

Psiquiátrico, aditivo ou orgânico: um desafio nos adolescentes

Maria Inês Monteiro¹; Augusto C Ferreira²; Hans Peter Grebe¹; Lúcia Gomes¹; Miguel Costa¹

RESUMO

Introdução: O alargamento da idade pediátrica até atingir os 18 anos de idade introduziu novos desafios pelo surgimento de quadros clínicos idênticos aos dos adultos no atendimento pediátrico. As alterações agudas do comportamento no adolescente são muitas vezes associadas ao consumo de drogas, álcool ou medicamentos. Estas podem, no entanto, ser a manifestação inaugural de uma psicose ou de uma doença neurológica de origem infecciosa ou autoimune.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um adolescente com desajuste súbito do comportamento, de agravamento progressivo, semelhante a surto psicótico. A investigação permitiu o diagnóstico de meningoencefalite por *Mycoplasma pneumoniae*.

Discussão / Conclusão: Este caso clínico vem reforçar a necessidade de uma abordagem alargada do adolescente com alterações agudas do comportamento. É fundamental manter a suspeita de patologia orgânica, investigando sempre a possibilidade de uma causa inflamatória, infecciosa ou imunológica. O *Mycoplasma pneumoniae* é um agente essencialmente respiratório, com potenciais complicações extrapulmonares, embora raras, sendo destas as neurológicas as mais frequentes. Realça-se com este caso o desafio que a avaliação de adolescentes nas unidades de agudos de Pediatria constitui.

Palavras-chave: Adolescente, alteração comportamental, encefalite, *Mycoplasma pneumoniae*.

tratégia de alargamento conduziu a dificuldades nos cuidados de saúde direcionados ao adolescente, que culmina numa eventual diminuição da qualidade assistencial.

No adolescente, tal como noutras faixas etárias (o recém-nascido, a criança, o idoso), é necessário um cuidado de saúde especializado. Trata-se de um período de desenvolvimento psíquico, sexual, social e cognitivo, raramente em uníssono ou em harmonia completa. É uma época de autonomização, de descoberta e de desenvolvimento de identidade própria, numa dinâmica repleta de insegurança. A sensação de invencibilidade e a necessidade de agradar aos pares traduz-se em comportamentos de risco, agressividade, flutuações de humor e instabilidade comportamental.

A habilidade do clínico em estabelecer uma relação médico-doente efetiva é crucial. É necessária uma interação confortável, respeitando o adolescente, e abordando-o sempre de forma não pejorativa, estabelecendo os limites da confidencialidade. Os pais ou responsáveis pelo doente devem dar a sua perceção sobre o problema. O pensamento clínico deve manter-se completo, objetivo e lógico. O diagnóstico diferencial continua a ser o desafio do Pediatra, nomeadamente em adolescentes com alteração do comportamento, problema cada vez mais frequente no nosso dia-a-dia. No topo de lista do diagnóstico diferencial para esta faixa etária têm presença constante as intoxicações alcoólicas, medicamentosas ou outras, as drogas de abuso e outros comportamentos de risco⁽¹⁾. O alerta para todas as hipóteses deve manter-se, valorizando as queixas do doente em toda a sua plenitude.

Nascer e Crescer 2013; 22(4): 238-240

INTRODUÇÃO

O alargamento da idade pediátrica até atingir os 18 anos de idade introduziu novos desafios e novas patologias no atendimento pediátrico, que obrigatoriamente refletiram a necessidade de abordagens distintas e adequadas ao novo grupo etário. Tendo por base a mesma formação médica, sem a aquisição de conhecimento e técnicas especializadas a este grupo, esta es-

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de um adolescente de 16 anos, do sexo masculino, previamente saudável. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com poucas horas de evolução, caracterizado por apatia, ligeira desorientação, défice de concentração, noção de alteração da personalidade e desajuste comportamental, com défice de concentração. Referiu episódio de tremulo dos membros superiores e parestesias do membro inferior direito, já revertidos. Negava traumatismo, consumo de drogas ou álcool ou intoxicação medicamentosa. Na semana prévia havia apresentado infeção respiratória ligeira e autolimitada das vias aéreas superiores. Ao exame neurológico, o doente estava vigil, algo confuso, com aparente afasia sensitiva; sem défices motores ou sensitivos, nem sinais meníngeos. Os sinais vitais eram normais, com apirexia e a glicemia normal. Optou-se por manter o doen-

¹ S. Pediatria, CH Entre o Douro e Vouga, 4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal. monteiro.mines@gmail.com; lumarego@gmail.com; cliromi@gmail.com

² S. Neurologia, CH Entre o Douro e Vouga, 4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal. gustoferreira@gmail.com; hpetergrebe@gmail.com

te em vigilância. Algumas horas depois, o doente desenvolveu um quadro alucinatório, com desadequação do comportamento, composto por verborreia e agressividade verbal e física, simulando um episódio psicótico. Foi necessária a administração de diazepam e haloperidol.

As hipóteses diagnósticas colocadas foram: a intoxicação alcoólica ou medicamentosa, consumo de drogas, perturbação psiquiátrica primária ou patologia orgânica (nomeadamente de causa inflamatória ou infecciosa). Efetuou estudo analítico (hemograma, gasimetria e proteína C reativa), bem como radiografia de tórax, sem alterações. Prosseguiu-se o estudo com neuroimagem por tomografia axial computadorizada: sem alterações. Realizou-se punção lombar, que demonstrou: pleiocitose (198 células/uL), com predomínio de mononucleares (99,5%), aumento da proteinorraquia (86 mg/dL) e glicorraquia normal (58 mg/dL). No sentido de esclarecer a patologia efetuou posteriormente eletroencefalograma, que demonstrou traçado com assimetria a desfavor do hemisfério esquerdo e atividade lenta intermitente fronto-temporal esquerda traduzindo disfunção local assumindo por vezes forma de atividade paroxística interictal. A pesquisa de drogas e de álcool negativa, foram afastou a etiologia tóxica.

Dado tratar-se de um quadro agudo foi iniciada terapêutica empírica com aciclovir perante a hipótese de meningoencefalite de causa vírica, nomeadamente herpética; e iniciou ceftriaxone, indicado para etiologia bacteriana mais comum, apesar da glicorraquia normal. O doente permaneceu internado com o diagnóstico de meningoencefalite, tendo realizado ressonância magnética cerebral, que foi relatada como normal. O líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou-se amicrobiano, os antígenos capsulares e o estudo virológico negativos, no entanto *polymerase chain reaction* (PCR) para *Mycoplasma pneumoniae* foi positiva. Dada a evolução favorável do estado clínico do doente, com total regressão das alterações comportamentais nas primeiras 24 horas, não se introduziu nova antibioterapia ou corticoterapia. Efetuou eletroencefalograma de controlo ao 5º dia, que foi normal. O doente teve alta, sem qualquer medicação. Já foi posteriormente reavaliado em consulta externa, estando assintomático.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

No caso clínico apresentado, tendo como ponto de partida uma alteração grave do comportamento num adolescente, foi possível chegar ao diagnóstico de encefalite por *Mycoplasma pneumoniae*, cuja apresentação clínica foi apenas de alterações comportamentais agudas, não incluindo outras manifestações, nomeadamente neurológicas e sem atingimento respiratório.

Perante um adolescente com alterações agudas do comportamento e sem história psiquiátrica prévia, é fundamental manter a suspeita de patologia orgânica, investigando-a sempre. O *Mycoplasma pneumoniae* é um agente essencialmente respiratório, com potenciais complicações extra-pulmonares, embora raras, sendo as neurológicas as mais frequentes na faixa etária pediátrica⁽²⁻⁵⁾. Está associado a manifestações no sistema nervoso central muito diversas, desde cerebrite, ataxia cerebelosa, meningite de líquor claro, polirradiculopatia, mielite transversa, síndrome de Guillain-Barré, paralisia de nervos cranianos ou

psicose aguda⁽⁶⁻⁸⁾, podendo ocorrer por invasão direta do agente infeccioso (como neste caso) ou por mecanismo imunológico. Não há evidência de que a encefalite por este agente seja clinicamente distinta da causada por outras etiologias. A existência prodrómica de sintomatologia respiratória pode ser um indício importante, mas pode não existir^(1,9,10).

A conexão causal entre infeção por *Mycoplasma pneumoniae* e doença psiquiátrica ou neurológica é posta em causa com base em casos clínicos como o apresentado, sendo a evidência serológica positiva para este agente fundamental, o que inevitavelmente conduz a um atraso no diagnóstico. A positividade para o *Mycoplasma pneumoniae* por reação PCR no LCR é um resultado raro, mas que faz um diagnóstico rápido. A existência de quadros neurológicos associados a micoplasma tem sido descrita com frequência^(2,6,8,11-14). Contudo, o reconhecimento deste agente infeccioso como causa de sintomas psiquiátricos agudos em idade pediátrica tem sido descrito muito raramente^(7,15). São raros os casos com apresentação exclusiva com sintomas bizarros e floridos de alteração do comportamento como no caso apresentado.

O mecanismo pelo qual o micoplasma se traduz em sintomatologia neurológica ou psiquiátrica permanece obscuro, existindo várias hipóteses, ainda sob investigação: mecanismo autoimune, produção de neurotoxinas ou invasão direta do cérebro e LCR^(6,10,11). Este facto torna o tratamento difícil. Nenhum tratamento foi validado como *standard*. Os macrólidos permanecem o tratamento de escolha, apesar de não ser conhecido o seu real efeito no curso da sintomatologia neurológica. Os corticosteróides são por vezes administrados, com base na hipótese de existência de componente imunológico, sem ter ainda confirmação de algum tipo de benefício major, podendo eventualmente acelerar o processo de recuperação⁽¹⁰⁾.

Concluimos que o *Mycoplasma Pneumoniae* deve ser considerado como possível agente responsável por encefalite em adolescentes, mesmo na ausência de sintomatologia respiratória.

Este caso clínico vem reforçar a necessidade de uma abordagem pluridisciplinar do adolescente com alterações do comportamento. Realça ainda o desafio que constitui o alargamento da idade aos adolescentes nas unidades de agudos de Pediatria.

PSYCHIATRIC, ADDITIVE OR ORGANIC: A CHALLENGE IN ADOLESCENCE

ABSTRACT

Introduction: The extension of paediatric age to the adolescents introduced new challenges in the paediatric health care. Acute behaviour disturbances are usually associated with drugs or alcohol abuse. Besides that, they can represent the onset of either psychiatric disorders or neurological diseases of both infectious or autoimmune origin.

Clinical case: A teenager presented with sudden progressive behavioural disturbances. The investigation performed allowed the diagnosis of *Mycoplasma pneumoniae* meningoencephalitis.

Discussion / Conclusion: This case report underlines the need of a multidisciplinary approach to the adolescent with behaviour disturbances. The suspicion of an organic disease must always be kept in mind, and laboratory and imaging studies conducted to the possibility of a inflammatory neurological disorder, both infectious or immune. *Mycoplasma pneumoniae* is mainly a cause of respiratory disease but has the potential of extra pulmonary complications, being the neurological the most frequent of these. We highlight the challenging of evaluating teenagers in acute paediatric units.

Key-words: Adolescents, behaviour disturbances, encephalitis, *Mycoplasma pneumoniae*.

Nascer e Crescer 2013; 22(4): 238-240

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daxboeck F, Blacky A, Seidl R, Krause R, Assadian O. Diagnosis, treatment and prognosis of *Mycoplasma pneumoniae* childhood encephalitis: systematic review of 58 cases. *J Child Neurol* 2004; 19:865-71.
2. Guleria R, Nisar N, Chawla TC, Biswas NR. *Mycoplasma pneumoniae* and central nervous system infections: a review. *J Lab Clin Med* 2005; 146:55-63.
3. Domenech C, Leveque N, Lina B, Najioullah F, Floret D. Role of *Mycoplasma pneumoniae* in pediatric encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2009; 28:91-4.
4. Talkington DF, Waites KB, Schwartz SB, Besser R. Emerging from obscurity: Understanding pulmonary and extrapulmonary syndromes, pathogenesis, and epidemiology of human *Mycoplasma pneumoniae* infections. In: *Emerging infections*, vol. 5 Washington, DC: ASM Press; 2001. p. 57-84.
5. Meyer Sauter PM, Streuli JC, Iff T, Goetschel P. *Mycoplasma pneumoniae* associated encephalitis in childhood-nervous system disorder during or after a respiratory tract infection. *Klin Padiatr* 2011; 223:209-13.
6. Koskiniemi M. CNS manifestations associated with *Mycoplasma pneumoniae* infections: summary of cases at the University of Helsinki, Finland, and review. *Clin Infect Dis* 1993; 17:S52-7.
7. Banerjee B, Petersen K. Psychosis following mycoplasma pneumonia. *Mil Med* 2009; 174:1001-4.
8. Delmas MC, Gauthier C, Rapin F. Manifestations neurologiques des infections à *Mycoplasma pneumoniae*. *Arch Pédiatr* 1996; 3:573-5.
9. Lewis P, Glaser CA. Encephalitis. *Pediatr Rev* 2005; 26:353-63.
10. Christie LJ, Honarmand S, Talkington DF, Gavali SS, Preas C, Pan CY, et al. Pediatric encephalitis: what is the role of *Mycoplasma pneumoniae*? *Pediatrics* 2007; 120:305-13.
11. Narita M. Pathogenesis of neurologic manifestations of *Mycoplasma pneumoniae* infection. *Pediatr Neurol* 2009; 41:159-66.
12. Abramovitz P, Schwartzman P, Harel D, Lis I, Naot Y. Direct invasion of the central nervous system by *Mycoplasma pneumoniae*: a report of two cases. *J Infect Dis* 1987; 155:482-7.
13. Lin JJ, Lin KL, Hsia SH, Wu CT, Chou IJ, Wang HS. Analysis of status epilepticus with *Mycoplasma pneumoniae* Encephalitis. *Pediatr Neurol* 2010; 43:41-5.
14. Tsiodras S, Kelesidis I, Kelesidis T, Stamboulis E, Giamairellou H. Central nervous system manifestations of *Mycoplasma pneumoniae* infections. *J Infect* 2005; 51:343-54.
15. Arnold SE. Psychosis and mycoplasma pneumoniae, Hillside *J Clin Psychiatry* 1987; 9:231-5.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês Monteiro
Rua do Crasto, 611 - 2
4150-247 Porto, Portugal
e-mail: monteiro.mines@gmail.com

Recebido a 19.12.2012 | 02.09.2013