



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência

Trabalho de Conclusão de Residência Médica

LUCAS DELLAZARI

**Transtornos Bipolar, Obsessivo-Compulsivo e de
Personalidade Borderline em comorbidade na infância e
adolescência: Relato de Caso**

Porto Alegre, fevereiro de 2023

CIP - Catalogação na Publicação

Dellazari, Lucas
Transtornos Bipolar, Obsessivo-Compulsivo e de
Personalidade Borderline em comorbidade na infância e
adolescência: Relato de Caso / Lucas Dellazari. --
2023.
30 f.
Orientador: Victor Mardini.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência,
Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Introdução. 2. Métodos. 3. Apresentação do Caso.
4. Discussão. 5. Conclusão. I. Mardini, Victor,
orient. II. Título.

LUCAS DELLAZARI

**Transtornos Bipolar, Obsessivo-Compulsivo e de
Personalidade Borderline em comorbidade na infância e
adolescência: Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão de Residência
Médica apresentado ao Serviço de
Psiquiatria da Infância e Adolescência do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Psiquiatria da Infância e
Adolescência.

Orientador: Dr. Victor Mardini, MD

Porto Alegre, fevereiro de 2023

RESUMO

Introdução: o Transtorno Bipolar na Infância e Adolescência tem sua prevalência ainda incerta, estimando-se uma taxa total de 1.1% na população. O diagnóstico é complexo uma vez que se considere a apresentação atípica (início geralmente depressivo) e o difícil diagnóstico diferencial com transtornos de personalidade borderline. Os sintomas ansiosos, e por consequência obsessivo-compulsivos, podem abrir o quadro antes mesmo dos sintomas de humor. O Transtorno Obsessivo-Compulsivo tem prevalência de 0.2 a 4% na população pediátrica, com piores desfechos em pacientes com quadros severos e que necessitam internação.

Objetivo: relato de caso de uma paciente internada na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência Maria Lucrecia Zavaschi Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Métodos: paciente esteve internada por cerca de 4 meses em unidade fechada no HCPA, com acompanhamento de familiares 24 horas e equipe multidisciplinar. Discussão do caso com busca na literatura.

Apresentação do Caso: paciente do sexo feminino, 12 anos, internada por 118 dias na unidade. Início do quadro com sintomas obsessivo-compulsivos, auto e hetero-agressividade e ideação suicida, com apresentação em ciclagem rápida e ultrarrápida. Resistência a antidepressivos e antipsicóticos, com resposta ao introduzir-se Lítio (estabilizador de humor). História familiar positiva para Transtorno Bipolar.

Discussão: A comorbidade entre Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Bipolar é muito comum tanto na fase adulta quanto na infância e adolescência. Os sintomas obsessivo-compulsivos podem surgir antes mesmo do primeiro episódio de humor – o qual costuma ser depressivo – e contribuir para a dificuldade diagnóstica. Outro obstáculo foi, também, os sintomas de irritabilidade e labilidade afetiva, fazendo diferenciação com Transtorno de Personalidade Borderline.

Conclusão: A comorbidade entre Transtorno Bipolar e Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância e adolescência é grave e de repercussão extremamente importante na funcionalidade. Há necessidade de maiores estudos tanto em áreas epidemiológicas e psicopatológicas quanto em intervenções psicofarmacológicas e psicossociais.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	06
2. Objetivo.....	10
3. Métodos.....	11
4. Apresentação do Caso.....	13
5. Discussão.....	21
6. Conclusão.....	26
7. Referências Bibliográficas.....	27

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes tem sua prevalência ainda incerta, estimada em torno de 1.1% (sendo maior em amostras clínicas). Até algumas décadas atrás, tinha, inclusive, sua existência questionada, sendo uma das razões a dificuldade em realizar o diagnóstico precoce.^{1, 2, 3}

Diferente dos adultos, a manifestação atípica é quase que regra no Transtorno Bipolar de início na infância e adolescência (TBIA),² desafiando seu reconhecimento pelos psiquiatras. Entretanto, de forma semelhante, tem grande morbidade, uma vez que provoca prejuízos na socialização, dificuldades no aprendizado, abandono escolar, uso de substâncias psicoativas e arranjos familiares disfuncionais.^{1, 4}

Apesar de alguns dados apontarem para recuperação total após primeiro episódio de humor na infância e adolescência, cerca de 80% dos pacientes com TBIA vão apresentar recorrência. Além disso, aproximadamente 30% dos pacientes previamente diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM) terão um episódio maníaco e, por fim, diagnóstico de Transtorno Bipolar (TB) nos próximos cinco anos.⁵

Autores como Cichón (2019) e Spoorthy (2020) trazem que o primeiro episódio de humor nas crianças e adolescentes com Transtorno Bipolar é, em 56% dos casos, o depressivo, e que a maioria dos pacientes com TBIA é tratado, inicialmente, como tendo outras condições psiquiátricas.^{6, 7}

O Lítio foi a primeira substância aprovada pelo Federal Drug Administration (FDA) para uso em episódio de mania no TBIA, muitos dos dados sendo aproveitados

de estudos com maiores de 18 anos. Antigamente vistos “pequenos adultos”, hoje há uma evidência psicofarmacológica um pouco mais abrangente para as crianças e adolescentes com transtorno bipolar. Em ensaio clínico realizado em 2019, o Lítio se mostrou eficaz para manutenção de transtorno bipolar em crianças e adolescentes.^{2,8}

A dificuldade do diagnóstico diferencial entre Transtorno Bipolar e Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) passa pela Ciclagem Rápida, que é, segundo o 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2013), a presença de mais de quatro episódios de humor (tanto maníaco quanto misto ou depressivo) em um ano. Um artigo de revisão traz a relação entre labilidade afetiva do TPB e ciclagem rápida do TB – a qual seria constante no TPB e episódica no TB. Constata, ainda, sobre a maior prevalência do TPB em detrimento dos outros transtornos de personalidade comórbidos, e o fato de alguns comportamentos e sintomas se sobreporem, como impulsividade e instabilidade afetiva.^{6,9,10}

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) de início na infância e adolescência tem sua prevalência em torno de 0.2 a 4%. Sintomas não tratados e o curso crônico da doença causam prejuízos sociais, funcionais e intelectuais importantes. O TOC pediátrico está, além disso, associado com maior risco para TOC no adulto e para o desenvolvimento de outras patologias psiquiátricas (principalmente outros transtornos de ansiedade e transtornos de humor – 10 a 81% e 10 a 41%, respectivamente). Preditores de persistência e gravidade são o início precoce dos sintomas, maior gravidade e duração do TOC e necessidade de internação – principalmente pela interferência causada em etapas cruciais do neurodesenvolvimento.^{11,12}

Segundo caracterizou Feinstein em 1970, comorbidade representa *qualquer entidade clínica adicional distinta que tenha existido ou que possa ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tenha a doença índice em estudo*. Masi e colaboradores já estudaram a comorbidade entre TBIA e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) em adultos e jovens, e encontraram co-ocorrência de TOC durante a vida em 44% dos casos, em observação de 3 anos. Nesses pacientes, pelas suas observações, o quadro obsessivo-compulsivo pode preceder o quadro de humor. A idade de início do quadro psiquiátrico global, nos casos de TOC e TB concomitantes, é muito mais precoce do que nos transtornos isolados.^{13,14}

A prevalência geral do TOC em TBIA pode variar de 0 a 54%, próxima de 23% em estudo de Americo¹³. Em adultos, segundo revisão sistemática de 2019, transtornos de ansiedade estão presentes em 54% dos pacientes bipolares, dos quais 10-13% compreendem TOC ao longo da vida. A prevalência comum do TOC em TB em adultos e jovens foi estimada em 17%.^{7,14,15}

Alguns estudos mostram, ainda, que a herança genética de TB e TOC pode se entrelaçar, e que ter a condição Obsessivo-Compulsiva é maior fator de risco para o desenvolvimento TB.¹⁶

Dado a grande variabilidade na apresentação, incerteza quanto à prevalência e aos tratamentos preconizados, a periodicidade e a gravidade do caso que será aqui relatado, fica claro que o estudo do Transtorno Bipolar em comorbidade com Transtorno obsessivo Compulsivo, na faixa etária pediátrica, se faz fundamental.

2. OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente internada na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência Professora Maria Lucrecia Zavaschi do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ao longo de 4 meses.

3. MÉTODOS

O presente trabalho apresenta o caso da paciente P.I.F. de doze anos de idade, sexo feminino, a qual permaneceu quatro meses na Unidade de Internação da Psiquiatria da Infância e Adolescência Professora Maria Lucrecia Zavaschi, no HCPA. Durante a hospitalização P.I.F. sempre esteve acompanhada, ora pela sua mãe, ora pelo seu pai, ao longo de todo o período de hospitalização e durante as 24 horas do dia. Nesta etapa recebeu abordagem multidisciplinar dentre elas acompanhamento pedagógico com professoras, assistência de enfermagem, atividades de terapia ocupacional com educadores físicos, e do serviço social. Também foram solicitadas interconsultas com os Serviços de: Nutrologia Pediátrica, Pediatria, Psiquiatria de adultos (para atendimento a mãe da paciente), Programa de Transtornos de Ansiedade do HCPA (PROTAN), Estomatologia, Neurologia Infantil, Cardiologia Pediátrica e Ginecologia Pediátrica.

Com relação ao atendimento psiquiátrico foram instituído tratamento medicamentoso e psicoterápico. A psicoterapia foi organizada de forma que, semanalmente e em horários pré-definidos, era realizada sessão de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), outra de Psicoterapia de Orientação Analítica e outra de Terapia de Apoio, sempre que a paciente estivesse em condições de participar da intervenção proposta.

Os nomes da paciente e seus familiares foram alterados para garantir o sigilo conforme o código de ética. Os pais (responsáveis legais da paciente) consentiram verbalmente com o estudo aqui realizado.

Para a revisão bibliográfica, foram consultadas as plataformas *Scielo* e *PubMed* entre novembro de 2022 a janeiro de 2023, sem restrição da data de publicação dos

estudos. Os termos buscados foram: “*bipolar childhood*”, “*juvenile bipolar*”, “*bipolar disorder and obsessive compulsive disorder*”, “*obsessive compulsive disorder*”, “*ocd and bd adolescence*”, “*child and adolescence bipolar*” e “*obsessive compulsive disorder pediatric*”. Foram consultados, ainda, artigos originais citados pelos trabalhos inicialmente selecionados.

4. APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente com 12 anos, sexo feminino, branca, cisgênero, bissexual, estudante do 5º ano do Ensino Fundamental, foi encaminhada para internação na Unidade da Psiquiatria da Infância e Adolescência Maria Lucrecia Zavaschi do HCPA em agosto de 2022 por auto e heteroagressividade, pensamentos obsessivos de cunho sexual, egodistônicos, e compulsões por simetria e organização. Permaneceu 118 dias internada na unidade.

A mãe relatou que os sintomas iniciaram há menos de um ano da admissão hospitalar, após divórcio dos pais, com a necessidade de alinhar materiais escolares na mesa de casa e de organizar seu quarto por inteiro. A separação do casal se deu por descoberta de relacionamento extraconjugal do pai, seis meses antes do começo do quadro. A paciente mudou-se de casa e trocou de escola. Começou a sentir desconforto, na nova escola, com conversas de conteúdo sexual entre os colegas. Este tema trouxe à paciente lembranças do abuso sexual, sofrido pelo meio-irmão, à época com 14 anos, quando P.I.F. tinha 5 (cinco) anos de idade, anteriormente mantidas encobertas. A paciente passa a apresentar pensamentos intrusivos de cunho sexual, sendo eles com imagens de pessoas manipulando seus genitais e dos pais a violentando sexualmente, plantações de genitais masculinos. Tinha, também, tentativa de evitar mentalmente essas imagens, sem sucesso, o que acarretava intenso sofrimento psíquico.

No começo de 2022, P.I.F. relata que o seu meio-irmão mais velho (à época com 14 anos, e a paciente com 5), havia a violentado sexualmente por duas vezes – passou a mão em seus genitais. O meio-irmão possui diagnóstico de Deficiência Intelectual nível moderado e Transtorno do Espectro Autista, nível 2. Após o relato pela paciente, a família afastou totalmente o meio-irmão da paciente (física e virtualmente) e passou a

estipular visitas da paciente na casa do pai apenas quando o meio-irmão não se encontrava lá.

Nos anos de 2021 e 2022 ocorreram episódios de bullying na escola contra a paciente – chamavam-na de “chata” e “enjoada”. Essas duas situações estariam associadas à sintomatologia atual, segundo P.I.F.

Em função do sofrimento emocional vivido por P.I.F. e notado pelos pais, a família buscou apoio psicológico para a paciente em terapia cognitivo comportamental privada, com frequência irregular, em abril de 2022. Passou a apresentar humor deprimido associado aos sintomas obsessivo-compulsivos.

Em Junho de 2022, mãe notou piora da paciente, com cada vez mais relatos de pensamentos intrusivos e o início de irritabilidade, dificuldade em estar com outros membros da família que não a mãe, ideação suicida e automutilatória (sem planejamento). No mês seguinte, após episódio intenso de irritabilidade e ideação suicida, os pais levaram a P.I.F. à emergência e de lá foi transferida à internação psiquiátrica.

Apresentou, durante a internação, crises de auto e heteroagressividade contra sua mãe e a equipe, com agitação psicomotora grave. Os sentimentos de tristeza, de menos valia, de medo do julgamento pelos pais e pela equipe, sempre foram muito intensos e se sucediam a piora dos sintomas obsessivos-compulsivos. A crença de que a equipe não conseguia lhe fornecer qualquer ajuda era relatada frequentemente nesses momentos críticos. Esses aspectos foram motivo de resistência ao tratamento por parte

da paciente. Muitas vezes se opunha a participar da psicoterapia e terapia ocupacional com profissionais do sexo masculino, e sempre preferia conviver com pessoas de idade inferiores à dela – muitas vezes relatava que ficava com medo de surgirem conversas de cunho sexual entre os colegas de internação.

Os sintomas de auto e heteroagressão incluíam tapas na mãe e nos membros da equipe, além de morder os lábios com muita força. Houve necessidade de realizar laser reparador, pela equipe da Estomatologia, além de contenção física e farmacológicas, pelo sangramento das lesões por mordeduras e intenso descontrole da paciente. Essas contenções passaram a apresentar uma certa periodicidade, ocorrendo, por vezes, todos os dias durante uma a duas semanas, com resposta insatisfatória a qualquer intervenção. Foi observado que, conforme os sintomas depressivos melhoravam, as crises de agressividade e irritabilidade da paciente diminuía, e por vezes até desapareciam por alguns dias e semanas. Nos momentos os quais predominavam as obsessões e os sintomas depressivos, P.I.F. mostrava uma labilidade afetiva importante, com mudanças rápidas e de grande intensidade em seu humor e sua conduta, conforme os sintomas obsessivos aumentavam ou diminuía de intensidade ou também quando tinha contato com outras pessoas da unidade que não a sua mãe, muitas vezes oscilando em dias ou semanas.

Os sintomas tinham, em determinados momentos do dia ou da semana, um cunho opositor. Apesar de serem trabalhadas, por exemplo, técnicas de TCC para auxiliar a paciente a enfrentar os pensamentos intrusivos (como psicoeducação, monitoramento, técnicas de relaxamento, técnicas de distração), P.I.F. negava-se praticar. Sempre deixava claro o descontentamento com a equipe multiprofissional nas

reuniões e nas visitas diárias. A paciente insistia bastante na permanência somente da mãe durante seus cuidados, e se opunha, muitas vezes, a visitas do pai ou de outros membros da família. Quando agredia a mãe, referia medo de que a mãe a estivesse julgando ou fosse lhe abandonar.

P.I.F. referia que as atividades escolares eram muito desafiadoras. Mesmo estando em um ambiente seguro na Unidade de Internação, acompanhada pelas professoras, a paciente não conseguiu acompanhar e continuar seus estudos. Alegava que as atividades acadêmicas eram gatilhos para seus pensamentos intrusivos se acentuarem. Realizado contato com as escolas as quais P.I.F. frequentou, e ambas referiram que a paciente apresentava desempenho satisfatório.

A aplicação do “Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children” (K-SADS), para triagem diagnóstica, foi positiva para: Transtorno do Pânico, Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobia Social, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Depressões, Psicoses e TEPT. Após avaliação clínica, se estabeleceu diagnóstico de TOC e Transtorno Depressivo Maior.¹⁷

Do ponto de vista farmacológico, inicialmente foi realizado esquema medicamentoso com antidepressivo Inibidor de Recaptação de Serotonina (Fluoxetina), em dose de 80mg ao dia, e Risperidona, em dose de 2mg ao dia. A paciente não apresentou resposta à Fluoxetina, por vezes apresentando piora do quadro, e teve distonia aguda como efeito colateral da Risperidona. Realizada troca para Aripiprazol e Sertralina. Ambos foram utilizados em doses máximas de 20mg e 200mg,

respectivamente, sem resposta terapêutica, o que levou à prescrição de Olanzapina na dose de 20mg diários. Foi utilizada, ainda, Clomipramina 75mg, com piora do quadro.

Associada a baixa resposta ao psicofármacos utilizados, nova busca ativa psicopatológica foi realizada e descobriu-se história familiar importante de Transtorno Bipolar (TB), primeiramente não contemplada pelos pais. P.I.F. possui três familiares com TB, sendo dois de primeiro grau e um de segundo grau, e com história de internações psiquiátricas prévias por tentativa de suicídio. Todos os familiares encontram-se estáveis e em acompanhamento médico, em uso de antipsicóticos, estabilizadores de humor e antidepressivos.

A hipótese diagnóstica de TB, a partir da periodicidade dos sintomas e da história familiar, passou a ser considerada. Introduziu-se Lítio até a dosagem de 900mg por dia. A partir dessa mudança, a paciente passou a apresentar melhora significativa e sustentada do seu quadro de humor, e associado a isso também observou-se diminuição dos pensamentos obsessivos e do comportamento hetero e autolesivos. A Litemia atingida, em princípio, foi até 1.24 mEq/L, tendo tremores. O nível foi considerado elevado, e a dose foi então reduzida para 750mg. Com essa redução, ocorreu retorno da sintomatologia de P.I.F.. Foi aumentado novamente para 900mg, com nova litemia de 1.15mEq/L, e teve boa resposta terapêutica. Os tremores foram tratados com uso de Propranolol 10mg três vezes ao dia. Outro efeito adverso que surgiu com a terapêutica medicamentosa foi enurese noturna. Apresentou melhora deste sintoma com uso de Oxibutinina 5mg à noite.

Após melhora com o Lítio, foram observados momentos de estabilidade no quadro da paciente, assim como momentos nos quais ela dançava no quarto e tinha boas interações com a família e equipe.

A melhora dos pensamentos e comportamentos compulsivos foram observados clinicamente e pela escala Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS – sugerida pela equipe do Programa de Transtornos de Ansiedade do HCPA - PROTAN) com 12 pontos de Obsessões e 15 de Compulsões na primeira aplicação e, dez dias após, 07 pontos em Obsessões e 03 em Compulsões.¹⁸

Também foi realizada discussão do caso com o PROTAN, a cerca de questões diagnósticas e terapêuticas da paciente. Após entrevista da paciente pela equipe do PROTAN, foi recomendada a introdução de um ISRS novamente, e do investimento em terapia cognitivo comportamental intensivo para a melhora da paciente. A Escala YBOCS passou a ser realizada como parâmetro para monitoramento dos sintomas. As sessões de psicoterapia foram intensificadas, sendo divididas em estruturas específicas para TOC, separadas das específicas para sintomas depressivos – o que apresentou boa resposta. A abordagem psicodinâmica gerava intensa ansiedade e resistência na paciente e mostrou-se pouco produtiva neste momento, sendo então deixada para ocasião posterior quando mais organizada emocionalmente.

Foi introduzido, assim, Escitalopram 10mg diários tendo como alvo a melhora dos sintomas obsessivos. O Topiramato foi iniciado para controle de apetite e ganho de peso, 10kg durante os 4 meses de internação. Apesar do aumento de massa corporal, a paciente ainda encontra-se eutrófica pela curva de Índice de Massa Corporal e Peso por

Idade da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na internação, apresentou escore Z equivalente à desnutrição, e conseguiu recuperar seu peso e ter alta com escore Z compatível com eutrofia.

Destaca-se, ainda, a postura da família acerca do tratamento da paciente, sempre discutindo de forma adequada com a equipe, colaborando ativamente com o tratamento. Os pais sempre participaram juntos das reuniões, sem momentos de contradições ou conflitos nas informações fornecidas à equipe, mesmo quando eram abordados questões relacionadas à separação e ao meio-irmão de Sophia. Ambos os pais foram, durante toda a internação, bastante presentes e auxiliaram no cuidado de forma extremamente adequada e estruturada, mesmo nos momentos mais difíceis nos quais ocorriam agressões físicas da paciente contra seus genitores ou contra a equipe.

A constante resistência da paciente às figuras paterna e masculinas, no início, e ao diálogo frente aos seus sintomas acabaram, muitas vezes, por interferir no tratamento, de forma a retardá-lo ou torná-lo mais doloroso para a P.I.F..

Os sentimentos causados pela paciente na equipe eram, primariamente, de necessidade em ajudar P.I.F. e sua família. Em outros momentos, frustração e impotência por não conseguir atingir a melhora da paciente, além do desconforto causado pelos ataques físicos e verbais da paciente.

Em consulta após a alta, o quadro manteve-se estável, sem piora de qualquer sintoma psiquiátrico. Como persistia com ganho de peso (4kg em duas semanas), Topiramato foi ajustado para 100mg ao dia.

5. DISCUSSÃO

A complexidade e dificuldade em questões diagnósticas e de tratamento no caso relatado evidenciam os desafios na clínica da psiquiatria da infância e adolescência. A

apresentação atípica do TBIA – o que ocorreu no caso aqui relatado – é muito comum, assim como a necessidade do uso de mais de uma classe de psicofármacos para estabilização do quadro.^{3,4}

A comorbidade entre TOC e TBIA é uma realidade frequente, como já descrito, e com possibilidade de atingir taxas como 29%. Essa comorbidade é mais alta em jovens do que em adultos, e os Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOCS) têm, não raro, início antes dos sintomas de humor nesses pacientes – como exemplificado por P.I.F. Os sintomas de ansiedade trazem maior gravidade e sofrimento emocional para o episódio de humor, além de aumentar sua duração e, muitas vezes, ter um maior risco de internação hospitalar. Elevado risco de suicídio, resposta insatisfatória ao tratamento e persistência de SOCS também são fatores importantes na evolução a médio e longo prazo, e que apareceram no caso de P.I.F. com frequência.^{7, 14, 19, 20, 21}

Como investigado no caso, a herdabilidade para esses casos tem papel importante. Uma história familiar positiva para transtornos de humor ou TOC parece estar associada aos sintomas obsessivos precedendo os sintomas de humor mais frequentemente. A paciente P.I.F. teve sua abertura do quadro com um TOC de forte intensidade e difícil tratamento. Com a ausência de resposta farmacológica, e a persistência sintomatológica, novas estratégias e patologias foram discutidas e implementadas. Grande parte das evidências disponíveis apontam a melhora dos sintomas de humor, assim como dos sintomas do TOC, quando em comorbidade com TB, após a introdução de um estabilizador do humor.^{1, 2, 14, 15}

A melhora em 50% dos sintomas do TBIA em fase aguda é atingida com monoterapia em 22% dos casos, seja com estabilizadores do humor ou antipsicóticos. O tratamento é baseado no Lítio ou Ácido Valpróico, associados a um antipsicótico, como Risperidona ou Olanzapina. Lítio e Olanzapina encontram-se na prescrição final da paciente, e, como já discutido anteriormente, o tratamento do TBIA tem no Lítio uma opção comprovada como estabilizador. O Ácido Valpróico se demonstrou inferior em alguns estudos em comparação com outros estabilizadores.^{1,2}

Para o tratamento de um episódio depressivo do TBIA, o uso de antidepressivos é efetivo no tratamento dos sintomas, mas essa classe de fármacos pode aumentar o risco de virada maníaca. Seu uso fica restrito, então, como adição a um estabilizador do humor. No caso de P.I.F., a adição do estabilizador de humor (Lítio) junto ao uso de antidepressivo (Escitalopram) fez com que se obtivesse melhora sintomática sustentada.²²

Em casos de apresentação atípica e não episódica do TBIA, mas com grave irritabilidade, é considerado o uso de um antipsicótico (Risperidona ou Olanzapina) e posterior adição de um estabilizador de humor (Lítio ou Ácido Valpróico). Com a manutenção e posterior piora do quadro com a primeira estratégia de tratamento (antidepressivos e antipsicóticos), e a melhora ao se introduzir o Lítio no caso de P.I.F., entende-se a importância do estabilizador de humor e o quanto um antidepressivo pode, sem ele, atuar na piora do quadro.^{1, 2, 26}

Alguns trabalhos sugerem que, em situações de TOC comórbido com TB, a primeira linha de potencialização do antidepressivo aparece como a Risperidona (o qual

a paciente apresentou distonia como efeito colateral, impossibilitando a continuidade). Como próxima escolha, entre os antipsicóticos de nova geração, encontramos o Aripiprazol, e o Haloperidol, entre os de primeira geração. Em princípio, escolheu-se o Aripiprazol pelo perfil de menores efeitos extrapiramidais.^{20, 24}

A Olanzapina, no entanto, aparece como opção terapêutica no TBIA, mesmo sem comorbidade. Os estudos têm mostrado resultados conflitantes, por vezes como uma boa alternativa e por vezes como não associada à melhora, ela se consolida como um fármaco potente na associação do TB com TOC. A ressalva, no entanto, são os efeitos metabólicos já comprovados da medicação, o que pode levar à obesidade e Diabetes Mellitus. P.I.F. chegou a elevar seu peso em 10kg durante a internação, após uso das medicações, e essa foi uma preocupação da equipe para o andamento do tratamento.^{20, 23}

Além dos psicofármacos, a TCC pode ajudar no tratamento de sintomas depressivos, ansiosos e obsessivo-compulsivos, principalmente quando realizada em conjunto com a farmacoterapia. Essa modalidade tem o benefício de não causar uma piora dos sintomas de humor e trazer ferramentas para o paciente lidar com as manifestações clínicas da doença. Tivemos essa experiência com P.I.F., uma vez que sua melhora foi também possível com a TCC realizada sistematicamente.²³

A presença de traços ou transtornos de personalidade no quadro de paciente com TB, especialmente Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), é motivo de confusão e dúvida, sendo cerca de 10% dos pacientes Bipolares também são portadores do TPB. Dos diagnósticos na juventude, 80% permanecerão com algum transtorno de

personalidade, e 16% evoluirão com TPB. No caso aqui apresentado, conseguimos observar alguns comportamentos não contemplados pelo transtorno de humor ou de ansiedade (como a oposição e resistência importantes às estratégias não farmacológicas e farmacológicas, oposição às figuras da equipe e dos pais, além da grande irritabilidade em situações de contato com figuras do sexo masculino). Outros sintomas presentes, comuns no TPB, foram a labilidade afetiva e o medo de abandono. Além dessas características, a labilidade afetiva e a mudança de sintomas relacionada ao humor são sintomas confundidores e estiveram presentes no caso.^{9, 12, 14, 25}

A diferenciação na evolução dos casos traz como importante a apresentação dos sintomas. Pacientes com um funcionamento marginal, sem comprometimento de sua funcionalidade, tendem a reversão dos sintomas. Já pacientes, como P.I.F., com sentimentos de raiva e abandono, além da comorbidade com transtornos de humor, persistem com maior frequência no diagnóstico de TPB.²⁷

A diferenciação entre TPB e TB ocorre pelo curso da doença (sedo o TB na fase adulta mais episódico). As questões de personalidade, como evitação a situações de abandono, instabilidade em relacionamentos e distúrbio de autoimagem, por exemplo, estavam presentes mesmo nos períodos de eutimia. Já no TB sem tal comorbidade, tais sintomas podem ocorrer, mas atingindo-se a eutimia, seriam cessados. No caso aqui referido, a paciente permanecia com labilidade afetiva em eutimia, com regressão dos sintomas com a medicação e psicoterapia.⁶

6. CONCLUSÃO

A comorbidade entre Transtorno Bipolar e Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância e adolescência é uma entidade grave e de repercussão extremamente importante na funcionalidade global, tanto na paciente aqui estudada como em toda faixa pediátrica

que encontra essa característica diagnóstica. É fundamental que o psiquiatra que atende crianças e adolescentes esteja alerta para a apresentação de casos com sintomas de ansiedade (toc) buscando insistentemente com os responsáveis uma detalhada história de transtornos psiquiátricos na família, bem como uma não resposta aos antidepressivos tradicionalmente utilizados nos transtornos de ansiedade. Há necessidade de maiores estudos tanto em áreas epidemiológicas e psicopatológicas quanto em intervenções psicofarmacológicas e psicossociais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rohde, Luis Augusto e Tramontina, Silzá. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar na infância e adolescência. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2005, v. 32

2. Findling RL, McNamara NK, Pavuluri M, Frazier JA, Rynn M, Scheffer R, Kafantaris V, Robb A, DelBello M, Kowatch RA, Rowles BM, Lingler J, Zhao J, Clemons T, Martz K, Anand R, Taylor-Zapata P. Lithium for the Maintenance Treatment of Bipolar I Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Discontinuation Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Feb;58(2):287-296.e4.
3. Lee F-I. Transtorno afetivo bipolar na infância e na adolescência. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2004, v. 26, suppl 3
4. Ferreira Maia AP, Boarati MA, Kleinman A, Fu-I L. Preschool Bipolar Disorder: Brazilian children case reports. *J Affect Disord*. 2007 Dec;104(1-3):237-43.
5. Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A, Rybakowski JK. Clinical picture and treatment of bipolar affective disorder in children and adolescents. *Psychiatr Pol*. 2020 Mar 29;54(1):35-50
6. Spoorthy MS, Chakrabarti S, Grover S. Comorbidity of bipolar and anxiety disorders: An overview of trends in research. *World J Psychiatry*. 2019 Jan 4;9(1):7-29

7. Mackinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord.* 2006 Feb;8(1):1-14
8. American Psychiatry Academy (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS – 5). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
9. Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, Mataix-Cols D. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry.* 2010 Aug;197(2):128-34.
10. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2015 May;100(5):495-9.
11. Feinstein AR. The Pre-Therapeutic Classification Of Co-Morbidity In Chronic Disease. *J Chronic Dis.* 1970 Dec;23(7):455-68
12. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Akiskal HS. Obsessive-compulsive bipolar comorbidity: focus on children and adolescents. *J Affect Disord.* 2004 Mar;78(3):175-83
13. Amerio A, Tonna M, Odone A, Stubbs B, Ghaemi SN. Comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Treatment implications. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016 Jun;50(6):594-6.

14. Hamidian S, Pourshahbaz A, Bozorgmehr A, Ananloo ES, Dolatshahi B, Ohadi M. How obsessive-compulsive and bipolar disorders meet each other? An integrative gene-based enrichment approach. *Ann Gen Psychiatry*. 2020 May 9;19:31
15. Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, S. Clinical relevance P., Williamson, D., Ryan, N., 1997. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children — present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36, 980–988.
16. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yalebrown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *ArchGenPsychiatry*. 1989 Nov;46(11):1006-11.
17. Amerio A, Stubbs B, Odone A, Tonna M, Marchesi C, Nassir Ghaemi S. Bipolar I and II Disorders; A Systematic Review and Meta-Analysis on Differences in Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016 Aug 17;10(3):e3604.
18. Marazziti D, Mucci F, Avella MT, Dell'Oste V, Baroni S, Dell'Osso L. Treatment of the obsessive-compulsive and bipolar disorders comorbidity: pharmacodynamic and pharmacokinetic evaluation. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2019 Aug;15(8):619-631.

19. Saraf G, Paul I, Viswanath B, Narayanaswamy JC, Math SB, Reddy YC. Bipolar disorder comorbidity in patients with a primary diagnosis of OCD. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017 Mar;21(1):70-74
20. Gaynor ST, Weersing VR, Kolko DJ, Birmaher B, Heo J, Brent DA. The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: a comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2003 Apr;71(2):386-93
21. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, Rapinesi C, Sani G, Girardi P, Kotzalidis GD, Pompili M. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol.* 2019;17(8):710-736
22. Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Jun;15(2):155-69
23. Sala R, Strober MA, Axelson DA, Gill MK, Castro-Fornieles J, Goldstein TR, Goldstein BI, Ha W, Liao F, Iyengar S, Yen S, Hower H, Hunt J, Dickstein DP, Ryan ND, Keller MB, Birmaher B. Effects of comorbid anxiety disorders on the longitudinal course of pediatric bipolar disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014 Jan;53(1):72-81.
24. Treuer T, Tohen M. Predicting the course and outcome of bipolar disorder: a review. *Eur Psychiatry.* 2010 Oct;25(6):328-33.

25. Stepanova E, Findling RL. Psychopharmacology of Bipolar Disorders in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2017 Dec;64(6):1209-1222.
26. Washburn JJ, West AE, Heil JA. Treatment of Pediatric Bipolar Disorder: A Review. *Minerva Psichiatr.* 2011 Mar;52(1):21-35.
27. Lionel C, Ludovic G, Jean-PR. Borderline Personality Disorder In Adolescents. *Textbook of Child and Adolescent Mental Health, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), 2015.*