



Marcela de Moura Rezende¹, Williana Garcia Braga², Luiza Machado Ribeiro da Glória³, Luiza Araújo Alves Borges⁴, Maria Clara Paiva de Lima⁵, Bárbara Perdigão Stumpf⁶.

¹Médica Residente de Psiquiatria do Hospital Governador Israel Pinheiro (Ipsemg); ²Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Orientadora, Pesquisadora do Hospital Governador Israel Pinheiro (Ipsemg);

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de pensamentos obsessivos e/ou compulsões. Já o transtorno bipolar (TB) é um transtorno de humor caracterizado pela ocorrência episódios de hipomania/mania, bem como de episódios depressivos. A comorbidade TB-TOC é frequente porém subdiagnosticada. Quadros de TB-TOC são de manejo complexo uma vez que os sintomas obsessivo-compulsivos (SOCs) tendem a apresentar flutuações de acordo com o episódio de humor apresentado pelo paciente. Adicionalmente, os antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), que constituem o tratamento farmacológico de primeira linha para o TOC, podem induzir hipomania/mania nos pacientes bipolares, assim como alguns antipsicóticos utilizados como estabilizadores do humor nos pacientes bipolares podem exacerbar os SOC. Assim, objetivamos relatar um caso clínico de paciente com TB tipo I comórbido a TOC e discutir as implicações no diagnóstico e manejo.

MÉTODOS



RELATO DO CASO

RLA, homem, 66 anos, divorciado, 3 filhos, engenheiro, procedente do interior de Minas Gerais. Foi admitido na enfermaria de psiquiatria do IPSEMG trazido pelo filho. No momento da admissão, comunicava-se apenas por gestos e discursava sobre sua crença de ser Jesus, apresentando delírio de grandeza de cunho religioso. Estava em uso de quetiapina XR 50mg BID, risperidona 2mg MID, alprazolam 2mg MID e escitalopram 10mg MID. Histórico de uso prévio de clomipramina 150mg MID e fluvoxamina 100mg MID. Tabagista e cardiopata, em uso de bisoprolol 1,25mg MID. Histórico de alguns episódios depressivos e três episódios maníformes, bem como obsessões de contaminação e dúvida, associadas a rituais de verificação, limpeza e de fazer listas, sendo diagnosticado há 25 anos com TB tipo I e TOC. Negar interações psiquiátricas prévias. Durante a consulta no serviço de urgência, evoluiu com agitação psicômotor, sendo necessária contenção química e internação. Na enfermaria, foi prescrito risperidona 4mg/dia, ácido valpróico 750mg/dia e clonazepam 2mg/dia. O paciente evoluiu com melhora dos sintomas maníformes, contudo, manteve as obsessões de dúvida e comportamento compulsivo de fazer numerosas listas. A propedêutica laboratorial juntamente com a realização de exame de imagem (tomografia de crânio) e aplicação de testes de rastreio cognitivo (MoCa, Bateria Breve e Bateria de Avaliação Frontal) excluíram causas orgânicas. Após a alta hospitalar, foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial de TOC.

DISCUSSÃO

O manejo de casos de TB-TOC é desafiador e pouco estudado. A prevalência da comorbidade TB-TOC ao longo da vida é estimada em 10,9%, um valor quatro vezes maior do que o estimado na população em geral. No que se refere à epidemiologia, o diagnóstico comórbido de TB e TOC é menos frequente em idades mais avançadas. São relatadas taxas de prevalência de TOC mais altas em crianças e adolescentes com TB [24,2%] em comparação com em adultos [13,5%]. Além disso, sintomas obsessivo-compulsivos na infância e adolescência aumentam o risco de diagnóstico posterior de TB. Ademais, o subgrupo de TB-TOC é mais frequente em pacientes com TB tipo I [24,1%], quando comparado com TB tipo II [13,2%]. No TB-TOC, os SOC precedem os episódios de humor, geralmente com piora durante os episódios de depressão (78%) e melhora durante as fases de hipomania/mania [64%]. Majoritariamente, os indivíduos com TB-TOC experimentam mais obsessões de conteúdo sexual do que de contaminação, em comparação com indivíduos com TOC sem TB comórbido, o que pode estar relacionado a desinibição sexual associada aos episódios de hipomania/mania.

Além disso, os estudos demonstram que esses pacientes apresentam características clínicas indicativas de maior gravidade, em comparação aos pacientes com somente um desses diagnósticos isolados. Por exemplo, início precoce dos sintomas, maiores taxas de tentativas de suicídio (principalmente por métodos mais violentos), comorbidade com transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos associados ao uso de substâncias e transtornos alimentares. Alguns estudos sugerem, inclusive, que o comportamento impulsivo é um elemento importante entre TB e TOC, o que pode ser salientado por estudos de neuroimagem, os quais demonstram o aumento da ativação de regiões específicas do cérebro, como a amígdala, em indivíduos com esse diagnóstico.

Em relação ao prognóstico dos indivíduos TB-TOC, sabe-se que é pior se comparado ao de portadores de TB, pelo maior prejuízo funcional, pior resposta ao tratamento e maior prevalência de ideação suicida.

Curiosamente, o paciente do caso relatado apresentou SOC durante um episódio maníaco, ao contrário do que geralmente acontece, de acordo com a literatura. Além disso, suas obsessões eram principalmente de contaminação e dúvida, e não de cunho sexual.

O tratamento do TB-TOC tem como objetivo principal a estabilização do humor, sendo o lítio o estabilizador do humor (EH) de escolha por sua ação anti-suicida. Os antipsicóticos atípicos também podem ser usados em monoterapia ou associados a outros EHS. É importante ressaltar, contudo, que alguns antipsicóticos de segunda geração como risperidona, olanzapina e clozapina podem piorar os SOC. E, apesar dos antidepressivos inibidores de recaptação de serotonina (ISRS) serem o tratamento de primeira linha no TOC, recomenda-se cautela no uso de pacientes comórbidos de TB e TOC pelo risco de indução de hipomania/mania. Ademais, a colaboração multidisciplinar é importante para o sucesso do tratamento, sendo a terapia cognitivo-comportamental um tratamento eficaz na redução dos sintomas, com consequente melhora do prognóstico, funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos com TB-TOC.

Nesse contexto, o plano terapêutico do paciente no caso descrito envolveu atuar primeiro nos sintomas que geravam maior prejuízo: a mania com sintomas psicóticos, a partir do uso de EH, antipsicóticos e benzodiazepínicos, para posteriormente ocorrer o tratamento ambulatorial do TOC.

CONCLUSÃO

Apesar de comum, a comorbidade TB-TOC é pouco estudada na literatura. O manejo do TB-TOC representa um desafio clínico que precisa ser melhor investigado. Além disso, pode-se especular que o TOC pode ser um epifenômeno do TB comórbido, uma vez que a comorbidade apresenta características fenotípicas e psicopatológicas que a diferenciam tanto do TB quanto do TOC isoladamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Americo, A., Dórea, A., Lajús, C. C. & Ghamsi, S. N. (2014). Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 343-354.

Americo, A., Szubik, B., Dórea, A., Tonna, M., Marchetti, C. & Ghamsi, S. N. (2015). The prevalence and predictors of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 186, 89-109.

Americo, A., Dórea, A., Lajús, C. C. & Ghamsi, S. N. (2014). Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 343-354.

Cardelli, A. V. (2008). A relação clínico-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 165-172.

de Figueiredo, A. L., de Souza, L., Belli, J. C., & de Lima Angenim, L. I. (2009). O uso de psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 15-24.

de Lencastre, G., Freixido, E., Aragão, V., Mendonça, A., Albert, U., Maia, G., & Rizzo, G. (2020). Impact of comorbid obsessive-compulsive disorder on suicidality in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 286, 113388.

Domingues-Castro, M. S., Torresan, R. C., Shavitt, R. G., Fontenele, L. F., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., & Torres, A. R. (2019). Bipolar disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*, 254, 124-130.

Shakharan, M., Lofficier, L., Kakkhan, N. M., & Ghazi, C. (2010). The Severity of Obsessive-Compulsive Disorder in Different Episodes of Bipolar Disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2(2).

de Fricco, M., Tsouk, C., Ojha, V., Possidente, C., Sciamila, R., Lagabruno, C. T., & Fico, G. (2024). Clinical features in co-occurring obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 80, 14-24.

Ferretini, P., Frei, A., Veroniki, A. A., Pitsalidis, G., Theofilidis, A. T., Antoniou, A., & Fountoulakis, K. N. (2020). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar spectrum disorders: systematic review and meta-analysis of its prevalence. *Journal of affective disorders*, 264, 199-206.

Marini, F., Tori, C., Favaretto, F., Venanzetti, G., Mazzanti, D., & Perugi, G. (2018). Obsessive-compulsive disorder with comorbid bipolar disorder: clinical features and treatment implications. *Current Medical Research and Practice*, 7(241), 5732-5739.

Netto, V. D. M., Flores, C. A., & Palloni, S. (2020). Pharmacological treatment for comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(5), 283-292.