi obtido com associação de prominal (100 mg) e difenil-hidantoína (100 mg ao dia). Desapareceu a irritabilidade, e o EEG foi melhorando, até restringir-se, a anormalidade paroxística, à região temporal esquerda. Em agosto de 1973 teve alta hospitalar, sendo mantido o tratamento antiepilético, em ambulatório.

Voltou a comportar-se, em casa, como era anteriormente à doença. Testes psicológicos (Rorschach, WISC e Terman-Merril) aplicados em fevereiro de 1974, revelaram Q.I. de 110 e ausência de traços patológicos nos testes projetivos. A dosagem dos antiepiléticos foi sendo reduzida progressivamente, na medida em que os traçados eletrencefalográficos melhoravam; a partir de julho de 1975, o EEG tornou-se normal. Como não tinha quaisquer manifestações clínicas, o tratamento antiepilético foi suspenso

em julho de 1976. Continuava assintomática e o EEG continuava normal em janeiro de 1977, razão pela qual teve alta definitiva. Na ocasião da última consulta, a paciente apresentava desenvolvimento físico normal para a idade, sendo menina bonita e de aspecto saudável. Segundo informações de sua mãe, era calma, afetuosa e comportava-se de forma adequada, em casa e socialmente. Voltara a frequentar a escola com ótimo aproveitamento, tendo sido promovida para o 4º ano, com a nota máxima, em dezembro do ano anterior.

COMENTARIOS

As características do quadro clínico e as alterações do exame neurológico, do EEG e do pneumoencefalograma permitiram concluir que se tratava de uma psicose orgânica. Entretanto, os dados obtidos foram insuficientes para estabelecer diagnóstico etiológico seguro. As alterações psíquicas, assim como a evolução, seriam compatíveis com a hipótese de psicose epilética; falam, entretanto, em contrário a ausência de dados que permitissem supor a existência prévia de disritmia cerebral e o fato de que o traçado eletroencefalográfico mostrou-se menos alterado após a remissão dos sintomas, ao contrário do que ocorre na psicose epilética, na qual há tendência à normalização do EEG durante o surto e reaparecimento das alterações após a remissão; além disto, os reflexos patológicos observados no exame neurológico não são descritos e é provável que nunca ocorram na psicose epilética. Encefalite bacteriana, ou por cisticercose, sífilis e toxoplasmose foi afastada pelos exames laboratoriais. Resta, assim, o diagnóstico, provável, de encefalite desmielinizante, por ação de agente não identificado.

Falta saber se a evolução para a cura foi espontânea ou influenciada pela medicação neurolética. Não sendo os neuroléticos indicados no tratamento de encefalopatias, a não ser como sintomáticos, a tendência seria de admitir que não influíram na evolução do presente caso.

Entretanto, há aspectos que vale a pena ponderar antes de chegar-se à conclusão definitiva: 1) neurolético de ação sedativa intensa foi usado em dose alta (levomepromazina, até 200 mg diários), sem alterar o quadro psíquico, que começou a melhorar após a substituição pelo tiotixene; 2) embora este último tenha atuado favoravelmente em doses pequenas, sua ação tornou-se muito mais nítida quando as doses alcançaram níveis de ação antipsicótica; 3) tendo sido admitida a hipótese de coincidência, a medicação em uso foi reduzida pela metade (mantendo-se em nível de ação sedativa) quando a paciente se encontrava em remissão parcial, e houve rápida regressão, que não se relacionou apenas a sintomas controláveis por sedação, e sim ao conjunto de manifestações psicóticas; e este tipo de resposta, que ocorreu duas vezes, costuma ser observado em outros tipos de psicose, quando o neurolético é reduzido durante remissão parcial; 4) nas psicoses por encefalopatia internadas no SEPIA, quando não há tendência a remissão espontânea é feito tratamento corticóide, que tem dado bons resultados, principalmente no 1º surto; entretanto, em casos em que a remissão não ocorre, tem sido obtida através de

tratamento com neuroléticos; 5) até o presente momento, a ação dos neuroléticos sobre o sistema nervoso central é apenas parcialmente conhecida.

Em face dos argumentos acima, parece improvável a hipótese de remissão espontânea, e provável a de efeito terapêutico antipsicótico do tiotixene e da propericiazina sobre o quadro clínico analisado.

Três motivos levaram à publicação deste caso: a possibilidade de que a experiência seja proveitosa e possa ser repetida por colegas que venham a tratar casos semelhantes; a demonstração de que não se justifica o pessimismo de alguns psiquiatras, que não acreditam na possibilidade de "restitutio ad integrum" de psicose prolongada que se manifeste na infância, qualquer que seja sua etiologia; finalmente, a certeza de que o intercâmbio de experiência de todos os que se dedicam ao tratamento de psicoses infantis, feito através de publicação, mesmo de casos incomuns como o descrito, permitirá que um dia as dúvidas aqui levantadas tenham resposta fácil, para tranquilidade dos médicos e benefício dos doentes.

RESUMO

É relatado um caso de psicose, de início subagudo, em criança de 7 anos. Ao final de 2 meses de evolução, havia regressão acentuada, alterações do contato, da motricidade, da fala, da esfera instintiva, do pragmatismo. A presença de reflexos patológicos, alterações do EEG e do pneumoencefalograma permitiram o diagnóstico de psicose orgânica. Medicação neurolética foi utilizada em doses altas, coincidindo com remissão lenta e progressiva dos sintomas, a partir do 3º mês de doença, completando-se no 9º mês, de forma total. Discutem-se as hipóteses de diagnóstico etiológico (considerando-se provável a de encefalite desmielinizante) e a possibilidade de ter sido a remissão espontânea ou devida à ação dos neuroléticos utilizados.

SUMMARY

Organic psychosis in children: report of a case.

A psychosis in a 5 years old girl is reported. By the 2nd month of her illness there was clear mental regression, with disorders of contact, motricity, speech, instinctive behavior and pragmatism. Neurologic and electroencephalographic abnormalities, together with the psychiatric symptoms, lead to the diagnostic of organic psychosis. High doses of neuroleptics were used and there was progressive remission of the symptoms, beginning at the 3rd month of disease. The etiologic diagnosis (being more probable a demyelinating encephalitis) and the therapeutic effect of the neuroleptics are discussed.

REFERENCIAS

1. AJURIAGUERRA, J. — Manual de Psiquiatria Infantil. Toray-Masson Ed., Barcelona, 1977.
2. MAZET, P. & HOUZEL, D. — Psychiatrie de l'Enfant. Maloine S.A. Ed. Paris, 1975.
3. CAPLAN Ed. — American Book of Psychiatry. Child and Adolescent Psychiatry, Sociocultural and Community Psychiatry. 2d. ed. Basic Years Book Inc., New York, 1974.
4. KENNEDY, C. & WANGLE, P. — Encephalitis. A variable syndrom in response to viral infection. *Pediat. Clin. N. Amer.* 14:809, 1967.
5. ISAIIEV, D. N. — Trastornos neuropsiquicos de causa infecciosa en los niños. *Rev. Hop. Psiq. Habana* 7:144, 1966.
6. BLATTNER, R. S. & HEYS, F. M. — Viral encephalitis. *Adv. Pediat.* 12:11, 1962.

SEPIA, Instituto de Psiquiatria da FMUSP — Caixa Postal 8091 — 01000 São Paulo, SP — Brasil.