VOLUME 6

RIAGE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

DESAFIOS DA MANIA NO IDOSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Eduardo Monteiro
ORCID: 0000-0001-5144-0717

Matilde Gomes
ORCID: 0000-0002-4514-461X

Rita Dios
ORCID: 0009-0002-8453-3914

Sónia Azenha
ORCID: 0009-0008-4516-7193

Informação do artigo
Recebido: 30/09/2024
Revisto: 15/10/2024
Aceite: 30/11/2024

RESUMO

No presente artigo pretende-se relatar um caso clínico de primeiro episódio de mania em idade geriátrica e discutir os desafios destes episódios. Trata-se do caso de um homem de 70 anos levado ao Serviço de Urgência por sintomatologia maniforme com 6 dias de evolução. Iniciara nos últimos meses terapêutica com sertralina e prednisolona. Foi internado no Serviço de Psiquiatria onde iniciou tratamento com risperidona e lorazepam. Teve alta após 13 dias, com melhoria dos sintomas, admitindo-se episódio de mania iatrogénico. A menor reserva cognitiva e comorbilidades que aumentam a fragilidade e implicam muitas vezes polimedicação e alterações metabólicas, tornam os idosos mais suscetíveis a mania secundária e aos seus efeitos deletérios. A mania em idade geriátrica tem uma apresentação atípica o que, juntamente com situações mais frequentes de vulnerabilidade e isolamento social, torna mais difícil a sua deteção precoce, atrasa a intervenção e piora o prognóstico. Nesta população, o diagnóstico diferencial é mais extenso, incluindo doença bipolar de surgimento tardio, delirium, mania secundária a iatrogenia, demências e outras patologias não psiquiátricas. Com o envelhecimento da população, os casos de mania em idade geriátrica são mais frequentes. Vários fatores contribuem para uma maior suscetibilidade da população idosa a estes episódios, para a sua deteção tardia e para efeitos deletérios mais acentuados a nível pessoal e sociofamiliar. O papel de cuidadores, familiares e conviventes na deteção e acompanhamento destes doentes é determinante pelo que a intervenção deve incluir, para além de farmacoterapia, estratégias de psicoeducação, intervenção psicossocial, familiar e farmacológica.

Palavras-chave: Perturbação Afetiva Bipolar, Envelhecimento, Geriatria, Mania.

INTRODUÇÃO

Os episódios de mania são definidos como períodos de humor elevado ou irritável associados a aumento persistente da atividade ou energia, ideias de grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, aumento do débito do discurso ou pressão do discurso, fuga de ideias, taquipsiquismo, aumento da atividade dirigida a objetivos, agitação psicomotora e/ou envolvimento em atividades de risco. Segundo os critérios de diagnóstico atuais, a ocorrência de um episódio de mania é suficiente para que se estabeleça o diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) quando este não seja atribuível a outra causa (American Psychiatric Association, 2023).

A maioria dos primeiros episódios de mania ocorrem entre a segunda e a terceira décadas de vida, no contexto de patologia psiquiátrica primária como PAB ou Perturbação Esquizoafetiva (Oostervink et al., 2009). No entanto, uma proporção significativa de utentes tem o primeiro episódio de mania após os 50 anos e estes episódios de surgimento tardio parecem ser mais comuns do que inicialmente se pensava. Consoante o contexto clínico, a prevalência de episódios de mania nesta faixa etária varia entre 0.6% e 19% (Al Jurdi et al., 2005; Dols et al., 2014). Se pensarmos que a prevalência de PAB diminui com a idade (Sajatovic & Chen, 2011) e que a comorbilidade não psiquiátrica parece ter um papel determinante para o desenvolvimento destes quadros de surgimento tardio (Arnold et al., 2021; Brooks & Hoblyn, 2005), isto levanta várias questões em termos de diagnóstico diferencial, dificulta a marcha diagnóstica e obriga, na maioria dos casos, a uma avaliação extensa e uma intervenção multidisciplinar.

Por outro lado, a elevada prevalência de comorbilidades médicas em pacientes acima dos 65 anos, com uma mediana de 3.7 comorbilidades não psiquiátricas (Sajatovic, Bingham, et al., 2005), expõe os indivíduos aos efeitos nefastos destes episódios e dificulta a intervenção terapêutica quer pela possibilidade de interações medicamentosas quer pela maior suscetibilidade a efeitos secundários dos fármacos.

Neste artigo pretende-se descrever um caso clínico de primeiro episódio de mania em idade geriátrica e discutir os desafios destes episódios nesta fase da vida.

METODOLOGIA

Relato de caso e revisão de literatura.

RESULTADOS

Homem de 70 anos, casado e com dois filhos, que residia com a esposa, filho mais novo, nora e neto. O utente era previamente autónomo para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, tinha o quarto ano de escolaridade e reformado de empresário da construção civil. Apresentava antecedentes de cirurgias para correção de desvio do septo nasal e rinite hipertrófica, excisão de lesão leucoplásica de corda vocal, hérnia cervical e catarata do olho direito. Não tinha antecedentes psiquiátricos conhecidos. Era ex-fumador, com uma carga tabágica de aproximadamente 40 unidades-maço ano e consumidor ocasional de bebidas alcoólicas. Não tinha história de consumo de substâncias psicoativas. A sua medicação habitual incluía Sertralina 50mg/dia, Oxazepam 50mg/dia, Ciclobenzaprina 10mg/dia e Idebenona 45mg/dia.

No que diz respeito à história psiquiátrica familiar, tinha uma irmã com acompanhamento em consulta de psiquiatria, cujo motivo do acompanhamento não foi possível esclarecer.

O utente foi conduzido ao Serviço de Urgência pela esposa e filho por episódio de perda de consciência cerca de 6 dias antes da admissão, após o qual desenvolvera quadro caraterizado por

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.276

humor elevado, desinibição e aumento do débito do discurso. Segundo os familiares, ao longo dos últimos dias tinha-se deslocado por duas vezes a uma superfície comercial e comprado vários pijamas iguais e tinha planos de remodelar a sala da casa e viajar com os familiares. Associadamente apresentava insónia total, referindo os familiares que durante o período da noite lhes pedia de forma insistente para o acompanhar nestes planos.

Foi avaliado inicialmente por Neurologia que pediu avaliação por psiquiatria após exclusão de patologia neurológica aguda. À observação médica apresentava-se vigil, calmo e colaborante. Orientado no espaço e pessoa, desorientado no tempo. Sem défices de pares cranianos, défices motores ou sensitivos. Reflexos plantares flexores. Sem dismetria. Marcha normal. Discurso espontâneo e organizado, incoerente por períodos, de tom e débito normais. Humor elevado. Não se apuravam alterações do pensamento ou sensopercepção. Temperatura 36,7ºC. Frequência cardíaca de 85 batimentos por minuto. Tensão Arterial de 146/78mmHg. Os familiares relatavam também que há cerca de 7 meses o utente teria tido um período de maior tristeza associada a queixas de cansaço generalizado, dores difusas pelo corpo e pensamentos relacionados com a ideia de que teria uma neoplasia óssea. Tinha recorrido a consultas de medicina geral e familiar, reumatologia e pneumologia por estas queixas. Segundo registos clínicos e relatos dos familiares, teriam sido prescritos corticosteroides injetáveis em cinco ocasiões nos últimos 4 meses e teria iniciado sertralina 50mg por indicação do seu médico reumatologista 2 meses antes da admissão no serviço de urgência. Realizou estudo analítico que não demonstrou alterações de relevo. O eletrocardiograma realizado mostrava ritmo sinusal, com uma frequência cardíaca de 78 batimentos por minuto, sem alterações do segmento ST-T. Realizou também tomografia computorizada crânio-encefálica que não evidenciou alterações de relevo. Foi colocada a hipótese de episódio depressivo, eventualmente com sintomas psicóticos, seguido de viragem para episódio de hipomania decorrente da exposição à sertralina e corticoides. Suspendeu-se a sertralina, foi encaminhado para consulta de Psiquiatria de Crise e teve alta para o domicílio.

Quatro dias após observação, recorreu novamente ao Serviço de Urgência acompanhado pelos familiares que relatavam dificuldade em conter o comportamento do utente por agravamento da agitação psicomotora, desorganização comportamental, aumento dos gastos, discurso incoerente e manutenção da insónia. Foi novamente avaliado por psiquiatria, apresentando-se vigil, calmo, suborientado no tempo (acertava ano, mas falhava no mês e dia do mês), desorientado no espaço, com comportamento ajustado. Discurso parco em conteúdo. Humor elacionado, com afetos sintónicos. Não se apuravam alterações da sensoperceção ou do pensamento.

Foi proposto internamento no Serviço de Psiquiatria para estabilização psicopatológica no contexto de sintomatologia maniforme que o utente aceitou. Permaneceu em internamento durante 13 dias, onde cumpriu tratamento com Lorazepam 2,5mg ao deitar e Risperidona em titulação até 3,5mg/dia.

Em internamento, completou-se o estudo analítico realizado no serviço de urgência com função tiroideia, marcadores de citólise hepática, bilirrubinas, glicose, ionograma, cálcio, doseamento de ácido fólico, vitamina B12 e vitamina D que não mostraram alterações de relevo. As serologias de sífilis, hepatites B e C e do vírus da imunodeficiência humana (VIH) foram negativas. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica que evidenciou alterações de provável

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.276

etiologia isquémica por microvasculopatia arteriosclerótica. Foi avaliado por Medicina Interna e Neurologia no contexto de queixas de dispneia entretanto evidenciadas e para avaliação diagnóstica multidisciplinar. Ao longo do internamento foi mostrando uma melhoria progressiva do humor e comportamento, bem como regularização do padrão de sono. O Mini Exame do Estado Mental à data de alta que foi de 30/30, tendo sido orientado para consultas de Psiquiatria para reavaliação pela especialidade, de Neurologia para prosseguir o estudo diagnóstico e exclusão de perturbação neurocognitiva e Pneumologia por manter queixas de dispneia em internamento.

Nos 3 meses que se seguiram à alta do internamento, o utente foi reavaliado em consulta externa de Psiquiatria por quatro vezes. Neste período foi apresentando oscilações do humor, maioritariamente no sentido depressivo, insónia inicial e queixas de lentificação que atribuía à terapêutica instituída, tendo necessitado de ajustes sucessivos da mesma, com substituição de Risperidona por Aripiprazol por forma a melhorar o estado psicopatológico e minimizar os efeitos secundários. Iniciou ainda terapêutica com Trazodona 150mg ao deitar pelas queixas de insónia. Durante o mesmo período foi reavaliado também em consulta de Neurologia, que manteve a opinião de se tratar de um quadro maniforme iatrogénico. Realizou estudo neuropsicológico alargado que foi considerado normal. Foi ainda avaliado em consulta de Pneumologia no contexto das queixas de dispneia, tendo iniciado terapêutica com broncodilatadores inalados. Seis meses após a alta do internamento mantinha o acompanhamento em consulta de Psiquiatria e permanecia estabilizado em termos psicopatológicos. Mantinha também o acompanhamento em consulta de Pneumologia e Neurologia.

DISCUSSÃO

Cerca de um terço de todos os episódios de mania em idade geriátrica são episódios de novo (Dols & Beekman, 2020) e entre 5 e 10% dos pacientes com PAB em idade geriátrica desenvolvem a doença numa fase tardia das suas vidas (Depp & Jeste, 2004; Yatham et al., 2018; Yatham & Maj, 2010). Apesar de serem uma pequena fração dos casos de mania na população geral, os casos de novo a partir da quinta década de vida têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes e levantam desafios distintos dos casos de surgimento precoce (Sajatovic, Blow, et al., 2005). Os episódios de humor em idade geriátrica apresentam desafios pela sua apresentação clínica mais variável e diagnóstico diferencial mais extenso, mas também pela maior vulnerabilidade desta população aos seus efeitos deletérios e aos efeitos secundários da terapêutica.

No presente caso clínico, o utente apresentou sintomas congruentes com um quadro de mania segundo os critérios das classificações internacionais atuais (American Psychiatric Association, 2023). No entanto, a idade do paciente, a toma recente de fármacos com potencial de indução de sintomatologia maniforme, o episódio de perda de consciência e os sintomas confusionais, levantaram questões quanto à etiologia do episódio e implicaram uma avaliação alargada e multidisciplinar.

As diferenças na expressão clínica destes episódios em idade geriátrica face às dos que ocorrem em idades mais precoces têm sido abordadas na literatura. Embora não haja consenso, a evidência atual apoia a ideia de que os sintomas tendem a ser menos severos quando comparados com episódios em idade jovem (Dols & Beekman, 2020; Sajatovic et al., 2022; Young et al., 2007). Estes episódios parecem também ocorrer com menos frequência com o avançar da idade (Fenn et al.,

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.276

2005; Westman et al., 2013). As alterações cognitivas tendem a ser mais proeminentes e os sintomas psicóticos menos comuns (Oostervink et al., 2009). O utente do caso clínico apresentado é evidência disso mesmo, já que recorreu aos cuidados de saúde no contexto de um episódio de perda de consciência e apresentou desorientação, lapsos mnésicos e períodos de confusão.

As diferenças entre episódios maniformes em idade jovem e tardia não se esgotam na sua expressão clínica, existindo dúvidas quanto à etiologia mais habitual em idade precoce e tardia, nomeadamente, sobre a sua natureza primária ou secundária. Os episódios de etiologia primária ocorrem no contexto de perturbação psiquiátrica e tendem a ser mais comuns em indivíduos com história familiar de patologia psiquiátrica (Arnold et al., 2021). No caso da mania secundária, a causa é não psiquiátrica, com frequência de natureza cerebrovascular, neurocognitiva, neoplásica, traumática, infeciosa, endocrinológica, respiratória, como expressão clínica de um quadro de delirium ou secundária à toma de fármacos ou drogas ilícitas (Arnold et al., 2021). Nestes casos tende a existir comorbilidade significativa, pior funcionamento prévio em termos cognitivos, maior resistência ao tratamento e maior risco de recorrência dos episódios de humor (Arnold et al., 2021; Dols & Beekman, 2020; Oostervink et al., 2009; Sajatovic et al., 2022). Os pacientes com episódios de mania de surgimento em idade tardia parecem assim formar um grupo heterogéneo que inclui indivíduos com PAB cujo primeiro episódio de humor acontece após a quinta década de vida, pacientes com história de episódios depressivos prévios que têm o primeiro episódio de mania nesta fase da vida e ainda indivíduos com episódios de mania cuja etiologia é não psiquiátrica (Janiri et al., 2022). De facto, a evidência atual parece sugerir que os episódios iniciais de mania em idade geriátrica são, na sua maioria, atribuíveis a uma causa secundária (Dols & Beekman, 2020; McKenzie et al., 2023; Sami et al., 2015). A comorbilidade não psiquiátrica pode ser a causa de mania em indivíduos sem fatores de risco para tal ou contribuir para o desenvolvimento de doença bipolar em indivíduos com uma vulnerabilidade latente. No caso apresentado, a toma de corticosteroides e de um inibidor da recaptação de serotonina parece ter tido um papel fundamental para o desenvolvimento do quadro, pelo que foi assumido um episódio de mania secundário à toma destes fármacos. No entanto, a doença cerebrovascular documentada no estudo de imagem poderá ter tido também um papel no desenvolvimento do quadro clínico, não só por aumentar a vulnerabilidade do utente aos efeitos dos fármacos a que esteve exposto, mas também por ter potencialmente contribuído para a maior instabilidade clínica que apresentou nos meses que se seguiram à alta do internamento. A associação entre a mania de surgimento tardio e a doença cerebrovascular tem sido estudada, tendo inclusivamente sido propostos critérios para a mania vascular (Steffens & Krishnan, 1998). Parece haver uma relação entre estes episódios de humor e a doença de pequenos vasos, tal como no caso descrito, mas também estão descritos episódios deste tipo após um único evento vascular (McKenzie et al., 2023). A relação entre doença cerebrovascular e desenvolvimento de sintomatologia do humor parece ser mais forte quando as lesões atingem o sistema límbico, o estriado ou o córtex pré-frontal (Sajatovic & Chen, 2011).

Outra das hipóteses colocadas no caso apresentado foi a de se tratar de um quadro de delirium ou síndrome confusional aguda. De facto, a faixa etária do paciente, os sintomas confusionais flutuantes e a comorbilidade não psiquiátrica favoreciam a hipótese de se tratar de um quadro deste tipo. No entanto, a ausência de alterações

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.276

nos estudos analítico e de imagem excluíram esta hipótese. Os clínicos devem estar atentos aos aspetos mais caraterísticos dos quadros de delirium, tais como flutuações no estado de consciência, desorientação, alterações da linguagem ou memória, ou sundowning, isto é, agravamento vespertino dos sintomas, já que muitas vezes o diagnóstico diferencial com episódios de mania pode ser difícil de estabelecer.

Outro dos diagnósticos diferenciais a considerar é o de demência. O utente do caso clínico apresentado era autónomo e não havia evidência de declínio cognitivo prévio. No entanto, face à faixa etária e às alterações cognitivas apresentadas foi solicitada avaliação por Neurologia e manteve acompanhamento pela especialidade tendo em conta o risco de desenvolver uma perturbação neurocognitiva. De facto, os quadros de mania podem surgir como pródromos de demências anos antes de apresentarem clínica compatível com as mesmas e podem também ser confundidos com episódios de agitação e desinibição em perturbações neurocognitivas estabelecidas (Brooks & Hoblyn, 2005; Mendez et al., 2020; Wang & Fipps, 2022). A demência que, porventura, poderá suscitar maiores dúvidas relativamente ao diagnóstico diferencial é a Demência Frontotemporal (DFT). A expressão clínica da DFT tem aspetos sobreponíveis com sintomatologia maniforme, tais como euforia, instabilidade emocional, pressão do discurso, taquipsiquismo, agitação motora, desinibição e distractibilidade. Do mesmo modo, durante episódios de mania ou hipomania podem surgir alterações da atenção e função executiva que podem ser semelhantes às observadas na DFT (McKenzie et al., 2023; Mendez et al., 2020). A mania pode também ser uma expressão clínica de Doença de Alzheimer ou Demência Vascular (Dols & Beekman, 2020). Alguns aspetos clínicos poderão ajudar no diagnóstico diferencial, devendo ser dada atenção à evolução temporal dos sintomas. Assim, a agitação, alterações comportamentais, desinibição e sintomas psicóticos, surgem em fases avançadas das perturbações neurocognitivas pelo que é de esperar que exista já declínio do funcionamento prévio à sintomatologia maniforme. Por outro lado, as alterações cognitivas nos episódios de mania são de início abrupto, ao contrário do que acontece nas demências. No caso de um episódio de mania primário, a tendência será para haver uma recuperação da disfunção cognitiva, ao contrário do que se espera na demência, em que tendem a agravar (Brooks & Hoblyn, 2005). Pacientes com mania em idade avançada parecem ter um maior risco de vir a ser diagnosticados com demência e muitos demonstram já algum tipo de declínio na linguagem, memória verbal e funções executivas (Brooks & Hoblyn, 2005).

Apesar dos sintomas maniformes serem tendencialmente menos graves em idade geriátrica, a verdade é que a agitação, agressividade, impulsividade, bem como períodos de confusão, desorientação e insónia podem expor os indivíduos a perigos. A maior dificuldade em recorrer aos cuidados de saúde pode também colocá-los em risco. O declínio cognitivo e funcional pode não só contribuir para o atraso na procura de cuidados de saúde, mas também para um maior impacto dos episódios de humor e para uma recuperação mais lenta e difícil. No caso apresentado, o papel dos familiares e conviventes foi fundamental na referenciação aos cuidados de saúde e no acompanhamento do utente durante a fase de estabilização.

Nos casos de surgimento tardio parece também haver uma maior resistência à terapêutica, com manutenção de sintomas residuais por mais tempo e maior risco de recorrência de episódios de humor, especialmente quando a causa é secundária (Arnold et al., 2021; Dols & Beekman,

2020; Oostervink et al., 2009; Sajatovic et al., 2022).

A presença de comorbilidades médicas nos idosos é habitual, sendo as patologias mais comuns a hipertensão arterial, a diabetes, a síndrome metabólica e ainda as patologias osteoarticular, cardiovascular e respiratória (Sajatovic et al., 2022; Warner et al., 2023). A comorbilidade não psiquiátrica pode limitar as opções de tratamento, não só pela possibilidade de interações medicamentosas, mas também pela alteração da função renal ou hepática e consequente impacto negativo no metabolismo (Dols & Beekman, 2020). A comorbilidade aumenta também a fragilidade destes indivíduos, tornando-os mais vulneráveis aos efeitos deletérios dos episódios de mania.

A forte associação entre comorbilidade não psiquiátrica e episódios de mania de novo na velhice justifica uma avaliação médica completa, quer psiquiátrica quer não psiquiátrica. Assim, para além da avaliação do estado mental, deve ser colhida uma história psiquiátrica pregressa cuidada, avaliando a existência de episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos prévios, história de consumo de substâncias, medicação em curso ou de uso recente, existência de comorbilidades psiquiátricas e história familiar. É importante avaliar o estado funcional pré-mórbido do indivíduo em termos interpessoais e laborais e nas restantes atividades básicas e instrumentais da vida diária. É também recomendada uma avaliação cognitiva, ainda que sumária, recorrendo a instrumentos como o Mini Exame do Estado Mental ou a Avaliação Cognitiva de Montreal. Em casos selecionados pode justificar-se uma avaliação neurocognitiva aprofundada, tal como no caso relatado.

Tendo em conta a maior prevalência de episódios de mania secundários a condições médicas não psiquiátricas, é importante obter informação sobre os antecedentes não psiquiátricos. Deve realizar-se um estudo analítico que permita avaliar a existência de comorbilidade não psiquiátrica que possa contribuir para o quadro clínico, que necessite de avaliação e orientação ou que possa condicionar a terapêutica a instituir. Recomenda-se a realização de hemograma, função renal, marcadores de citólise hepática, função tiroideia, ionograma, vitamina B12, ácido fólico, painel metabólico completo, serologias para os vírus da hepatite B e C, VIH e sífilis, exame sumário de urina e pesquisa de tóxicos. Consoante as hipóteses diagnósticas e achados na avaliação médica, poderá justificar-se a realização de outros meios complementares de diagnóstico mais dirigidos. A importância do estudo de imagem na avaliação de pacientes com episódios tardios de mania tem sido discutida e parece ser consensual que se deve optar pela realização de ressonância magnética em detrimento da tomografia computorizada sempre que possível (Dols & Beekman, 2020). O envolvimento de profissionais de outras áreas de especialização é frequentemente necessário já que muitas das principais causas de episódios maniformes necessitam de uma avaliação especializada para o seu diagnóstico e tratamento, nomeadamente, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, neoplasia, infeções como VIH, encefalites, sífilis, patologia endocrinológica, trauma e, em especial, patologia neurodegenerativa como Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal, Doença de Huntington, entre outras (Dols & Beekman, 2020). No caso descrito, a avaliação multidisciplinar incluiu Medicina Interna, Neurologia e Pneumologia com vista à melhor abordagem das comorbilidades do doente e ao acompanhamento longitudinal. A maioria dos episódios de mania em idade geriátrica devem ser abordados em regime de internamento quer pela maior segurança para o doente quer pela complexidade do diagnóstico e do tratamento. O internamento facilita também a

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.276

avaliação multidisciplinar e a integração dos cuidados. Em casos selecionados e de menor gravidade, poderá ser possível gerir o quadro em ambulatório, especialmente quando há uma rede de suporte sociofamiliar estável e efetiva.

Não existem ainda linhas orientadoras especificas para o tratamento da mania em idade geriátrica. Assim, a terapêutica farmacológica deve ser orientada caso a caso, não só tendo em conta aquele que parece ser o diagnóstico mais provável, mas também as comorbilidades e particularidades clínicas do utente. Nos casos em que o diagnóstico mais provável é PAB de início tardio, o lítio parece ter mais evidência, embora o valproato e os antipsicóticos de segunda geração também pareçam seguros e eficazes (Sajatovic & Chen, 2011). Nos casos de mania secundária tem sido proposto o uso de estabilizadores do humor e antipsicóticos (Wang & Fipps, 2022). Em situações refratárias ao tratamento, a electroconvulsivoterapia parece ser uma alternativa eficaz e segura (McKenzie et al., 2023). No presente caso, optou-se por instituir terapêutica com antipsicóticos de segunda geração, não só pela etiologia secundária do quadro, mas também pelos benefícios no controlo da insónia.

Apesar de não existir muita evidência sobre o impacto de intervenções psicossociais nestes casos, somos da opinião que abordagens de integração socio-ocupacional e direcionadas às especificidades desta fase de vida devem fazer parte do plano de cuidados, o que tem sido apoiado pela literatura (Dols & Beekman, 2020). De facto, os benefícios das intervenções psicossociais em pacientes idosos com PAB estão demonstrados e assumem um papel essencial no plano de cuidados. As intervenções psicossociais têm-se mostrado eficazes na redução dos sintomas e na melhoria dos resultados a longo prazo, nomeadamente, na prevenção das recaídas, recuperação funcional e gestão das comorbilidades (Sajatovic & Chen, 2011) pelo que é de prever que estes benefícios também se verifiquem nas situações de episódios de mania secundária.

A evidência sobre o papel de intervenções psicoterapêuticas nas apresentações tardias é ainda escassa, mas os benefícios parecem ser menores do que nos casos de PAB de início precoce, em que as vantagens das terapias cognitivo-comportamental, interpessoal e familiar estão bem estabelecidas (Arnold et al., 2021; Dols & Beekman, 2020). Parece-nos claro que os profissionais que lidem com estes utentes devem estar sensibilizados para as problemáticas desta fase de vida e trabalhar em proximidade com os seus médicos de família e outros profissionais de saúde, além de tentarem integrar os familiares nos cuidados prestados. Isto deve ser feito com o cuidado de preservar a autonomia do doente, o que pode ser potenciado por intervenções psicoeducativas sobre o seu estado de saúde e cuidados necessários, promovendo assim o autoconhecimento e o autocuidado (Dols & Beekman, 2020).

A evidência científica especifica sobre episódios de mania de novo em idade geriátrica é ainda escassa e maioritariamente proveniente de estudos sobre diagnósticos específicos, nomeadamente, PAB, Perturbação Esquizoafetiva ou Perturbações Neurocognitivas (Sajatovic et al., 2022). Tendo em conta o envelhecimento da população mundial será necessária mais investigação nesta área.

CONCLUSÃO

Com o envelhecimento da população, os casos de mania em idade geriátrica são mais frequentes. Estes episódios de humor levantam desafios pela apresentação clínica mais variável, diagnóstico diferencial mais extenso e especificidades da abordagem clínica. Vários fatores contribuem para

uma maior suscetibilidade dos idosos a episódios de mania, para a sua deteção tardia e para efeitos deletérios mais acentuados a nível pessoal e sociofamiliar, nomeadamente, a maior probabilidade de declínio cognitivo, comorbilidades médicas e o isolamento social. O papel de cuidadores, familiares e conviventes na deteção e acompanhamento destes doentes é determinante pelo que a intervenção deve incluir, para além de farmacoterapia, estratégias de psicoeducação, intervenção psicossocial, familiar e farmacológica.

REFERÊNCIAS

Al Jurdi, R., Pulakhandam, S., Kunik, M. E., & Marangell, L. (2005). Late-life mania: Assessment and treatment of late-life manic symptoms. Geriatrics, 60(10), 18–20, 22–23.

American Psychiatric Association. (2023). DSM-5-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Texto Revisto). Climepsi Editores.

Arnold, I., Dehning, J., Grunze, A., & Hausmann, A. (2021). Old Age Bipolar Disorder—Epidemiology, Aetiology and Treatment. Medicina, 57(6), 587. https://doi.org/10.3390/medicina57060587

Brooks, J. O., & Hoblyn, J. C. (2005). Secondary Mania in Older Adults. American Journal of Psychiatry, 162(11), 2033–2038. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2033

Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2004). Bipolar disorder in older adults: A critical review. Bipolar Disorders, 6(5), 343–367. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00139.x

Dols, A., & Beekman, A. (2020). Older Age Bipolar Disorder. Clinics in Geriatric Medicine, 36(2), 281–296. https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.008

Dols, A., Kupka, R. W., van Lammeren, A., Beekman, A. T., Sajatovic, M., & Stek, M. L. (2014). The prevalence of late-life mania: A review. Bipolar Disorders, 16(2), 113–118. https://doi.org/10.1111/bdi.12104

Fenn, H. H., Bauer, M. S., Altshuler, L., Evans, D. R., Williford, W. O., Kilbourne, A. M., Beresford, T. P., Kirk, G., Stedman, M., Fiore, L., & VA Cooperative Study #430 Team. (2005). Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. Journal of Affective Disorders, 86(1), 47–60. https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.006

Janiri, D., Sani, G., & Manchia, M. (2022). Editorial: Late-onset depression and mania: Diagnosis, treatment and life events as risk factors. Frontiers in Psychiatry, 13, 980366. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.980366

McKenzie, A. K., Chawla, R., Patel, B., & Shashank, R. B. (2023). Late-Onset Bipolar Disorder: Considerations for Diagnosis and Treatment. Cureus, 15(5), e39278. https://doi.org/10.7759/cureus.39278

Mendez, M. F., Parand, L., & Akhlaghipour, G. (2020). Bipolar Disorder Among Patients Diagnosed With Frontotemporal Dementia. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 32(4), 376–384. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20010003

Oostervink, F., Boomsma, M. M., & Nolen, W. A. (2009). Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. Journal of Affective Disorders, 116(3), 176–183. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.012

Sajatovic, M., Bingham, C. R., Campbell, E. A., & Fletcher, D. F. (2005). Bipolar disorder in older adult inpatients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(6), 417–419. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000165296.50985.a8

Sajatovic, M., Blow, F. C., Ignacio, R. V., & Kales, H. C. (2005). New-onset bipolar disorder in later life. The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 13(4), 282–289. https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.4.282

Sajatovic, M., & Chen, P. (2011). Geriatric Bipolar Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 34(2), 319–333. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.007

Sajatovic, M., Dols, A., Rej, S., Almeida, O. P., Beunders, A. J. M., Blumberg, H. P., Briggs, F. B. S., Forester, B. P., Patrick, R. E., Forlenza, O. V., Gildengers, A., Jimenez, E., Vieta, E., Mulsant, B., Schouws, S., Paans, N., Strejilevich, S., Sutherland, A., Tsai, S., … Eyler, L. T. (2022). Bipolar symptoms, somatic burden, and functioning in older-age bipolar disorder: Analyses from the Global Aging & Geriatric Experiments in Bipolar Disorder Database project.

Bipolar Disorders, 24(2), 195–206. https://doi.org/10.1111/bdi.13119

Sami, M., Khan, H., & Nilforooshan, R. (2015). Late onset mania as an organic syndrome: A review of case reports in the literature. Journal of Affective Disorders, 188, 226–231. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.027

Steffens, D. C., & Krishnan, K. R. (1998). Structural neuroimaging and mood disorders: Recent findings, implications for classification, and future directions. Biological Psychiatry, 43(10), 705–712. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00084-5

Wang, C., & Fipps, D. C. (2022). Primary CNS Lymphoma and Secondary Causes of Mania: A Case Report and Literature Review. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 34(1), 84–88. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.21030084

Warner, A., Holland, C., Lobban, F., Tyler, E., Harvey, D., Newens, C., & Palmier-Claus, J. (2023). Physical health comorbidities in older adults with bipolar disorder: A systematic review. Journal of Affective Disorders, 326, 232–242. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.083

Westman, J., Hällgren, J., Wahlbeck, K., Erlinge, D., Alfredsson, L., & Osby, U. (2013). Cardiovascular mortality in bipolar disorder: A population-based cohort study in Sweden. BMJ Open, 3(4), e002373. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002373

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., … Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders, 20(2), 97–170. https://doi.org/10.1111/bdi.12609

Yatham, L. N., & Maj, M. (Eds.). (2010). Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations (1st edition). Wiley.

Young, R. C., Kiosses, D., Heo, M., Schulberg, H. C., Murphy, C., Klimstra, S., Deasis, J. M., & Alexopoulos, G. S.

(2007). Age and ratings of manic psychopathology. Bipolar Disorders, 9(3), 301–304. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00393.x

"Os autores declaram que não há conflito de interesses."