

TRANSTORNO ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO (PICA): INGESTÃO DE SACOLAS PLÁSTICAS COMO TENTATIVA DE EMAGRECER RESULTANDO EM ABDÔMEN AGUDO

EATING DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFIED (PICA): INGESTION OF PLASTIC BAGS IN AN ATTEMPT TO LOSE WEIGHT RESULTING IN ACUTE ABDOMEN

Resumo

Os transtornos alimentares são associados a graves problemas clínicos e psiquiátricos, e frequentemente são subdiagnosticados. Nesse cenário, a categoria dos transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE), embora altamente prevalente, tem recebido pouca atenção. Este artigo descreve o caso de um paciente diagnosticado com TASOE, mais especificamente pica, que ingeriu sacolas plásticas para tentar emagrecer. A história do paciente e o tratamento adotado são descritos em detalhe. Lamentavelmente, a revisão dos TASOE proposta na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) manteve os critérios diagnósticos confusos e arbitrários, com pouca utilidade na prática clínica.

Palavras-chave: Transtorno alimentar sem outra especificação, DSM-5, saúde pública.

Abstract

Eating disorders are associated with severe clinical and psychiatric problems, and are frequently underdiagnosed. In this context, the category eating disorders not otherwise specified (EDNOS), even though highly prevalent, has received little attention. The present article describes the case of a patient diagnosed with EDNOS, more specifically pica, who ingested plastic bags in an attempt to lose weight. The patient's medical history and the treatment adopted are described in detail. Unfortunately, revision of the EDNOS category in the 5th edition of the Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM-5) maintained the confusing, arbitrary nature of the diagnostic criteria, with little usefulness in clinical practice.

Keywords: Eating disorder not otherwise specified, DSM-5, public health.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são de interesse para a saúde pública em função de sua associação com graves problemas clínicos e psiquiátricos, sendo muitas vezes subdiagnosticados. Entre esses transtornos, a prevalência e heterogeneidade dos transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) na prática clínica é relevante. A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) trouxe uma reavaliação do significado da classificação atual dos transtornos alimentares, em especial para a categoria TASOE.

A categoria TASOE foi criada para classificar indivíduos que não entram nas principais categorias diagnósticas dos transtornos alimentares. Consequentemente, os TASOE têm recebido menos atenção, o que leva a um menor conhecimento sobre a prevalência e características clínicas desse subgrupo. Ainda há poucos estudos sobre o tema; o estudo mais importante descreve uma prevalência de anorexia nervosa de 4,87 e 9,46%, de bulimia nervosa de 14,17 e 15,16%, e de TASOE de 80,90 e 75,38% em duas grandes populações de adolescentes (10.123) e adultos (2.980), respectivamente, nos Estados Unidos¹. Outros

¹ Médico psiquiatra, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), Curitiba, PR. ² Médico psiquiatra. Professor adjunto, Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR. Professor, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, HC-UFPR, Curitiba, PR.

estudos²⁻⁴ corroboram a maior prevalência dos TASOE dentre os transtornos alimentares em ambas as populações. No entanto, a prevalência dos TASOE na comunidade é variável e incerta, principalmente porque não há critérios diagnósticos positivos nem concordância entre os autores⁵ sobre o que constitui um “caso”.

No DSM-5, pica é um dos transtornos pertencentes aos TASOE. Tem como característica essencial a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, de forma persistente, durante um período mínimo de 1 mês, em pacientes acima dos 2 anos de idade. Se o comportamento alimentar ocorrer exclusivamente no contexto de outro transtorno mental, então um diagnóstico distinto de pica deverá ser feito apenas se o comportamento alimentar for grave o suficiente a ponto de demandar atenção clínica adicional. A prevalência de pica é pouco estudada, sendo maior em indivíduos com deficiência intelectual⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 21 anos, branco, solteiro, fumicultor, natural e procedente da zona rural do interior de Santa Catarina.

A queixa do paciente foi a seguinte: “Comi sacolas plásticas porque quero emagrecer”.

História da doença atual

O paciente referiu que, há 3 anos, quando pesava 99 kg, decidiu emagrecer em virtude das críticas e ofensas proferidas por seus tios e primos no ambiente de trabalho (lavoura). Nessa época, o paciente referiu ter observado que duas tias tabagistas engordaram após a cessação do tabagismo. Por esse motivo, iniciou uso de tabaco e café com finalidades anorexígenas; rapidamente estava fazendo uso de 60 cigarros/dia e consumindo 5 litros de café diários. Seis meses após o início do tabagismo, como não perdera peso satisfatoriamente, iniciou comportamento purgativo pós-prandial, que durou 6 meses. Informou ter observado este comportamento em um programa de televisão. Naquele período, conseguiu perder 15 kg, porém interrompeu o comportamento em virtude de sintomas dispépticos.

Subsequentemente, o paciente procurou outra forma de perder peso. Relatou que, durante algumas semanas, observou que três vacas que pastavam próximo a seu domicílio vieram a óbito após emagrecerem

significativamente. Comunicou, ainda, ter observado que aquelas vacas ingeriram sacolas plásticas que estavam jogadas no pasto, e correlacionou o emagrecimento das vacas ao consumo das sacolas plásticas.

No mesmo mês, o paciente declarou ter iniciado o consumo de sacolas plásticas com o intuito de emagrecer. Para não correr o risco de vir a óbito (como havia ocorrido com os bovinos), ingeriu as sacolas plásticas em pequenos pedaços, na quantidade de uma sacola ao dia, durante 7 dias. No 11º dia, após o consumo da primeira sacola plástica, segundo autorrelato, iniciou quadro de vômitos, dor abdominal e tontura, ficando sem evacuar por 7 dias. Foi levado ao pronto-atendimento do município, e, como não houve melhora após medicação sintomática, foi encaminhado ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) por suspeita de abdome agudo.

Deu entrada na unidade de pronto-atendimento do HC-UFPR em estado geral regular, apresentando dor à palpação profunda no hipogástrio, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de peritonite. No dia da admissão, houve piora do quadro geral do paciente, com vômitos, hiporexia, ausência de evacuações, sem melhora com medicação sintomática. No dia seguinte, como o quadro permanecia inalterado, o paciente revelou à equipe médica o histórico recente de ingestão de sacolas plásticas, sendo então submetido à endoscopia digestiva alta (EDA). Foi solicitada também a interconsulta psiquiátrica.

A primeira EDA revelou erosões lineares < 5 mm na transição esofagogástrica e algumas erosões de antro cobertas com hematina. Foi detectada presença de corpo estranho em região pilórica, sem formação de massa rígida cecal. Foi levantada a hipótese diagnóstica de gastrite erosiva plana moderada de antro, bezoar e suboclusão intestinal.

A primeira avaliação psiquiátrica ocorreu na enfermaria de clínica médica do HC-UFPR, realizada pela equipe de interconsulta psiquiátrica 2 dias após a admissão do paciente. O paciente encontrava-se sentado ao leito, com roupas do hospital, e recebeu a equipe de forma cordial, com saudações. Na primeira entrevista, o paciente não se mostrava arrependido pelo ocorrido, pois afirmou ter atingido seu objetivo: perdera 10 kg até então. Relatou intenso conflito familiar e também manifestou desejo de se submeter a cirurgia bariátrica ou procedimento de lipoaspiração após a alta, pois gostaria de continuar emagrecendo. Negou sentir-se triste, incapaz de sentir prazer, falta de motivação

RELATO DE CASO

EDUARDO ALVES GUILHERME
ROBERTO RATZKE

RELATO

ou ideação suicida. Também negou vivenciar alucinações e não verbalizou crenças delirantes, assim como negou alguma vez ter apresentado agitação psicomotora, estupor ou catatonia, após receber explicações sobre o que significavam tais termos. Arguido, informou jamais ter se sentido com aumento de energia, com pensamentos rápidos, tanto no passado quanto no presente. No entanto, manifestou desejo acentuado por cigarro, e, para isso, utilizou o termo "fissura" por cigarro.

Antecedentes pessoais

Segundo informações do paciente, aos 9 anos de idade, após traumatismo cranioencefálico (TCE), iniciou episódios caracterizados como crises convulsivas, com remissão após o uso de valproato de sódio. No entanto, seu rendimento escolar piorou, não conseguindo desenvolver as atividades escolares satisfatoriamente (ler e escrever). Abandonou a escola 7 anos após o TCE, aos 16 anos.

História do desenvolvimento

Nada significativo no período gestacional e puerpério. Recebeu aleitamento materno até os 13 meses de vida. Apresentou desenvolvimento neuropsicomotor sem alterações até o TCE, aos 9 anos de idade; a partir de então, houve piora do rendimento escolar e abandono dos estudos aos 16 anos.

Condições e hábitos de vida

Vive com a mãe em zona rural no interior do estado de Santa Catarina. O pai faleceu quando o paciente tinha 10 anos de idade. Trabalha em fumicultura, ambiente onde que encontra os demais familiares: tios, primos, aproximadamente oito pessoas com quem mantém relacionamento conflitante. Não possui bom relacionamento com a mãe.

Faz uso de 100 cigarros/dia e 5 litros de café/dia há 3 anos. Não fazia uso de medicação até o momento da entrevista. Faz três refeições diárias: café da manhã (pão e café), almoço (arroz, feijão, macarrão, batata e carne) e jantar (mesmo cardápio do almoço). Nega uso de drogas ilícitas, refere abuso de álcool aos finais de semana (três garrafas de cerveja aos sábados).

Dorme aproximadamente cinco horas por dia, sendo o sono não reparador. Sente-se sonolento durante o dia. Dorme às 21h e acorda às 3h.

Nada digno de nota com relação à revisão de sistemas.

Tratamento

Foi iniciado tratamento com fluoxetina 20 mg/dia e diazepam 5 mg de 8 em 8 horas. No sexto dia de internação, o paciente foi submetido a nova EDA para a tentativa de retirada do corpo estranho, sem sucesso. Caso houvesse novo insucesso (na terceira tentativa), o paciente seria submetido a laparotomia. No 13º dia, as sacolas plásticas foram retiradas por EDA.

Seis meses após a alta, o paciente apresentou ideação e planejamento suicida, pseudoalucinações visuais, heteroagressividade, sendo encaminhado para internação psiquiátrica integral, onde permaneceu por 2 meses. Na primeira semana após a alta, por sugestão de um paciente do hospital psiquiátrico, houve nova tentativa de emagrecimento, via ingestão de quatro copos de água sanitária. Foi levado ao pronto-atendimento de sua cidade com intensas queixas dispépticas, sendo encaminhado ao HC-UFPR e posteriormente indicada novamente internação em hospital psiquiátrico, a qual não foi aceita pela família.

Atualmente, o paciente apresenta sintomas ansiosos, melhora da impulsividade, nega pensamentos obsessivos de emagrecer, consome dois cigarros e quatro xícaras de café ao dia, sendo motivado a permanecer abstinente de ambos. Faz uso de risperidona 2 mg/dia, topiramato 200 mg/dia e propranolol 80 mg/dia. Segue em acompanhamento psiquiátrico quinzenal e psicoterapêutico semanal.

Avaliação psicológica

Quociente de inteligência (QI) verbal: 79 (limítrofe)

QI de execução: 65 (intelectualmente deficiente)

QI total: 70 (limítrofe) conforme a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos, 3ª edição (WAIS-III)

Diagnósticos

Eixo I: transtorno alimentar sem outra especificação, pica;

Eixo II: inteligência limítrofe;

Eixo III: abdome agudo;

Eixo IV: críticas dos familiares sobre seu peso.

CONCLUSÃO

Os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para TASOE apresentavam muitas limitações: sob a denominação SOE eram descritos vários quadros clínicos, das mais variadas gravidades. Anorexia nervosa e bulimia nervosa são os mais conhecidos e estudados dentre os transtornos alimentares,

¹ Médico psiquiatra, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), Curitiba, PR. ² Médico psiquiatra. Professor adjunto, Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR. Professor, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, HC-UFPR, Curitiba, PR.

mas a maioria das pessoas que procuram atendimento devido a um transtorno alimentar não preenche os critérios para esses diagnósticos⁷.

Este relato de caso teve o objetivo de mostrar que os TASOE, assim como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, também apresentam formas graves do ponto de vista clínico, inclusive com risco à vida. Nesse sentido, cresce a insatisfação⁸ com o DSM-5 a respeito dos critérios diagnósticos para TASOE, que permanecem confusos, arbitrários, de exclusão mais do que de inclusão. A esperança de que o DSM-5 trouxesse uma maior utilidade clínica para esses critérios não foi satisfeita.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Eduardo Alves Guilherme, Av. Marechal Floriano Peixoto, 471/33, Centro, CEP 89300-000, Mafra, SC. E-mail: edupsiq@gmail.com

Referências

1. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:980-9.
2. Walsh BT, Sysko R. Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *Int J Eat Disord*. 2009;42:754-64.
3. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe RD, Lask B, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18:79-89.
4. Button EJ, Benson E, Nollett C, Palmer R. Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): patterns of service use in an eating disorders service. *Psychiatr Bull*. 2005;29:134-6.
5. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther*. 2007;45:1705-15.
6. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
7. Walsh BT. Eating disorders in DSM-V: review of existing literature (Part 1). *Int J Eat Disord*. 2009;42:579-80.
8. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord*. 2011;44:553-60.