

RELATO DE CASO

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GUILHERME SHIRAKAWA
CARINA ZUINI PEREIRA
CARLA NAKAO NONATO
PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES

RELATO

POLIDIPSIA PSICOGÊNICA E HIPONATREMIA: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICA

PSYCHOGENIC POLYDIPSIA AND HYPONATREMIA: CLINICAL IMPLICATIONS AND IMPORTANCE OF DIAGNOSIS

Resumo

Em relação aos transtornos psiquiátricos, a esquizofrenia é a que apresenta maior prevalência de polidipsia psicogênica, definida como uma sede excessiva ou um aumento da ingestão hídrica sem que haja um estímulo fisiológico ou orgânico predisponente, levando a complicações como hiponatremia, pela intoxicação hídrica. Neste relato, o paciente previamente diagnosticado com esquizofrenia paranoide há doze anos, em seguimento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), foi internado devido reagudização de quadro psicótico crônico e ingestão hídrica descontrolada. Seu quadro psiquiátrico de base era caracterizado por prejuízo na autonomia pessoal, comportamento desorganizado, discurso desconexo, solilóquios e delírios pouco estruturados, com resposta satisfatória após iniciar uso de clozapina. Aproximadamente quatro meses antes da internação, passou a recusar medicação de uso diário e a ingerir água excessivamente, tomando cerca de 5 a 6 litros por dia. Evoluiu com piora acentuada do quadro psicótico apresentando-se bastante inquieto, irritado, falando e gesticulando sozinho, com alucinações auditivas e discurso delirante de conteúdo persecutório e grandeza. Na internação foi reintroduzida clozapina por estar de acordo com a literatura em relação à polidipsia. Evoluiu com melhora do quadro após quatro semanas de internação. Recebeu alta e orientações para seguimento ambulatorial. A escolha do caso descrito ressalta a importância de se descartar causa orgânica inicialmente para explicar a hiponatremia e polidipsia, inclusive em pacientes psicóticos crônicos. A estabilização clínica e

correção do sódio sérico devem ser feitas para se evitar complicações graves da hiponatremia como convulsões e em estados críticos, parada cardíaca. Além disso, mostra uma opção de tratamento da polidipsia psicogênica em pacientes euvolêmicos e sem comorbidades, através do uso da clozapina.

Palavras-chave: Psiquiatria, polidipsia psicogênica, esquizofrenia, hiponatremia, clozapina.

Abstract

Regarding the psychiatric disorders, schizophrenia is the one that shows the most prevalence of psychogenic polydipsia, defined as an excessive thirst or an increase in the water intake without having a physiological or organic predisposing and the main complication is the water intoxication leading to hyponatremia. In this case report, a patient with paranoid schizophrenia diagnosis for twelve years, referred from PSAC (Psychosocial Attention Center), was hospitalized due to acute relapse of chronic psychosis and uncontrolled water intake. His psychiatric condition of base was categorized due to loss of personal autonomy, unorganized behavior, slurred speech, soliloquies and non-structured delirium, and had a satisfactory response after starting the use of clozapine. Approximately four months before this admission, without triggering event, he started to refuse medication of daily use and started to ingest water excessively, drinking about 5 to 6 liters per day. There were two weeks with sharp worsening of the condition. It presented itself very restless, irritated, speaking and gesturing by himself, with auditory hallucinations and delirious speeches with persecutory and grandeur

RELATO DE CASO

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GUILHERME SHIRAKAWA
CARINA ZUINI PEREIRA
CARLA NAKAO NONATO
PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES

RELATO

content. During hospitalization, clozapine was the antipsychotic of choice due to the approach being in compliance with the literature related to polydipsia, with partial improvement of polydipsia after four weeks of hospitalization. Discharged and received orientations to care and guidance. The choice of the described case highlights the importance of discarding organic causes initially to explain the hyponatremia and polydipsia, including in chronic psychotic patients. The clinical stabilization and sodium serum correction must be done to avoid grave complications of the hyponatremia such as convulsions and in critical states, cardiac arrest. Furthermore, it shows an option of treatment of psychogenic polydipsia in euvoletic patients and without comorbidities, through the use of Clozapine.

Keywords: Psychiatry, psychogenic polydipsia, schizophrenia, hyponatremia, clozapine.

INTRODUÇÃO

A polidipsia psicogênica é definida como uma sede excessiva ou um aumento da ingestão hídrica sem que haja um estímulo fisiológico ou orgânico predisponente. É encontrada principalmente em pacientes psicóticos e a principal complicação é a intoxicação hídrica levando a hiponatremia, definida como sódio sérico menor que 135 mEq/mL, que pode ocorrer nos casos em que a ingestão é superior a 12 litros por dia. As manifestações clínicas podem ser fraqueza, adinamia, fadiga, vômito, mal estar ou sintomas neurológicos como sonolência, confusão, convulsão e coma¹.

A hiponatremia constitui um distúrbio muito frequente na prática clínica, por isso é importante descartar causa orgânica antes de atribuí-la à polidipsia psicogênica. Fatores que aumentam o risco de hiponatremia são idade avançada (> 75 anos), sexo feminino, uso de vários medicamentos, insuficiência renal e presença de comorbidades².

Quando o paciente está com volemia normal (nenhum estado edematoso, nem desidratado ou hipovolêmico), temos uma hiponatremia hipotônica euvoletêmica. Nesse caso, deve-se investigar transtorno psiquiátrico (polidipsia primária): o paciente ingere muitos litros de água compulsivamente, "lavando" a medula renal, impedindo o mecanismo fisiológico de concentração urinária³. Deve-se investigar também hipotireoidismo,

insuficiência adrenal em pacientes com dor abdominal, hipotensão, vômitos, escurecimento da pele e hiponatremia acompanhada de hipercalemia;

Em relação aos transtornos psiquiátricos, a esquizofrenia é a que apresenta maior prevalência de polidipsia psicogênica. Geralmente se nota a polidipsia psicogênica de 5 a 10 do início da história de enfermidade psiquiátrica, sendo necessária uma maior atenção aos pacientes psicóticos crônicos com este sintoma, devido ao risco de complicações graves como a hiponatremia⁴.

Em relação ao tratamento, deve-se tomar como base a etiologia da hiponatremia, o fato de o paciente apresentar ou não edema, desidratação, hipovolemia, ou como no caso clínico apresentado a seguir, não apresentar comorbidades e estar euvoletêmico. Neste caso, a correção do sódio sérico é feita através da restrição hídrica e do tratamento da causa básica, que no caso é atribuída à esquizofrenia^{2,3}.

Para pacientes com esquizofrenia, polidipsia e hiponatremia, a abordagem com clozapina está associada, além da melhora na sintomatologia psicótica, a melhora da regulação da sede, na retenção de água e estabilização dos níveis de sódio sérico⁵⁻¹⁰.

Na investigação clínica da hiponatremia, deve-se avaliar a presença de algum estado edematoso (ascite, edema de membros inferiores) sugerindo uma hiponatremia hipotônica hipervolêmica cujas principais causas são: insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, insuficiência renal e síndrome nefrótica; deve-se avaliar também sintomas de desidratação ou de hipovolemia, que apontam para uma hiponatremia hipotônica hipovolêmica.

A perda de sódio pode ser renal (uso de diuréticos, hiperglicemia com diurese osmótica, insuficiência adrenal, acidose tubular renal, nefropatia perdedora de sal) ou extra renal (diarreia, vômitos, hemorragia, esmagamento muscular ou queimaduras, perda de fluidos para terceiro espaço - pancreatite, obstrução intestinal, peritonite).

Outro diagnóstico diferencial é a síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SSIADH), que pode ser atribuída a doença do sistema nervoso central (AVCI, AVCH, hemorragia, lesões com efeito de massa, trauma, doenças inflamatórias); doença pulmonar (insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica, tuberculose, abscesso pulmonar); câncer (pulmão,



**EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA¹, ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR²,
GUILHERME SHIRAKAWA², CARINA ZUINI PEREIRA², CARLA NAKAO
NONATO³, PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES³**

¹ Professor pesquisador e Chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP. ² Médico Residente de Psiquiatria, Hospital Universitário, PUC-Campinas, Campinas, SP. ³ Acadêmico de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP.

mediastino, rins, outros); pós-operatório, especialmente associado a vômitos e dor, que aumenta o risco de SSIADH e hiponatremia².

RELATO DE CASO

Paciente de 35 anos de idade, sexo masculino, natural e procedente de Campinas, ensino fundamental completo, aposentado, solteiro, sem filhos, sem religião, mora com a madrasta, apresentou-se com a queixa principal de ingesta hídrica excessiva há quatro meses.

Com diagnóstico de esquizofrenia paranoide há doze anos, foi internado devido a reagudização de quadro psicótico crônico e ingestão hídrica descontrolada. Veio encaminhado do CAPS e foi internado após ser atendido em Pronto Socorro de Psiquiatria de um hospital universitário local.

Seu quadro psiquiátrico de base era caracterizado por prejuízo na autonomia pessoal, comportamento desorganizado, discurso desconexo, solilóquios e delírios pouco estruturados. Fazia seguimento em CAPS e tinha resposta satisfatória após iniciar uso de clozapina, que resultou também no número de internações. Aproximadamente quatro meses antes desta internação, sem evento desencadeante, passou a recusar medicação de uso diário e passou a ingerir água excessivamente, tomando cerca de 5 a 6 litros por dia. Quando não tinha acesso à água potável, tinha o costume de ingerir água diretamente da torneira ou do chuveiro. Nos dias de maior ingestão chegou a ingerir 12 litros de água no dia.

Havia duas semanas com piora acentuada do quadro. Apresentava-se bastante inquieto, irritado, falando e gesticulando sozinho, com alucinações auditivas e discurso delirante de conteúdo persecutório e grandeza. Dizia ser dono de empresa de transporte e que havia recentemente demitido um grande número de funcionários, pois estavam lhe roubando o que lucrava. Dizia-se também conhecido e amigo de artistas famosos. Sem relato de episódios de hetero e auto agressividade, porém paciente tinha o costume de bater na mesa e parede quando permanecia irritado.

No início do quadro, três meses antes de ser internado, apresentou uma crise convulsiva que no atendimento de urgência já teria sido atribuída a uma hiponatremia por ingesta excessiva de água. Não há relato de histórico convulsivo prévio.

Nega doenças prévias, nega hipertensão arterial sistêmica, nega diabetes, nega alergia medicamentosa. Tabagista de um maço de cigarros desde a adolescência. Experimentou cocaína aos 16 anos. Nega uso de outras substâncias psicoativas. Envolvimento em um roubo aos 18 anos. Permaneceu preso por 04 anos. Durante a prisão, familiar percebeu mudança de comportamento do paciente. Preferia atividades isoladas, falava e gesticulava sozinho, com piora progressiva durante o período que ficou preso. Iniciou tratamento no CAPS após sair da prisão, onde foi firmado o diagnóstico de esquizofrenia. Não tem antecedentes familiares de transtorno psiquiátrico.

Ao exame físico realizado na admissão, apresentou-se com bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. Ausência de alterações no restante do exame físico.

O exame do estado mental, também realizado na admissão, foi como segue:

- Aparência: vestes limpas e adequadas; aseado e com boa higiene.
- Afeto: ansioso e desconfiado, pouco ressonante, sem hostilidade, lábil em alguns momentos.
- Pensamento: com fluxo acelerado, fuga de ideias, conteúdo delirante de cunho persecutório. Pouco linear e com conteúdo algo empobrecido.
- Sensopercepção: falando e gesticulando sozinho quando a conversa não lhe era dirigida. Eventuais risos imotivados.
- Psicomotricidade: aumentada, gesticulando e andando pelo ambiente durante a avaliação.
- Orientação: orientado autopsiquicamente e desorientado no tempo.
- Memória: sem alterações.
- Atenção: hipotenaz.
- Insight: negativo.
- Juízo crítica de realidade: prejudicado.

Optou-se por internação em enfermaria psiquiátrica para estabilização do quadro psicótico. Durante a internação manteve comportamento inquieto, desconfiado e irritado. No ambiente era comum falar e gesticular sozinho e sem motive aparente. Teve várias tentativas de fuga e manteve ingestão hídrica excessiva de água proveniente da torneira ou chuveiro.

RELATO DE CASO

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GUILHERME SHIRAKAWA
CARINA ZUINI PEREIRA
CARLA NAKAO NONATO
PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES

RELATO

Foram solicitados exames complementares que evidenciaram alteração somente em sódio sérico - 132 mEq/mL. Não havia alterações no restante dos exames como eletrólitos, hemograma, urina 1, função renal, hepática, TSH e T4 livres. Radiografia de tórax e tomografia de crânio sem alterações.

Devido ao fato de paciente não ter comorbidades, não fazer uso de outras medicações, foi aventada a hipótese de hiponatremia dilucional decorrente de polidipsia psicogênica, secundária ao quadro esquizofrênico de base. A conduta inicial baseou-se na tentativa por parte da equipe multidisciplinar de restrição de ingesta hídrica através de monitoramento, sem sucesso, e reintrodução de clozapina com aumento gradual de dose a cada três dias associado a diazepam.

A clozapina foi o antipsicótico de escolha devido ao fato do paciente ter histórico de estabilização do quadro psicótico somente com seu uso e desta conduta estar de acordo com a literatura em relação à polidipsia.

Evoluiu com melhora do quadro de irritabilidade e solilóquios, e melhora satisfatória da polidipsia após quatro semanas de internação. Recebeu alta e orientações para seguimento ambulatorial.

Discussão

No caso descrito, o paciente previamente portador de esquizofrenia paranoide, se apresentava com polidipsia de origem psicogênica após serem afastadas outras causas que pudessem justificar a hiponatremia.

Estudos revelam que entre os diagnósticos psiquiátricos com este sintoma, a esquizofrenia explica 83% dos casos e há uma estimativa de que a polidipsia pode estar presente em 20 % dos pacientes esquizofrênicos.

Além disso, nestes pacientes há maior prevalência de sintomatologia negativa, quando comparado aos pacientes esquizofrênicos sem polidipsia^{11,12}, redução na região anterior do hipocampo, órgão com função neuroendócrina associado ao controle da sede, e podem apresentar prejuízo de funções neurocognitivas¹³.

A hipótese diagnóstica do paciente foi mantida com base no referencial diagnóstico da DSM-5 devido à presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, acompanhadas de alucinações auditivas.

A estabilização clínica e correção do sódio sérico devem ser feitas para se evitar complicações graves da hiponatremia como convulsões e, em estados críticos, parada cardíaca. Além disso, a condução terapêutica deste caso clínico confirmou a opção de tratamento da polidipsia psicogênica em pacientes euvolêmicos e sem comorbidades, através do uso da clozapina.

A clozapina foi proposta como uma possível alternativa terapêutica com base em alguns relatos de casos. Apesar da sua potencial morbidade, a polidipsia em pacientes esquizofrênicos não tem sido objeto de investigações clínicas controladas até o momento. Como resultado, as opções de tratamento para esta condição são escassas e a evidência sobre sua eficácia é fraca^{1,2}.

A escolha do caso descrito ressalta a importância de se descartar causa orgânica inicialmente para explicar a hiponatremia e polidipsia, inclusive em pacientes psicóticos crônicos, nos quais se observa maior prevalência destes distúrbios.

Artigo submetido em 21/05/2017, aceito em 18/05/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Eduardo Henrique Teixeira, Rua Paulo Cezar Fidélis, 39, sala 112, Alto Taquaral, CEP 13087-757, Campinas, SP. Tel.: (19) 3756.1080. E-mail: eduardo@psiquiatriaforense.com.br

Referências

1. Macías Robles M, López Fonticiella MP, Maciá Bobés M, Fernández San Martín A. [Severe and acute hyponatremia in a schizophrenic patient with potomania]. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32:117-20.
2. Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, Korzeliuss C, Schrier RW, Sterns RH, et al. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. *Am J Med*. 2013;126:S1-42.
3. Vergheze C, de Leon J, Josiassen RC. Problems and progress in the diagnosis and treatment of polydipsia and hyponatremia. *Schizophr Bull*. 1996;22:455-64.

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA¹, ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR²,
GUILHERME SHIRAKAWA², CARINA ZUINI PEREIRA², CARLA NAKAO
NONATO³, PRISCIELLI MARIANA NOGUEIRA FONTES³

¹ Professor pesquisador e Chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP. ² Médico Residente de Psiquiatria, Hospital Universitário, PUC-Campinas, Campinas, SP. ³ Acadêmico de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP.

4. Illowsky BP, Kirch DG. Polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1988;145:675-83.
5. de Leon J, Verghese C, Stanilla JK, Lawrence T, Simpson GM. Treatment of polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. Can clozapine be a new option? *Neuropsychopharmacology*. 1995;12:133-8.
6. Gupta S, Baker P. Clozapine treatment of polydipsia. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6:135-7.
7. Lee HS, Kwon KY, Alphas LD, Meltzer HY. Effect of clozapine on psychogenic polydipsia in chronic schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1991;11:222-3.
8. Munn NA. Resolution of polydipsia and hyponatremia in schizophrenic patients after clozapine treatment. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:439.
9. Spears NM, Leadbetter RA, Shetty MS Jr. Clozapine treatment in polydipsia and intermittent hyponatremia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:123-8.
10. Wakefield T, Colls I. Clozapine treatment of a schizophrenic patient with polydipsia and hyponatremia. *Am J Psychiatry*. 1996;153:445-6.
11. Patel JK. Polydipsia, hyponatremia, and water intoxication among psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:1073-4.
12. Torres IJ, Keedy S, Marlow-O'Connor M, Beenken B, Goldman MB. Neuropsychological impairment in patients with schizophrenia and evidence of hyponatremia and polydipsia. *Neuropsychology*. 2009;23:307-14.
13. Siegel AJ. Hyponatremia in psychiatric patients: update on evaluation and management. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:13-24.



bairral

um modelo único de bem-estar mental

Na busca incessante por excelência naquilo que fazemos, nos tornamos o maior complexo de saúde mental da América Latina e atualmente possuímos seis frentes de atuação: **internações psiquiátricas**, **atendimento especializado em saúde mental**, **residências terapêuticas**, **comunidade terapêutica**, **centro de formação** e **centro de pesquisa**.

São quase mil leitos de internação distribuídos em dezenove unidades especializadas por perfil funcional, mais de mil colaboradores e oitenta anos de conhecimento e dedicação.

Bairral, um modelo único de bem-estar mental

[in]

[ae]

[rt]

[ct]

[cf]

[cp]