



CASO CLÍNICO

DEPRESSÃO: SEGUIMENTO E TRATAMENTO

1. Identificação:

LHF, 62 anos de idade, sexo feminino, moradora do interior de Minas Gerais, aposentada, apresenta história de depressão há 25 anos com sintomas obsessivos-compulsivos, já tendo sido submetida a múltiplos tratamentos medicamentosos.

Tem história de 4 internações psiquiátricas, já se submeteu a tratamentos com eletroconvulsoterapia (ECT), tioridazina, bromazepam, imipramina, diazepam, clorpromazina e levomepromazina.

2. História patológica pregressa:

Foi tentada a sertralina 250 mg/dia em associação ao donazepam 1,5 mg/dia também sem sucesso. Ao ser tratada com dose plena de amitriptilina por 30 dias, apresentou taquicardia sinusal e alteração da repolarização ventricular, sendo suspenso o tratamento. Reiniciou tratamento com nova estratégia terapêutica, desta vez com carbonato de lítio na dose de 900 mg/dia (litemia de 0,6 mEq/L). Apresentou melhora relativa num intervalo de 30 dias com piorar a seguir. Instituído levomepromazina, cursou com efeito hipotensor postural importante. Foi associado ao tratamento a clomipramina 200 mg/dia com o objetivo de estabilizar o quadro depressivo que apresentava remissão seguida de recidiva, sem resultado, e evoluindo com piora importante do quadro depressivo. Após a suspensão do antidepressivo tricíclico, foram introduzidas a tioridazina. Depois de todas essas tentativas de tratamento, com resultados limitados, a paciente foi encaminhada ao consultório com o seguinte esquema terapêutico: tranilcipromina 30 mg/dia, carbonato de lítio 900 mg/dia, tioridazina 100 mg/dia e diazepam 20 mg/dia.

3. Exames complementares:

A paciente havia feito tomografia computadorizada de cabeça, que evidenciou sinais discretos de atrofia frontal, além de avaliação neuropsicológica e provas laboratoriais, ambas com resultados normais.



4. Queixa principal:

Queixava-se de que os pensamentos a atrapalhavam muito, eram idéias de culpa. Durante a consulta, chegou a pensar em empurrar o médico pela janela. Tinha medo de que as coisas nas quais pensava se tornassem realidade e de fato acontecessem. As idéias obsessivas só saíam de sua cabeça quando conversava com o filho ou quando orava. Apresentava períodos em que ficava mais nervosa. Tinha 'mania de limpeza' e medo de contaminar os outros, idéias que também oscilavam conforme seu "estado de nervos", apresentava humor depressivo, insônia, desesperança, desamparo, crises de choro imotivado, pensamentos pessimistas e prejuízo importante na capacidade de trabalho e cuidados pessoais. Humor instável, sentindo-se melhor pela manhã e piorando sensivelmente à tarde.

5. História familiar-familiar:

Sintomas iniciam com a morte da avó materna, passando a sentir culpa e tristeza. Seu pai apresentava períodos de depressão. A paciente foi casada por mais de 20 anos, e separou-se há 3 anos quando o marido confessou-lhe gostar de outra pessoa. Segundo ela, seu casamento fora bom, recebia cuidados do marido. Teve quatro filhos: um faleceu com 17 anos de idade em acidente automobilístico. Trabalhou como advogada durante 4 anos, aposentando-se devido às depressões que a incapacitavam. Antecedentes familiares: um irmão etilista, uma tia materna com depressão grave e que cometeu suicídio com ingestão letal de psicofármacos aos 32 anos de idade.

6. Hipótese diagnóstica:

Hipóteses diagnósticas: transtorno depressivo recorrente, transtorno obsessivo-compulsivo moderado, abuso de benzodiazepínicos.

7. História da doença atual:

Quadro de longa evolução, com episódios depressivos recorrentes, remissão parcial dos sintomas e recaída constantes. Cursava com transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de obsessões. As obsessões apresentavam pouca melhora com os tratamentos efetuados.

8. Estratégia terapêutica - evolução clínica:

O planejamento terapêutico incluía a terapia da depressão com medicamentos antidepressivos e o tratamento das comorbidades. Abordagem dos aspectos psicológicos e familiares orientação para o reconhecimento dos sinais precoces de recaída e necessidade da mudança no estilo de vida.



A psicoterapia foi indicada para identificar situações de estresse e para que pudesse adquirir habilidades de enfrentamento e resolução de conflitos; bem como para lidar com os pensamentos e as perturbações obsessivas.

Optou-se por iniciar o tratamento com venlafaxina até 300 mg/dia, com melhora significativa do quadro por 60 dias, após o que iniciou quadro de ansiedade. Introduziu-se clonazepam na dose de 2 mg/dia, que durou por um período de 60 dias. Teve melhora importante do quadro depressivo e da ansiedade, mostrando poucos sintomas obsessivos e permanecendo eutímica por 11 meses. Nesse período, a paciente evoluiu com hipercolesterolemia e elevação das enzimas hepáticas, passando a apresentar efeitos colaterais como tremores, boca seca e aumento de peso foi quando se optou pela associação com carbamazepina 800 mg/dia, com nível sérico de 6,12 ng/mL na tentativa de contornar o quadro ansioso motivado pela dependência de benzodiazepínicos. Devido às complicações clínico-laboratoriais, decidiu-se interromper a carbamazepina, passando-se a utilizar gabapentina 300mg/dia, sempre associadas à venlafaxina, não chegando a atingir remissão completa do quadro. No entanto, não mais se evidenciou quadro incapacitante. Com o surgimento de mais uma manifestação ansiosa, foi associado a este esquema terapêutico o clonazepam 2mg/dia deste período em diante a paciente mantém-se estável, leva uma vida quase normal, mora sozinha, ajuda os filhos nos cuidados dos netos, vai à psicoterapia.

9. Discussão:

Trata-se de um quadro afetivo de início na infância, complicado pela coexistência do transtorno obsessivo-compulsivo. Evidencia-se carga familiar genética. A história de vida da paciente contribuiu para a piora de sua condição clínica. As estratégias terapêuticas empregadas para o transtorno do humor e a comorbidade ansiosa, o transtorno obsessivo-compulsivo, a dependência de benzodiazepínico e os conflitos psicológicos, bem como a orientação familiar contribuíram muito para a melhora global da paciente. As estratégias medicamentosas procuraram contemplar os critérios de eficácia, tolerabilidade, doses, tempo de uso e monitoramento da resposta. Os efeitos adversos foram pesquisados e considerados à medida que surgiam, com substituição dos fármacos quando necessário. As comorbidades foram prontamente tratadas, evitando-se o agravamento à saúde da paciente. O uso da venlafaxina em associação com gabapentina e clonazepam trouxe grandes benefícios, controlando as recaídas e as recorrências depressivas, facilitando a estabilização do humor e melhora da qualidade de vida. Houve boa tolerabilidade aos fármacos em utilização por tempo prolongado.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br