

# PARA ALÉM DAS APARÊNCIAS... (Sintomatologia Neuropsiquiátrica como forma de apresentação de insulínoma)

MANUELA VIDAL BORJA SANTOS, VÍTOR AMORIM RODRIGUES

Hospital Miguel Bombarda. Lisboa.

## RESUMO

Através da descrição de um caso clínico de adenoma de células  $\beta$  dos ilhéus de Langerhans (insulínoma), diagnosticado durante anos como Depressão em Neurose Histérica, os autores alertam para a possibilidade de manifestações psiquiátricas serem a primeira ou única forma de apresentação de um quadro orgânico

## SUMMARY

Beyond appearances...

(Neuropsychiatric Symptomatology as a form of presentation of  $\beta$ -cell islet tumor)

Through the description of a clinical case of  $\beta$ -cell islet tumor diagnosed for years as depression in hysterical neurosis, the authors alert to the possibility that psychiatric symptoms are the first or only form of presentation of an organic syndrome.

## INTRODUÇÃO

Situação orgânica que pode apresentar-se com sintomas psiquiátricos, a hipoglicemia é frequentemente confundida, entre outros quadros, com os de Distúrbio de Ansiedade Generalizada ou Ataques de Pânico; quando crónica, pode mesmo simular uma Psicose Funcional<sup>1,2</sup>.

Uma das causas de hipoglicemia é o hiperinsulinismo provocado pelo adenoma de células  $\beta$  dos ilhéus de Langerhans<sup>3,4</sup>.

Apresentamos um caso clínico em que, por detrás dos diagnósticos neuropsiquiátricos, se ocultava um insulínoma.

## CASO CLÍNICO

A.M., sexo feminino, raça branca, 45 anos doméstica, casada, com uma filha.

Aos 42 anos inicia quadro de agravamento progressivo, com humor deprimido, ansiedade, astenia, adinamia e anedonia. Apresentava períodos de inibição psicomotora e outros de grande agitação e desmandos de conduta, com heteroagressividade, coprolália e desnudamento em público.

Refere dificuldade em recordar estes episódios, os quais não eram aparentemente, precedidos de factores desencadeantes.

Tinha também crises convulsivas tónico-clónicas generalizadas, sempre de madrugada, de frequência progressivamente maior (ultimamente diárias), as quais duravam por vezes 6 a 7 horas.

A doente atribui o início da sua doença ao facto da filha ter ficado grávida de um homem casado.

Durante 3 anos foi seguida em várias consultas de Clínica Geral e Especialidades, tendo-lhes sido sucessivamente atribuídos

os diagnósticos de Síndrome Depressiva, Histeria de Conversão, Psicose Atípica e Epilepsia. Medicada com antidepressivos, ansiolíticos, neurolépticos e anticonvulsivantes, não apresentava melhoria sintomática, a qual apenas se verificava quando, recorrendo aos serviços de urgência, lhe era instituída terapêutica com soros.

A.M. parece ter tido um normal desenvolvimento psicomotor, concluindo a instrução primária. Com cerca de 20 anos iniciou uma relação marital e, tendo ficado grávida, casou pouco depois. Antes de adoecer desempenhava regularmente as actividades domésticas, ocupando-se da casa, do marido e da filha.

Aparentemente com bom ambiente familiar e social, A.M. mantinha cordial relacionamento com os vizinhos, sendo definida pelo marido e também por si própria como uma pessoa alegre, extrovertida, gostando de sair e de se divertir. A personalidade pré-mórbida seria pois bem ajustada, não havendo história de traumatismo craniano anterior nem de doenças psiquiátricas na família. Não parecem existir também ganhos secundários óbvios na manutenção dos sintomas.

Saudável até há três anos, nega hábitos alcoólicos, tabágicos, medicamentosos e outros.

Enviada durante uma das crises à consulta de neurologia e internada de imediato, apresentava-se em estupor, com posturas distónicas espontâneas dos quatro membros (lembrando a posição fetal), Babinski à direita, sem sinais de sofrimento do tronco cerebral. Pedido quadro analítico, é documentada hipoglicemia e administrada glicose hipertónica com imediata normalização do estado de consciência e do exame neurológico.

Tinha glicemia à entrada de 27 mg/dl, com insulina plasmática de 15,9 mcUI (I/G = 0,58). O E.E.G. revelava frequentes séries de ondas lentas e raras pontas sobre as regiões temporais. TAC

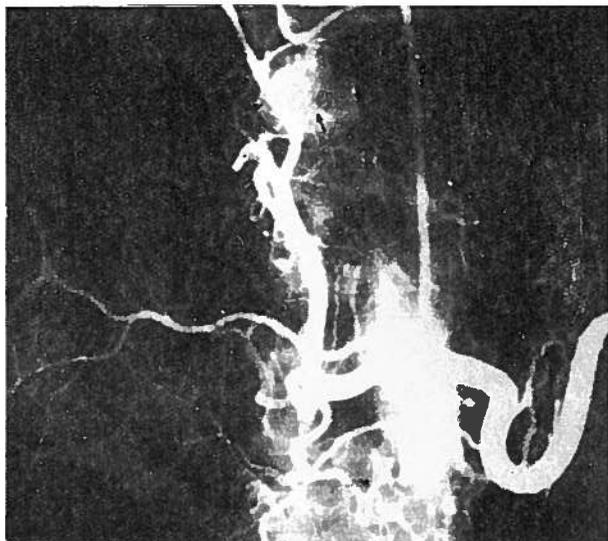


Fig. 1 — Arteriografia selectiva do tronco celíaco.

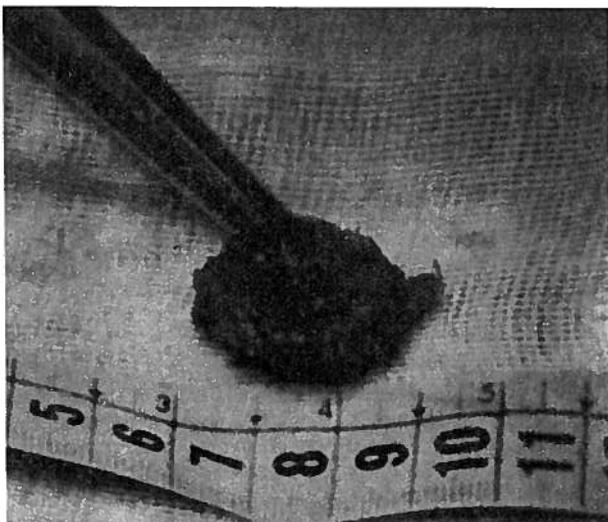


Fig. 2 — Peça operatória.

crâneo-encefálica sem alterações. TAC abdominal com imagem hipodensa, ovalada, visível em cortes tardios no corpo do pâncreas, transição para a cauda, após injeção de produto de contraste. A arteriografia selectiva de tronco celíaco (Fig. 1) revelava lesão vascularizada, enovelada, com *blush* e persistência tardia, com 2-3 cm de diâmetro, localizada no processo unciforme.

Transferida para o serviço de Cirurgia é efectuada a ablação do tumor (Fig. 2).

Observada um mês após a alta encontrava-se assintomática (sem convulsões ou alterações do comportamento e com humor eutímico), apresentando na avaliação das funções mentais superiores apenas ligeiras alterações cognitivas, sobretudo a nível da memória recente, consequência usual nestes quadros e muitas vezes de maior gravidade<sup>3</sup>. Tinha já retomado algumas das actividades da vida diária. Nove meses mais tarde continuava livre de sintomas.

## DISCUSSÃO

São conhecidos vários quadros psiquiátricos relacionados com insulínoma (embora surpreendentemente haja escassa biblio-

grafia sobre o tema) ainda que por vezes, tal como noutras patologias, seja necessário um alto índice de suspeição para se chegar a um correcto diagnóstico<sup>6</sup>.

Este caso é ilustrativo, pela relação causal estabelecida através da investigação clínica, da importância que assume na prática corrente o despiste de eventual organicidade aquando da eclosão de sintomatologia psiquiátrica, sobretudo se esta for florida e não se enquadrar perfeitamente nos quadros nosológicos classicamente descritos e ainda se existir personalidade pré-mórbida bem ajustada. As alterações do estado de consciência são um sinal que deve sempre alertar em relação a um quadro orgânico subjacente.

É também em casos como este que ressalta a particular importância da colaboração interdisciplinar, encontrando-se o psiquiatra em posição privilegiada para o estabelecimento da ponte entre os colegas médicos das várias especialidades e os outros seus colegas não médicos da área da saúde mental.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Dr<sup>a</sup> Ermelinda Santos Silva pela revisão deste trabalho.

## BIBLIOGRAFIA

1. KAPLAN, H. & SADOCK, B.: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Willins & Wilkins, 5th Edición. Baltimore 1989.
2. DIAS CORDEIRO J. C.: *Manual de Psiquiatria Clínica*. F. Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1986.
3. WILSSON, J. D. et al: *HARRINSON'S, Principles of Internal Medicine*, 12th Edition. New York. Mc. Graw-Hill, Inc. 1991.
4. GALBUT-D-L. MARKOWITZ-A-M.: *Insulinoma: diagnosis, surgical management and long-term follow up*. *AM-J-Surg* 1980.
5. D. SOUSA-C, JACOB-M-S.: *Insulinoma with Dementia* - *J-Assoc-Physicians - India* 1987.
6. STEINBERG-P-I, MACKENZIE-R.: *A Patient with Insulinoma Presenting for Psychiatric Assessment*. *Can-J-Psychiatry* 1989.