

Errata

No artigo *Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos?*, Vol. 26(Supl 3):17-21, de Flávio Kapczinski et al, considerar a seguinte versão em inglês do título: *Physiopathology of bipolar disorders: what **has** changed in the last 10 years?*

No artigo *O Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro*, Vol. 26(4):242-7, de Alessandra Bento Veggi et al, não foram incluídas, no item Referências, as citações de número 28 a 41, que seguem abaixo.

28. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screenings questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985;15(3):651-9.
29. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J.* 1970;1(707):439-43.
30. Stata Statistical Software, Release 6.0, College Station, TX: Stata Corporation; 1999.
31. Adami GF, Gandolfo P, Campostano A, Meneghelli A, Ravera G, Scorpinaro N. Body image and body weight in obese patients. *Int J Eat Disord.* 1997;24(3):299-306.
32. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22(6):578-83.
33. Klesges RC, Klem ML, Klesges LM. The relationship between changes in body weight and changes in psychosocial functioning. *Appetite.* 1992;19(2):145-53.
34. Mc Carthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behav Res Ther.* 1990;28(3):205-15.
35. Blowers LC, Loxton NJ, Grady-Flessner, M, Occhipinti S, Dawe S. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eat Behav.* 2003;4(3):229-44.
36. Drewnowski A, Yee DK. Men and body image: are males satisfied with their body weight? *Psychosom Med.* 1987;49(6):626-34.
37. Assunção SSM. Dismorfia muscular. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):80-4.
38. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica.* 2003;19(6):1713-20.
39. Jenkins R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med.Monogr.* 1985; Suppl 7:1-53.
40. Bebbington PE. Sex and depression. *Psychol Med.* 1998;28(1):1-8.
41. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan, G. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(4):514-21.

Na carta de Quirino Cordeiro e Homero Vallada (*Rev Bras Psiquiatr.* 26(4):277), intitulada *Ausência de associação entre um polimorfismo do gene transportador de norepinefrina e esquizofrenia em uma amostra brasileira*, não foi publicada a tabela, que segue abaixo:

Tabela 1 – Distribuição de alelos e genótipos

	EZ	Controles	X ²	valor p
Alelos			0,22	0,63
A	318 (75,35)	419 (74,02)		
G	104 (24,64)	147 (25,97)		
Total	422 (100)	566 (100)		
Genótipos			0,40	0,81
AA	122 (57,82)	156 (55,12)		
AG	74 (35,07)	107 (37,81)		
GG	15 (7,10)	20 (7,06)		
Total	211 (100)	283 (100)		

Errata

No editorial de Gavin Giovannoni (*Rer Bras Psiquiatr.* 26(4):222-3), intitulado *PANDAS: visão geral da hipótese*, o número de citações indicadas no texto foi maior do que o número apresentado no item Referências. Considerar apenas as 5 referências indicadas ao final do artigo, citadas no texto da seguinte forma:

“(…) Coréia de Sydenham (CS) é o protótipo desse grupo de transtornos, tendo o primeiro relato de anticorpos antigânglios da base (AAGB) sido feito na metade dos anos 70.¹ Apesar dos problemas metodológicos atuais relacionados à detecção de AAGB, estudos recentes têm confirmado esse resultado inicial e estenderam o espectro dos transtornos associados à presença de AAGB. AAGB foram originalmente encontrados utilizando-se microscopia imunofluorescente. Atualmente, tanto a microscopia imunofluorescente como a *Western immunoblotting* estão sendo utilizadas para detectar AAGB.¹ Além de SC, indivíduos com PANDAS, ST, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos de tiques de início no adulto, distonia e parkinsonismo pós-encefálico têm sido descritos em associação a AAGB.²

Os problemas metodológicos relacionados às diferentes técnicas de *Western immunoblotting* que são usadas atualmente por diferentes laboratórios podem explicar as diferenças na prevalência relatada de AAGB nesses transtornos. Essas diferenças incluem: 1) problemas com a ligação não-específica ou de baixa afinidade, um problema comum ao utilizar-se luminescência química avançada para detectar anticorpos; 2) padronização da fonte de antígeno dos gânglios basais e de como ela é preparada; e 3) otimização de métodos e condições eletroforéticos.³⁻⁴ Essas questões metodológicas serão provavelmente resolvidas se os resultados da identificação recente dos auto-antígenos candidatos⁵ puderem ser reproduzidos. (...)”

No artigo *Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico*, Vol. 26(4):273-6, de Maria Antonia Serra-Pinheiro et al, algumas citações indicadas no texto não o foram feitas de forma correta. Considerar a seguinte versão:

“(…) 3. Genéticos

Nadder et al sugeriram, com base em um estudo com gêmeos, que havia um risco genético para a ocorrência de TDO/TC com TDAH e também para a persistência da sintomatologia de TDO/TC. Eles não separaram TDO de TC.⁹ Comings et al demonstraram que, em pacientes com síndrome de Tourette, a carga genética de marcadores de três genes diferentes está associada a TDO.¹⁰ Anteriormente, haviam estudado 20 genes candidatos para TDAH e encontraram que TDO compartilhava genes com TDAH, mas foram utilizados diferentes genótipos dos mesmos genes.¹¹

O gene do receptor para andrógeno,¹² DAT,¹³ DRD2¹⁴ e D-beta-H¹⁴ foram todos associados a TDO ou a sintomas desafiadores de oposição. Alguns desses estudos foram realizados em subgrupos tais como de indivíduos com síndrome de Tourette. Um achado recente associa os sintomas desafiadores de oposição com o gene DAT em pacientes cuja mãe tenha fumado durante a gravidez, demonstrando uma interação genético-ambiental. O grau geral de correlação genética com TDO é possivelmente dependente da presença ou não de comorbidades e interações ambientais.

4. Cognitivos

Coy et al encontraram que as crianças com TDO tiveram o dobro de probabilidade de gerar soluções agressivas aos problemas comparadas a controles.¹⁵ VanGoozen et al, ao testarem o funcionamento executivo em crianças com TDO com e sem TDAH e controles normais (CN) encontraram que o grupo TDO/TDAH era pior que CN na mudança do set, e ambos os grupos com TDO tiveram uma performance inferior numa tarefa de perseverança de resposta.¹⁶ Uma tarefa de inibição motivacional classificou corretamente 77% das crianças como TDO ou CN. Eles concluíram que as crianças com TDO e TDO/TDAH têm problemas para regular seu comportamento em condições inibidoras de motivação. Ao serem estimuladas pela possibilidade de uma recompensa elas se tornam menos sensíveis à possibilidade de punição.

Aspectos familiares, funcionamento escolar

Em um estudo comparando pacientes com TDAH com e sem TDO, Kadesjo et al encontraram que ter pais divorciados e mãe com baixo nível socioeconômico era mais comum no grupo comórbido.¹⁷ Frick et al demonstraram que as crianças com TDO distinguiram-se dos controles clínicos por seus pais terem uma maior prevalência de transtorno de personalidade anti-social e de transtorno por abuso de substâncias.¹⁸

Em um estudo comparando mães de crianças em risco de TDO com mães de crianças com sintomas elevados de TDO, Cunningham et al relataram que as mães de crianças com risco de TDO informaram mais disfunção familiar, sentiam-se menos competentes como mães, sugeriram menos soluções para os problemas comportamentais da criança, demonstraram um enfoque menos assertivo no manejo do mau comportamento da criança e relataram mais transtornos internalizantes do que o fizeram as mães de crianças sem sintomas elevados de TDO.¹⁹ Fletcher et al,²⁰ ao compararem a interação entre mães e adolescentes com TDAH ou TDAH mais TDO e os controles, encontraram que as mães do grupo com comorbidade responderam de uma forma mais similarmente negativa aos seus adolescentes.

Finalmente, Harada et al²¹ encontraram que crianças com TDO tinham maiores dificuldades com suas mães do que crianças com TDAH ou até do que crianças com ambos diagnósticos.

Greene et al²² encontraram que crianças com TDO apresentam significativamente mais disfunção familiar até do que controles psiquiátricos. Há uma clara relação entre TDO e sofrimento e mau funcionamento familiares. Infelizmente, devido à natureza transversal da maioria desses estudos, é difícil definir a direção da associação entre desagregação familiar e TDO.

Gadow et al²³ compararam pacientes com TDO a pacientes com TDAH, a um grupo com essa comorbidade e a controles. Encontraram que pré-escolares com TDO e TDAH tinham os mais altos escores de dificuldades com colegas e déficits de desenvolvimento. Carlson et al²⁴ demonstraram que crianças com TDO e TDAH tiveram um desempenho pior em termos de funcionamento social do que crianças somente com TDAH ou com TDO e do que controles sem esses transtornos. Crianças com TDO demonstraram menor dificuldade com aprendizado do que crianças com TDAH. Harada et al²¹ encontraram que crianças que apresentavam somente TDO tiveram maior recusa à escola do que as que tinham TDAH e mesmo do que o grupo comórbido. Greene et al²² também encontraram que TDO estava relacionado com disfunção social em comparação aos controles psiquiátricos.

Comorbidades atuais

A prevalência estimada de TDO em amostras clínicas de TDAH é de cerca de 50%,² muito mais alta do que na população geral. Kadesjo et al,¹⁷ comparando crianças com TDAH com e sem TDO, encontraram que o subtipo combinado de TDAH e maior gravidade de sintomas de TDAH foram mais comuns no grupo comórbido. Burns et al²⁵ demonstraram que os sintomas de hiperatividade/impulsividade foram significativos fatores preditivos de desenvolvimento posterior de TDO. O TDAH parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de TDO.

Transtornos internalizantes são também muito comuns em crianças com todo.²⁴

Tratamento

O Treinamento de Manejo Parental, uma modalidade de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que objetivava modificar o comportamento da criança por meio da alteração na forma dos pais lidarem com a criança, provou-se eficaz para TDO. Os estudos definem a quantidade de responsivos em torno de 40-50%,²⁶ mesmo em populações tão diferentes do ponto de vista cultural, como americanos e chineses.²⁷ As terapias cognitivas entraram recentemente mais em evidência,²⁶ alcançando índices de resposta de até 74%. Provavelmente, a escolha apropriada da terapia depende das características psicológicas do paciente.²⁶ Kazdin et al²⁸ demonstraram que a TCC pode, inclusive, melhorar o funcionamento familiar e a satisfação matrimonial.

Há muitos relatos do efeito da medicação em caso de oposição e agressão, mas especialmente em pacientes que de fato têm TC ou TDAH comórbido. Além da questão da comorbidade, a maioria dos estudos está focada na agressão ou nos sintomas de TDO não necessariamente em pacientes com um diagnóstico de TDO.

Kolko et al²⁹ demonstraram em crianças com TDAH e TDO ou TC graves que o metilfenidato diminuía os sintomas opostos do paciente. Serra-Pinheiro et al³⁰ encontraram que o metilfenidato era capaz de diminuir em 63% o preenchimento de critérios de TDO em pacientes com TDO comórbido com TDAH. Encontrou-se também que a clonidina³¹ foi significativamente eficaz na melhoria dos sintomas de TDO em pacientes agressivos com TDAH. Não há evidência de que os psicoestimulantes ou a clonidina sejam eficazes para TDO não comórbido com TDAH.

Os antipsicóticos e os estabilizadores de humor têm sido estudados em vários transtornos disruptivos graves, agrupando indistintamente TC e TDO. Campbell et al³² demonstraram a eficácia de haloperidol e lítio em casos de agressão, não aderência ao tratamento e explosões de cólera em pacientes agressivos. O ácido valpróico foi testado em pacientes com TDO ou TC com ímpetos explosivos e labilidade de humor.³³ Oitenta por cento dos pacientes responderam em comparação a nenhum com placebo. A risperidona³⁴ foi investigada em relação a transtornos disruptivos, especialmente em pacientes com baixo QI, e foi considerada como significativamente eficaz para a melhoria da “calma ou adesão”. Uma série de casos relatou melhora em 82% dos pacientes com TDAH e TDO tratados com buspirona³⁵ para seus sintomas de TDO. No entanto, ao que sabemos, a eficácia dessas drogas em um diagnóstico de TDO não foi sistematicamente testada.

Prognóstico

TDO é um fator de risco para o desenvolvimento de TC, especialmente em meninos, e sua ocorrência varia de 2,7% a 40%, como demonstrado em estudos longitudinais.³⁶⁻³⁷ O TDO não foi um fator de risco para o desenvolvimento de TC em meninas em um grande estudo epidemiológico,³⁸ mas os achados poderiam não ser generalizáveis para uma amostra clínica. Fatores associados à evolução de TDO para TC são adversidades familiares e ambientais, tais como ter uma mãe adolescente, mudanças freqüentes e possuir um padrasto ou uma madrasta.³⁸

O TDO é estável em uma quantidade significativa de pacientes. August et al³⁶ demonstraram que, após 4 anos, 57% de sua amostra de crianças com TDO comórbido com TDAH mantiveram seu diagnóstico.³⁹⁻⁴⁰

TDO é também longitudinalmente associado a transtornos internalizantes e TDAH, mesmo em pré-escolares.³⁸⁻³⁹ Ford et al⁴¹ demonstraram que TDO, mas não TDAH, está associado a um maior risco de trauma vitimizador. (...)”