

Doi: <https://doi.org/10.37497/JMRReview.v2i1.30>

Episódio Depressivo Grave Com Sintomas Psicóticos E Dificuldade De Acesso À Eletroconvulsoterapia Resultando Em Internação Prolongada: Relato De Caso

Major depressive episode with psychotic symptoms and difficulty to access electroconvulsive therapy resulting in prolonged hospitalization: a case report

Angelo Victor Maciel Lima¹, Regina Caeli Guerra Poças²

^{1,2}Serviço de Psiquiatria. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - HUSF. Bragança Paulista - SP

Resumo

Introdução: O transtorno depressivo maior, usualmente chamado de depressão maior ou depressão grave, é uma doença comum que limita severamente o funcionamento psicossocial e diminui a qualidade de vida do paciente. A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento que envolve o envio de uma corrente elétrica através do cérebro, causando um breve surto de atividade elétrica dentro do mesmo, também conhecido como convulsão. O tratamento propõe aliviar os sintomas de alguns problemas mentais, o que inclui aqui a depressão psicótica. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com episódio depressivo grave e sintomas psicóticos, que por dificuldade de acesso à ECT gerou a internação prolongada. **Método:** Trata-se de um paciente atendido no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - HUSF, localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, aposentado, com sintomas de isolamento social, anedonia, perda de peso e diminuição intensa da ingestão hídrica. Apresentava delírio misto, inapetência e alteração do sono, sendo encaminhado a um serviço especializado após piora com o tratamento inicial. Por conta de sua internação prolongada e baixa resposta ao tratamento (inicialmente com citalopram, levomepromazina e quetiapina), a equipe de psiquiatria solicitou transferência para um Serviço com ECT, porém, sem sucesso. Durante a internação, o regime terapêutico foi alterado para uma combinação de venlafaxina e quetiapina, sendo a última posteriormente substituída por risperidona. Houve melhora gradual do quadro, com ganho de peso e alta após 53 dias. No acompanhamento pós-alta, foi mantida a estabilidade do quadro e o uso regular das medicações, com retorno completo da funcionalidade. **Conclusão:** Caso esteja disponível, a ECT pode ser uma ótima ferramenta para tratamento de episódios depressivos graves, principalmente com sintomas psicóticos associados, especialmente em pacientes com resistência aos tratamentos farmacológicos. Seu uso costuma diminuir o tempo de internação e devolver a qualidade de vida aos pacientes. O caso apresentado neste trabalho é um exemplo pontual de como a ausência da ECT provocou um aumento no tempo de internação de um paciente com depressão psicótica, afetando negativamente sua rotina e reduzindo sua qualidade de vida, além de gerar elevação dos custos decorrentes da internação prolongada.

Palavras-chave: Psiquiatria, Transtorno Depressivo Maior, Psicose, Depressão Psicótica, Eletroconvulsoterapia.

Abstract

Background: Major depressive disorder, usually called major depression or severe depression, is a common illness that severely limits psychosocial functioning and decreases the patient's quality of life. Electroconvulsive therapy (ECT) is a treatment that involves sending an electrical current through the brain, causing a brief burst of electrical activity within the brain, also known as a seizure. The treatment proposes to relieve the symptoms of some anxiety problems, which includes psychotic depression. **Aim:** To report a case of a patient with severe depressive episode and psychotic symptoms that, that due to difficulty in accessing ECT, led to prolonged hospitalization of the patient. **Method:** This is a patient treated at the Psychiatry Service of the Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - HUSF, located in the city of Bragança Paulista - SP, Brazil. **Case Report:** It was a male patient, 57 years old, retired, with symptoms of social isolation, anhedonia, weight loss and intense decrease in fluid intake. He had mixed delirium, inappetence and sleep disorders, being referred to a specialized Hospital after worsening with the initial treatment. Due to her prolonged hospitalization and poor response to treatment (initially with citalopram, levomepromazine and quetiapine), the psychiatry team requested her transfer to a Hospital with ECT, but without success. During hospitalization, the therapeutic regimen was changed to a combination of venlafaxine and



quetiapine, the latter being subsequently replaced by risperidone. There was gradual improvement of the condition, with weight gain and discharge after 53 days. In the post-discharge follow-up, the condition was stable and the medication was regularly used, with full return of functionality. Conclusion: If available, ECT can be a great tool for the treatment of severe depressive episodes, especially with associated psychotic symptoms, mainly in patients with resistance to pharmacological treatments. Its use tends to reduce the length of hospital stay and restore quality of life to patients. The case presented in this paper is a specific example of how the absence of ECT caused an increase in the hospitalization time of a patient with psychotic depression, affecting his routine and quality of life, in addition to generating costs resulting from the provoked hospitalization.

Keywords: Psychiatry, Major Depressive Disorder, Psychosis, Psychotic Depression, Electroconvulsive Therapy.

Introdução

O transtorno depressivo maior, usualmente chamado de depressão maior ou depressão grave, é uma doença comum que limita severamente o funcionamento psicossocial e diminui a qualidade de vida do paciente. Em 2008, a OMS classificou a depressão maior como o terceiro maior fardo patológico em todo o mundo, e projetou que a doença ocupará o primeiro lugar até 2030 (MALHI; MANN, 2018). A compreensão da fisiopatologia do transtorno depressivo maior progrediu consideravelmente, mas nenhum modelo ou mecanismo único pode explicar satisfatoriamente todos os aspectos da doença. Diferentes causas fisiopatológicas podem estar subjacentes aos episódios em diferentes pacientes, ou mesmo diferentes episódios no mesmo paciente em momentos diferentes (MORA et al., 2018). Estressores psicossociais e estressores biológicos (por exemplo, período pós-parto) podem resultar em diferentes patogêneses e responder preferencialmente a diferentes intervenções. Além disso, investigações sobre a neurobiologia da depressão também envolveram extensa pesquisa com animais, mas a extrapolação de modelos animais de depressão e a tradução de descobertas da ciência básica para a prática clínica têm se mostrado difíceis (NESTLER; HYMAN, 2010).

Para entender a fisiopatologia do transtorno depressivo maior, com foco nos mecanismos informados diretamente por estudos clínicos, é necessário examinar conjuntamente fatores biológicos e psicossociais, avaliando as contribuições desses fatores extremamente variáveis em cada paciente (MONROE; HARKNESS, 2022). Dos mecanismos já discutidos na literatura médica, os com maior destaque são a produção de monoaminas no sistema nervoso central (SNC), alterações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, inflamações do SNC, neuroplasticidade e neurogênese, alterações cerebrais estruturais e funcionais, genes envolvidos e a hereditariedade da depressão, o ambiente onde o paciente está inserido e seus estressores e a epigenética (interações gene-ambiente) da depressão (MALHI; MANN, 2018).

A prevalência do transtorno depressivo maior em 12 meses varia consideravelmente entre os países, mas é de aproximadamente 6% na população mundial (KESSLER; BROMET, 2013). Porém, o risco de depressão ao longo da vida é três vezes maior (15-18%) (BROMET et al., 2011), o que significa que o transtorno depressivo maior é comum, com quase uma em cada cinco pessoas experimentando um episódio em algum momento de suas vidas. Assim, na atenção primária, um em cada dez pacientes, em média, apresenta sintomas depressivos (MALHI et al., 2018), embora a prevalência de depressão aumente em ambientes de atenção secundária.

Notavelmente, a prevalência de 12 meses do transtorno depressivo maior é semelhante ao comparar países de alta renda (5.5%) com países de renda baixa e média (5.9%), indicando que o transtorno depressivo maior não é uma simples consequência do estilo de vida moderno em países desenvolvidos, nem da pobreza (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013 COLLABORATORS, 2015; VOS et al., 2012). Além disso, embora fatores sociais e culturais (DE AQUINO; LONDONO; CARVALHO, 2018), como status socioeconômico, possam desempenhar um papel na depressão maior, fatores genéticos e biológicos subjacentes acabam levando à ocorrência dessa condição, como citado anteriormente (HEIM; BINDER, 2012).

Os fatores mais o período provável para o início do primeiro episódio de depressão maior se estendem da metade da adolescência até meados dos 40 anos, mas quase 40% experimentam seu primeiro episódio de depressão antes dos 20 anos, com uma idade média de início em meados dos 20 anos (KESSLER et al., 2005; KESSLER; BROMET, 2013). Ao longo da vida, a depressão é quase duas vezes mais comum em mulheres do que em homens e, em ambos os sexos, um pico de prevalência ocorre na segunda e terceira décadas de vida, com um subsequente pico na quinta e sexta décadas (HIRSCHFELD, 2012; KESSLER; BROMET, 2013). A diferença na prevalência de depressão entre homens e mulheres é referida como a diferença de gênero na depressão e acredita-se que esteja ligada a



diferenças sexuais na suscetibilidade (biológica e psicológica) e fatores ambientais que operam tanto no micronível quanto no macronível (KUEHNER, 2017).

A depressão psicótica foi inicialmente considerada uma das extremidades de um *continuum* de gravidade da depressão maior. Porém, a experiência subsequente demonstrou que a psicose é um traço independente que pode acompanhar transtornos de humor de gravidade variável. Embora muito tenha sido aprendido sobre o impacto de delírios e alucinações no curso e na resposta ao tratamento da depressão, pouco se sabe sobre psicose passageira ou leve, características incongruentes de humor ou sintomas psicóticos que refletem experiências traumáticas (DUBOVSKY et al., 2021).

Após relatos de que a depressão maior com delírios apresentou resposta ao tratamento diferente da depressão maior sem delírios (FLINT et al., 2013), a definição de depressão psicótica foi modificada no DSM-III para exigir delírios, alucinações ou estupor depressivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; ASSOCIATION, 2013). Na CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2004), a depressão psicótica ainda é classificada como um tipo de depressão maior grave [4]. No entanto, a versão subsequente (CID-11) (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2018) inclui alucinações e delírios junto como critérios diagnósticos. O tratamento agudo da depressão unipolar psicótica geralmente envolve a combinação de um antidepressivo e um fármaco antipsicótico ou eletroconvulsoterapia (ECT). Em casos extremos, também se aplica a internação prolongada dos pacientes. Porém, tal prática tira o sujeito de seu convívio social diário, o que exacerba os sintomas da depressão psicótica e diminui suas chances reais de melhora do quadro (DUBOVSKY et al., 2021; MALHI; MANN, 2018).

A ECT é um tratamento que envolve o envio de uma corrente elétrica através do cérebro, causando um breve surto de atividade elétrica dentro do mesmo (também conhecido como convulsão). O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas de alguns problemas de saúde mental, o que inclui aqui a depressão psicótica (HERMIDA et al., 2018).

A maioria dos estudos considera entre 82 e 90% a taxa de resposta geral à ECT em pacientes com depressão psicótica, o que é equivalente ou superior à terapia combinada (ROTHSCHILD, 2013; VAN ROOIJEN et al., 2019). No entanto, a taxa de resposta à ECT em amostras de comunidades terapêuticas é menor (30-47%), possivelmente porque mais pacientes com comorbidades médicas e outras complicações estão incluídos nessas amostras (ROTHSCHILD, 2013). Além disso, tem sido sugerido que a ECT é mais eficaz para a depressão psicótica do que para a não psicótica (DUBOVSKY et al., 2021), embora esta afirmação não seja claramente apoiada por estudos controlados (MALHI; MANN, 2018). Uma vez que a ECT pode reduzir o tempo de hospitalização se for iniciada precocemente e prolongá-la se for iniciada mais tarde, a técnica deve ser o tratamento de primeira linha para pacientes com depressão psicótica incapacitadora ou suicida (ROTHSCHILD, 2013).

Dentro deste contexto, este trabalho tem como foco relatar um episódio grave de depressão psicótica que por falta de acesso à ECT resultou em uma internação prolongada. Pretende-se exemplificar e alertar a comunidade médica sobre a importância da ECT com o intuito de evitar a internação prolongada de pacientes depressivo-psicóticos, melhorar sua qualidade de vida, devolver o paciente mais rapidamente às suas atividades normais, e reduzir os custos dos serviços de saúde.

Objetivo

Relatar um caso único de paciente com episódio depressivo grave e sintomas psicóticos, que por dificuldade de acesso à ECT, gerou a internação prolongada do paciente.

Método

Tratou-se de um paciente atendido no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - HUSF, localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. A descrição do caso foi autorizada pelos responsáveis pelo paciente por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e os pesquisadores se comprometeram a não divulgar nenhuma informação que permita sua identificação. Nenhum novo procedimento foi realizado, e todas as informações relativas ao caso foram coletadas do prontuário do paciente, já arquivado no Serviço. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUSF segundo parecer substanciado número 5.983.554 de 04 de abril de 2023, já que a proposta obedeceu aos requisitos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define os aspectos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos.

Relato do Caso

Trata-se de um paciente do sexo masculino de 57 anos, casado, aposentado e com ensino fundamental incompleto, que deu entrada na enfermaria de psiquiatria do HUSF no dia 14 de novembro de 2022, encaminhado pelo Serviço de Clínica Médica do hospital. O paciente veio referenciado da Santa Casa de sua cidade de origem devido à piora em seus sintomas de isolamento social, anedonia, diminuição da ingestão de alimentos com perda ponderal importante e diminuição hídrica intensa. O sujeito não apresentava comorbidades, não fazia uso de substâncias psicoativas, não possuía alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e sem histórico de quadro semelhante ou patologias psiquiátricas prévias.

O paciente apresentou piora 20 dias antes de sua apresentação ao nosso Serviço, porém, teve início seis meses após aposentadoria. Nesse período, começou a apresentar delírio misto persecutório e de ciúmes, idealizando situações nas quais sua esposa teria relações extraconjugais, e apresentando alteração do sono. Devido à gravidade do quadro seus familiares procuraram um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o paciente foi avaliado e recebeu prescrição de um comprimido por dia de citalopram de 20 mg, seis gotas de levomepromazina 4% de 12 em 12 horas, e um comprimido de quetiapina de 25 mg à noite. Porém, o mesmo não seguiu corretamente o tratamento e apresentou piora do quadro, sendo recomendada uma avaliação em Serviço especializado para uma melhor elucidação diagnóstica.

Durante a admissão na enfermaria o paciente apresentava-se muito magro, pesava 46 kg e possuía índice de massa corpórea (IMC) de 15,6 kg/m². Além disso, estava desnutrido e hipocorado, todavia sem alterações ao exame físico abdominal e pulmonar. Ao exame cardiológico apresentava bulhas cardíacas hipofonéticas, rítmicas e sem sopros. Não foi possível realizar o exame do estado mental, pois o paciente apresentava-se catatônico e em mutismo ativo. Foram solicitados exames laboratoriais e optado pela terapia com um comprimido de venlafaxina de 75 mg uma vez ao dia, e um comprimido de quetiapina de 25 mg à noite, além de colocação de sonda nasoenteral para aceitação de medicamentos e dieta. Exames adicionais foram realizados em 14 de novembro de 2022 e seus resultados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados dos exames na admissão, realizados em 14 de novembro de 2022.

Exames	Resultados
Hemoglobina	14,0 g/dL
Hematócrito (HMT)	42,6 %
Leucócitos	5.300 células/mm ³
Plaquetas	353.000 células/mm ³
Transaminase glutâmica oxalacética (TGO)	33 U/L
Gama Glutamil Transferase (GGT)	56 U/L
Ureia	35 mg/dL
Creatinina	1,1 mg/dL
Na ⁺	146 mEq/L
K ⁺	5,3 mmol/L
CA ²⁺	8,6 mg/dL
Mg ⁺²	2,2 mg/dL
Exame de Urina	Sem alterações
Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP)	29 U/L
Fosfatase Alcalina (FA)	96 UL
Exame de anticorpos anti-HIV	Não Reagente (NR)
Sorologia Não Treponêmica (VDRL)	NR

Fonte: Acervo do Serviço (prontuário do paciente).

No decorrer da primeira semana de internação, nossa equipe optou pela troca da quetiapina pela risperidona líquida com o intuito de melhorar a adesão terapêutica. Ainda, foi solicitada uma avaliação nutricional, que sugeriu a administração de uma dieta hipercalórica e hiperproteica para o caso. Além disso, o paciente apresentou períodos de interação verbal e relatou que não conseguia se alimentar porque seu intestino, garganta e outros órgãos não funcionavam (delírio niilista), mantendo o uso da sonda nasoesférica para administração de dieta e medicamentos. Ao longo da internação, a dose de venlafaxina foi otimizada para 225 mg por dia em associação com 4 mg de risperidona. O paciente demonstrou uma pequena melhora no quadro geral, mas continuava restrito ao leito, com escaras de decúbito de grau I e com dificuldade de aceitar alimentação, sendo prescrito um estimulante de apetite (Apetivin BC). No 30º dia de internação hospitalar o paciente não apresentava resposta satisfatória com a dose otimizada de antidepressivo e potencializada com o antipsicótico. Durante uma reunião, nossa equipe optou por tentar transferência para um Serviço com ECT devido ao tempo de internação e baixa resposta ao uso de medicação. Sendo assim, o sujeito foi inserido no sistema de regulação e tinha seu caso atualizado diariamente, mas devido à dificuldade de acesso à ECT não obtivemos resposta favorável, e o paciente foi mantido internado sob os cuidados de nossa equipe.

A partir do 40º dia de internação, o paciente apresentou melhora na interação e orientações auto e alopsíquicas, além de declarar que seu intestino voltou a funcionar, o que se reverteu numa melhora da aceitação da dieta por via oral e ganho de peso importante. Negou qualquer alteração da sensopercepção e não demonstrava delírios, sendo proposta a retirada da sonda. A alta do nosso Serviço ocorreu em 06 de janeiro de 2023 após 53 dias de internação, com ganho ponderal de 10 kg e IMC de 18,4 kg/m². Além disso, manteve seu tratamento com venlafaxina de 225 mg e risperidona (4 mg/dia), sendo encaminhado para seguimento ambulatorial. Os resultados dos exames coletados na data da alta são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Resultados dos exames realizados na data da alta hospitalar (06/01/2023).

Exames	Resultados
Hemoglobina	10,4 g/dL
HMT	31,2 %
Leucócitos	8.200 células/mm ³
Plaquetas	360.000 células/mm ³
TGO	16 U/L
GGT	56 56 U/L
CA ²⁺	8,7 mg/dL
Na ⁺	143 mEq/L
K ⁺	4,6 mmol/L
Albumina	3,7 g/dL
Ferro Sérico	57 mg/dL
Mg ²⁺	2,2 mg/dL
Ferritina	459 ng/ml
PCR	< 6 mg/dL
Ureia	35 mg/dL
Creatinina	0,8 mg/dL
TGP	23 U/L
FA	96 UL
Urina EAS	Sem alterações

Fonte: Acervo do Serviço (prontuário do paciente).



O paciente retornou em consulta 15 dias após a alta hospitalar. Declarou que fazia uso regular das medicações, referiu retorno total da sua funcionalidade, incluindo funções de eliminação preservadas e ciclo do sono e vigília sem alterações. Sob avaliação de seu estado mental, apresentava-se consciente, vigil, orientado auto e alopsiquicamente, eutímico, eubúlico, atenção voluntária e espontânea preservada. Ainda, apresentava memória imediata, recente e de evocação sem alterações. Também não haviam alterações do conteúdo do pensamento, sensopercepção com crítica e noção da morbidade do seu quadro. Após a primeira consulta de retorno, o paciente teve mais dois atendimentos em nosso Serviço, e manteve a estabilidade do quadro, sem novas queixas e com uso regular das medicações prescritas em sua alta.

Discussão

A ECT é o mais antigo entre os primeiros tratamentos introduzidos na psiquiatria (e o único ainda em uso), sendo uma opção de tratamento segura, bem tolerada e altamente eficaz para transtornos psiquiátricos graves, como transtornos de depressão maior e esquizofrenia, especialmente quando há exacerbação aguda de sintomas psicóticos, ou se sintomas catatônicos são proeminentes (KALIORA; ZERVAS; PAPADIMITRIOU, 2018). A ECT também tem sido usada com sucesso para o tratamento da doença de Parkinson, *delirium*, síndrome neuroléptica maligna, autismo e agitação, não havendo contra-indicações absolutas para uso do método. No entanto, é considerado um procedimento de alto risco para pacientes com aumento da pressão intracraniana, infarto do miocárdio recente, hemorragia ou acidente vascular cerebral recente, aneurisma vascular, descolamento de retina e feocromocitoma (NORMARK; GBYL; VIDEBECH, 2021).

Técnicas modernas de genética e neuroimagem ajudaram a esclarecer os possíveis mecanismos de ação da ECT, mas muito ainda permanece desconhecido, e o aprimoramento desse método por meio de vários avanços técnicos contribuiu para a redução dos efeitos colaterais. Assim, a ECT modificada é atualmente considerada uma forma eficaz e segura de tratamento, mesmo em populações vulneráveis, como pacientes geriátricos, adolescentes e gestantes, com uma taxa de mortalidade muito baixa, sendo comparável à de um pequeno procedimento anestésico (YRONDI et al., 2018). Além disso, a farmacoterapia ou a ECT reduzem igualmente a taxa de recaída em até 40%, sendo que a combinação das duas técnicas tem sido utilizada com sucesso na prevenção de recaídas e recorrências, além de diminuir o tempo de internação de pacientes com transtornos psiquiátricos graves.

A redução gradual dos tratamentos agudos, a continuação individualizada, e os tratamentos de manutenção de ECT com base nas necessidades de cada paciente parecem ser a prática clínica ideal. Sendo assim, apesar dos impressionantes novos desenvolvimentos na farmacoterapia e nos tratamentos não farmacológicos, a ECT continua sendo uma opção de tratamento valiosa e, algumas vezes, insubstituível para transtornos psiquiátricos graves debilitantes e resistentes (ALI et al., 2019).

O relato apresentado neste trabalho descreve um paciente do sexo masculino, 57 anos, aposentado, com sintomas de isolamento social, anedonia, perda de peso e diminuição hídrica intensa, que apresentava delírio misto, inapetência e alteração do sono, sendo encaminhado a um Serviço especializado após piora com tratamento inicial. Por conta de sua internação prolongada e baixa resposta ao tratamento (inicialmente com citalopram, levomepromazina e quetiapina), a equipe de psiquiatria solicitou uma transferência para um Serviço com ECT, porém, sem sucesso. Durante a internação, o regime terapêutico foi alterado para uma combinação de venlafaxina e quetiapina, sendo a última posteriormente substituída por risperidona. O paciente melhorou gradualmente, ganhando peso e recebendo alta apenas após 53 dias de internação. No acompanhamento pós-alta, manteve estabilidade do quadro e uso regular das medicações, com retorno completo da funcionalidade.

Rask et al. (2017) apresentaram o caso de uma paciente de 16 anos que se apresentou com humor deprimido, irritabilidade e aumento de sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo, que foram inicialmente interpretados no contexto de estresse agudo secundário à imigração. Ela havia sido diagnosticada com transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo em seu país natal, mas apresentava dificuldades em explicar seu histórico psiquiátrico anterior. Durante a internação, seu humor mudou para um estado maníaco com características mistas e psicóticas, às vezes mostrando agressividade. Os pesquisadores comentaram que a interrupção do tratamento com lítio por um curto período, e possivelmente a introdução de um antipsicótico atípico poderiam ter sido, em parte, fatores desencadeantes. Após oito semanas de internação e testes com fármacos psicotrópicos, a ECT foi iniciada e administrada uma vez a cada 7 dias por 4 semanas, com resposta positiva acentuada, e nenhum efeito colateral aparente foi relatado. Para os autores, existiam benefícios potenciais para



considerar o emprego da ECT em pacientes jovens com transtornos psiquiátricos graves onde as opções de tratamento de primeira linha falharam.

de Smet e colaboradores (2018), apresentaram o caso de uma paciente do sexo feminino de 56 anos que sofria de depressão psicótica e comprometimento cognitivo. Antes de passar por sessões de ECT, fez uso de vários antidepressivos e antipsicóticos atípicos, mas não houve melhora dos sintomas. Por meio de tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), os pesquisadores obtiveram o *status* do fluxo sanguíneo cerebral regional, e observaram uma perfusão diminuída na parte anterior do lobo temporal esquerdo, na parte posterior do lobo temporal direito, e no giro frontal inferior esquerdo. Estes achados eram consistentes com descobertas anteriores referentes às complicações psiquiátricas do objeto de estudo. Neste caso, a ECT resultou na resolução da depressão da paciente, e em uma melhora em seu desempenho neurocognitivo. Marcadamente, isso ocorreu apenas no aprendizado visual e na memória de trabalho, domínios nos quais ela já era relativamente mais forte antes do tratamento com ECT. Uma nova SPECT, quatro semanas após o último curso de ECT, mostrou normalização do fluxo sanguíneo cerebral regional.

Por fim, Howells et al. (2022), apresentaram o caso de um paciente de 72 anos que sofria de depressão grave com sintomas psicóticos, apatia acentuada e retardo psicomotor que foi tratado com ECT após resistência ao tratamento com medicamentos psicotrópicos. Sua idade, comorbidades e síndrome disexecutiva levaram à consideração de um diagnóstico de demência frontotemporal (FTD), e uma SPECT mostrou defeitos de perfusão bilaterais que foram mais pronunciados nas regiões frontais do cérebro. O exame foi considerado anormal e compatível com uma demência neurodegenerativa, porém, os pesquisadores avaliaram que a flutuação nos sintomas era inconsistente com o diagnóstico de FTD e que sua depressão severa poderia ser melhorada com ECT, mesmo na vigência de FTD. Sendo assim, a equipe decidiu prosseguir com o tratamento, e um curso de 12 sessões de ECT resultou na remissão de seus sintomas psiquiátricos, além de melhora no desempenho cognitivo. Ainda, uma repetição do SPECT cinco semanas após a última ECT demonstrou uma melhora substancial no fluxo sanguíneo cerebral, favorecendo o diagnóstico de depressão, ao invés de demência. Os autores também afirmaram que a ECT seria capaz de reverter a hipoperfusão cerebral em casos graves de depressão e catatonia. Em conclusão, os autores chamam a atenção para o fato de que os achados anormais do SPECT poderiam ser inespecíficos e causados por várias condições, incluindo doenças psiquiátricas, e não são necessariamente diagnósticos de uma doença neurodegenerativa.

Em resumo, as recomendações atuais para o uso de ECT incluem considerá-la como uma opção de tratamento eficaz em casos de depressão grave, transtorno bipolar, sintomas psicóticos e esquizofrenia refratária, especialmente quando outros tratamentos não foram bem-sucedidos. A decisão de utilizar ECT deve ser baseada em uma avaliação individualizada, levando em conta a gravidade dos sintomas, a resposta prévia ao tratamento medicamentoso, a presença de comorbidades e os riscos associados. É recomendado que a ECT seja realizada em centros especializados, com monitoramento adequado e consentimento informado do paciente ou de seus familiares, seguindo protocolos de segurança após uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios (KALIORA; ZERVAS; PAPADIMITRIOU, 2018).

Conclusão

Caso esteja disponível, a ECT se mostra como um método bastante eficaz para o tratamento de episódios depressivos graves, principalmente com sintomas psicóticos associados, especialmente indicada para pacientes que demonstrem resistência aos tratamentos farmacológicos. Seu uso diminuiria o tempo de internação e devolveria a qualidade de vida dos pacientes. O caso apresentado neste trabalho é um exemplo pontual de como a ausência da ECT provocou um aumento no tempo de internação de um paciente com depressão psicótica, afetando negativamente sua rotina e reduzindo sua qualidade de vida, além de gerar elevação dos custos decorrentes da internação prolongada.

Referências

- ALI, S. A. et al. Electroconvulsive Therapy and Schizophrenia: A Systematic Review. *Molecular Neuropsychiatry*, v. 5, n. 2, p. 75-83, abr. 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, D.; ASSOCIATION, A. P. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association Washington, DC, 2013. v. 5
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, v. 9, p. 90, 26 jul. 2011.



- DE AQUINO, J. P.; LONDONO, A.; CARVALHO, A. F. An update on the epidemiology of major depressive disorder across cultures. *Understanding Depression: Volume 1. Biomedical and Neurobiological Background*, p. 309-315, 2018.
- DE SMET, C. J.; SABBE, B.; OLDENBURG, J. F. E. The Effect of Electroconvulsive Therapy on Hypoperfusion in Psychotic Bipolar Depression: A Case Study. *The journal of ECT*, v. 34, n. 2, p. 124-126, jun. 2018.
- DUBOVSKY, S. L. et al. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 90, n. 3, p. 160-177, 2021.
- FLINT, A. J. et al. Sustaining remission of psychotic depression: rationale, design and methodology of STOP-PD II. *BMC Psychiatry*, v. 13, n. 1, p. 38, 25 jan. 2013.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013 COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)*, v. 386, n. 9995, p. 743-800, 22 ago. 2015.
- HEIM, C.; BINDER, E. B. Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, v. 233, n. 1, p. 102-111, jan. 2012.
- HERMIDA, A. P. et al. Electroconvulsive Therapy in Depression: Current Practice and Future Direction. *The Psychiatric Clinics of North America*, v. 41, n. 3, p. 341-353, set. 2018.
- HIRSCHFELD, R. M. A. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 73 Suppl 1, p. 5-9, 2012.
- HOWELLS, D. et al. Electroconvulsive Therapy Reverses Cerebral Hypoperfusion in a Patient With Psychotic Depression and Catatonia. *The journal of ECT*, v. 38, n. 2, p. 141-143, 1 jun. 2022.
- KALIORA, S. C.; ZERVAS, I. M.; PAPADIMITRIOU, G. N. Electroconvulsive therapy: 80 years of use in psychiatry. *Psychiatrike = Psychiatriki*, v. 29, n. 4, p. 291-302, 2018.
- KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, n. 6, p. 593-602, jun. 2005.
- KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, v. 34, p. 119-138, 2013.
- KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? *The Lancet. Psychiatry*, v. 4, n. 2, p. 146-158, fev. 2017.
- MALHI, G. S. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. *The Medical Journal of Australia*, v. 208, n. 4, p. 175-180, 5 mar. 2018.
- MALHI, G. S.; MANN, J. J. Depression. *Lancet (London, England)*, v. 392, n. 10161, p. 2299-2312, 24 nov. 2018.
- MONROE, S. M.; HARKNESS, K. L. Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 18, p. 329-357, 9 maio 2022.
- MORA, C. et al. Blood biomarkers and treatment response in major depression. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, v. 18, n. 6, p. 513-529, jun. 2018.
- NESTLER, E. J.; HYMAN, S. E. Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nature Neuroscience*, v. 13, n. 10, p. 1161-1169, out. 2010.
- NORMARK, S.; GBYL, K.; VIDEBECH, P. Continuation electroconvulsive therapy for depression. *Ugeskrift for Laeger*, v. 183, n. 51, p. V05210435, 20 dez. 2021.
- RASK, O. et al. Electroconvulsive therapy for manic state with mixed and psychotic features in a teenager with bipolar disorder and comorbid episodic obsessive-compulsive disorder: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, v. 11, n. 1, p. 345, 12 dez. 2017.
- ROTHSCHILD, A. J. Challenges in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *Schizophrenia Bulletin*, v. 39, n. 4, p. 787-796, jul. 2013.
- VAN ROOIJEN, G. et al. Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. *CNS spectrums*, v. 24, n. 2, p. 239-248, abr. 2019.
- VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, v. 380, n. 9859, p. 2163-2196, 15 dez. 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index*. World Health Organization, 2004. v. 3



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). , 2018.

YRONDI, A. et al. Electroconvulsive therapy, depression, the immune system and inflammation: A systematic review. *Brain Stimulation*, v. 11, n. 1, p. 29-51, 2018.