

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS E ESQUIZOFRENIA: RELATO DE CASO

DACROCE, Bruna Natalie¹
ALMEIDA, Rui M. S. S. A. de²
LISE, Andréa Maria Rigo³

RESUMO

Objetivo: O transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos e a esquizofrenia são doenças psiquiátricas facilmente confundidas por generalistas e/ou clínicos por conta de sua sintomatologia psicótica em comum. O presente trabalho objetiva destacar as diferenças entre as doenças e estabelecer um diagnóstico correto para o caso relatado. **Métodos:** Análise documental de prontuário médico e revisão bibliográfica para comparação sistemática entre os transtornos. **Resultados:** O artigo descreve o caso de um paciente com histórico de depressão na infância e adolescência e um episódio recorrente com componente psicótico aos 25 anos, que gerou um diagnóstico errôneo de esquizofrenia quando havia, de fato, uma depressão com sintomas psicóticos. **Conclusão:** O paciente do caso relatado preenche critérios para transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno psiquiátrico, depressão, esquizofrenia, diagnóstico.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES AND SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

ABSTRACT

Objective: Major depressive disorder with psychotic features and schizophrenia are psychiatric diseases easily mistaken by generalists and/or clinical physicians because of its common psychotic symptomatology. The presente work aims to highlight the differences between the diseases and to establish a correct diagnosis for the case reported. **Methods:** Documentary analysis of medical records and literature review for systematic comparison between the disorders. **Results:** The article describes the case of a patient with a history of depression in childhood and adolescence and a recurrent episode with psychotic features at age 25, wich generated na erroneous diagnosis of schizophrenia when there was, in fact, a depressive disorder with psychotic features. **Conclusion:** The patient in the reported case fulfills criteria for major depressive disorder with psychotic features.

KEYWORDS: psychiatric disorder, depression, schizophrenia, diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo primário do diagnóstico é separar unidades patológicas distintas, caracterizando-as tal qual sua fisiopatologia e etiologia. Levando em conta que doenças mentais agregam variado espectro de sintomatologia, os transtornos são agrupados conforme aspectos em comum e divididos de acordo com suas apresentações específicas (ANDREASEN; BLACK, 2009).

Os sintomas psicóticos estão presentes em variados transtornos psiquiátricos e incluem delírios, alucinações, discurso e pensamento desorganizado, comportamento desorganizado (incluindo

¹ Acadêmica do 8º período de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: brunadacroce@gmail.com

² Orientador, médico cirurgião cardiovascular, coordenador e professor do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: ruimsalmeida@iccop.com.br

³ Coorientadora, médica psiquiatra e professora do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: andrealise2094@hotmail.com

agressividade) e sintomatologia negativa. Transtornos que apresentem qualquer um dos sintomas citados são classificados como ‘psicóticos’ (APA, 2014).

A depressão é um transtorno de humor em que há anomalias no estado emocional do indivíduo. As variações de humor incluem estado depressivo, melancólico, angustiado, expansivo, eufórico, maníaco, entre outros. Pacientes que apresentam somente episódios depressivos possuem transtorno depressivo maior (ou unipolar), ou seja, não há história de episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. Da mesma forma, para preencher critérios diagnósticos, o episódio depressivo maior deve durar ao menos duas semanas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017).

Quando há sintomatologia psicótica concomitante a um quadro depressivo maior, classifica-se como transtorno depressivo maior psicótico, sendo que delírios nilistas ou somáticos e alucinações auditivas são os sintomas mais comuns nesse tipo de depressão (HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012).

A esquizofrenia, por sua vez, é uma patologia psiquiátrica que compõe um espectro de transtornos com clínicas e prognósticos variáveis, havendo alterações emocionais, cognitivas, de pensamento e comportamentais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017). O paciente apresenta sintomas positivos (alucinações, delírios), negativos (empobrecimento emocional e social) e outros sintomas psicóticos, como comportamento e discurso desorganizado (ANDREASEN; BLACK, 2009).

O diagnóstico psiquiátrico é puramente clínico observacional e a sintomatologia psicótica não é patognomônica de nenhum transtorno. O diagnóstico diferencial costuma ser baseado na noção de que o clínico está escolhendo um único diagnóstico entre um grupo de diagnósticos que rivalizam entre si e que são mutuamente exclusivos, com a finalidade de melhor explicar determinada apresentação de sintomas. Dessa maneira, o diagnóstico diferencial é essencial para a diferenciação de um quadro de esquizofrenia e outras doenças que envolvem sintomas psicóticos (HALES; YUDOFISKI; GABBARD, 2012; FIRST, 2015).

2. METODOLOGIA

O artigo é descritivo qualitativo de análise documental do prontuário médico de um único paciente. Do documento analisado foram retiradas informações como identificação do paciente (idade, sexo, etnia, ocupação), história da doença atual (quadro clínico atual, medicações em uso), história patológica pregressa (início dos sintomas, histórico de internações, histórico de medicações utilizadas, comorbidades associadas), história familiar e evolução clínica das condutas realizadas (evolução de diagnósticos e condutas realizadas conforme curso da doença). Com esses dados e tendo

em mãos critérios diagnósticos, foi feita uma análise comparativa das doenças, evidenciando-se a importância de sua diferenciação.

O participante tem conhecimento sobre os dados coletados e autorizou a utilização desses, como consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo próprio paciente. O prontuário do paciente foi fornecido pelo médico responsável e impresso para a realização da coleta dos dados. Para tanto, o médico forneceu, por escrito, uma autorização dos referidos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, o qual estabeleceu parecer favorável sob o número 15908119.6.0000.5219.

3. RELATO DO CASO

J., masculino, 37 anos, dentista, residente em Cascavel/PR. Aos 11 anos, apresentou quadro de angústia e medo profundo, principalmente a trovão e chuva, além de isolamento dos colegas na escola. Relata ida ao médico sem diagnóstico ou tratamento estabelecidos.

Aos 14 anos, apresentou, por 30 dias, quadro de mudez, humor deprimido, não se alimentava, ficava sem tomar banho, isolava-se dos colegas da escola e não queria mais brincar, com sono prejudicado e presença de medos injustificáveis que causavam grande agitação. Negou alucinações e delírios. Descartada simulação, sem histórico de outras doenças, episódios de mania/hipomania ou uso de substâncias, foi feito o diagnóstico de depressão maior grave por psiquiatra e iniciou uso de fluoxetina e haloperidol. Após um ano de tratamento relatou melhora e recebeu alta médica.

Aos 19 anos, iniciou faculdade de Odontologia, com retorno da sintomatologia de humor deprimido, desmotivação para ir à faculdade, estudar ou sair com amigos, sono prejudicado, cansaço físico diário e dificuldade de concentração. Negou delírios ou alucinações. Iniciou com paroxetina e diazepam. Apresentou quadro recorrente por quatro anos, com manutenção da paroxetina, introdução da fluoxetina e troca do benzodiazepínico para flurazepam.

Aos 25 anos, mudou-se para outro estado e deu seguimento ao tratamento com o serviço médico não especializado do local, onde recebeu diagnóstico de esquizofrenia e prescrição de olanzapina, haloperidol, tioridazina, clonazepam e flurazepam. Relatou que na época desse diagnóstico apresentava-se isolado, com humor deprimido, sem vontade de trabalhar, culpando-se por estar doente e não trabalhar, sem iniciativa, com vontade de permanecer deitado, apático, com dificuldade de concentração e com presença de alucinações auditivas com conteúdo de vozes negativas.

Retornou ao Paraná aos 30 anos e procurou novo psiquiatra. Estava em uso, desde então, das medicações prescritas cinco anos atrás e apresentava, naquele momento, quadro de humor deprimido e cessação das alucinações, porém afirmava estar urinando nas roupas, sentindo-se sedado, com

memória prejudicada e tremor de mãos. Apresentava grande resistência à diminuição de medicações antipsicóticas, principalmente a olanzapina, alegando receio do retorno da sintomatologia psicótica.

O desmame das medicações durou dois anos e as medicações antipsicóticas foram reduzidas, permanecendo apenas a olanzapina, a pedido do paciente. Também foi introduzida medicação antidepressiva (escitalopram). Após dois anos de reajuste medicamentoso, o paciente estava em uso de escitalopram, diazepam e olanzapina em baixa dose. Relatava melhora nos sintomas de humor e extrapiramidais. Foi realizada nova tentativa de retirada da olanzapina, com sucesso. Paciente mantém atualmente uso de escitalopram e diazepam, apresenta quadro de humor estabilizado e nega alucinações.

4. DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE CRITERIOSA DAS DOENÇAS

Indivíduos com depressão maior e indivíduos com esquizofrenia podem apresentar sintomas psicóticos, por isso muitas vezes torna-se difícil diferenciar uma depressão com sintomas psicóticos de uma esquizofrenia (ANDREASEN; BLACK, 2009). Para facilitar a delimitação de cada patologia e para a definição de um diagnóstico preciso, a utilização de uma análise sistemática de critérios diagnósticos tem se mostrado a forma mais confiável para elaboração de conclusões clínicas em psiquiatria (APA, 2014).

O DSM-5 (APA, 2014), manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, apresenta nove critérios para depressão, dos quais cinco devem estar presentes por, ao menos, duas semanas e de forma que um deles seja, impreterivelmente, humor deprimido ou perda do interesse/prazer, conforme o quadro exposto:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR
A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica. 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideiação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
 - B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- Nota:** Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.
- Nota:** Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.
- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. **Nota:** Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Fonte: American Psychiatric Association (2014)

No que se refere ao transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos, são consideradas características psicóticas congruentes com o humor: delírios e alucinações cujo conteúdo é coerente com os temas depressivos típicos, como inadequação pessoal, culpa, doença, morte, entre outros (APA, 2014).

Quanto à Esquizofrenia, O DSM-5 (APA, 2014) esquematiza os critérios como mostrado no quadro a seguir:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS - ESQUIZOFRENIA

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Fonte: American Psychiatric Association (2014)

4.2 ANÁLISE DO CASO E COMPARAÇÃO SISTEMÁTICA ENTRE AS DOENÇAS

4.2.1 Idade

O paciente recebeu o primeiro diagnóstico de depressão maior aos 14 anos de idade. A depressão na infância e adolescência não é tão prevalente quando na vida adulta, sendo que a idade média de aparecimento de sintomas é em torno dos 40 anos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017). Quando ocorre fora da faixa de vida adulta e velhice, surge geralmente aos 9 anos em crianças e entre 13 e 19 anos em adolescentes (BAHLS, 2002). A esquizofrenia, por sua vez, possui a idade média para primeiro episódio psicótico aos 21 anos para homens e 27 anos para mulheres (ANDREASEN; BLACK, 2009). Em ambos os transtornos, a etiopatogenia que define o início da doença não é ao todo elucidada e envolve tanto fatores genéticos quanto ambientais (ANDREASEN; BLACK, 2009; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017).

4.2.2 Sintomatologia

No que se refere às primeiras manifestações psiquiátricas, aos 14 anos, o paciente apresentou sintomas de isolamento, alterações de alimentação, higiene e sono, medo intenso, além de sintomatologia motora, manifestada pela mudez. A sintomatologia típica de depressão na infância inclui tristeza profunda, isolamento, angústia de separação, alterações de sono e fobias (BAHLS; 2002). Um quadro inicial de esquizofrenia, por sua vez, é muito raro na infância (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017; TENGAN; MAIA, 2004) e apresenta predomínio de sintomas comportamentais de isolamento e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, tal qual desorganização de discurso e presença de alucinações e delírios (TENGAN; MAIA, 2004).

Os sintomas apresentados aos 19 anos são semelhantes ao quadro da infância, enquanto a reagudização aos 25 anos apresentou a mesma sintomatologia e um diferencial: o surgimento de alucinações auditivas com conteúdo de vozes negativas. A presença concomitante de sintomas psicóticos e um transtorno de humor levanta a possibilidade de se tratar de um transtorno de humor com componentes psicóticos. O diagnóstico diferencial com outros transtornos psicóticos depende da relação temporal entre as alucinações e os episódios de humor, ou seja, se as alucinações estão exclusivamente associadas ao episódio de depressão, trata-se de um transtorno depressivo maior com características psicóticas. Se as alucinações também ocorrem antes ou depois do episódio de humor, o diagnóstico pode ser de algum transtorno psicótico como a esquizofrenia (FIRST, 2015).

Outro indicativo de características psicóticas associadas a um transtorno de humor é o conteúdo psicótico. Em casos de transtorno depressivo maior, as alucinações geralmente são congruentes com o humor, ou seja, são vozes acusatórias punitivas (FIRST, 2015). Em casos de esquizofrenia, o conteúdo das alucinações é mais variado e inclui ruídos, música e vozes únicas ou múltiplas que podem falar palavras, expressões ou frases (ANDREASEN; BLACK, 2009). Devido aos sintomas psicóticos em um transtorno de humor estarem confinados a episódios desse transtorno, com a atenuação dos sintomas de humor, há também remissão dos sintomas psicóticos. Diferentemente de um quadro de esquizofrenia, em que a psicose não é confinada ao humor (ANDREASEN; BLACK, 2009; FIRST, 2015).

Os sintomas extrapiramidais e de incontinência manifestados aos 30 anos são consequência do uso contínuo de neuropléticos (FREDERICO *et al*, 2008). Tal sintomatologia não é referenciada na literatura como intrínseca de transtornos de humor ou outros transtornos psicóticos.

As reagudizações do quadro depressivo aos 19, 25 e 30 anos demonstram o padrão recorrente do distúrbio que, por definição, é um transtorno depressivo com ao menos um segundo episódio depressivo maior, diferentemente da evolução natural da esquizofrenia, em que se observam três fases predominantes: prodrômica, ativa e residual. A Prodrômica manifesta-se por manifestações comportamentais e embotamento afetivo; a Ativa por sintomatologia positiva e a Residual por sintomatologia negativa (ANDREASEN; BLACK, 2009; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017).

4.2.3 Tratamento e medicações utilizadas

No caso abordado, diversas medicações psicotrópicas foram utilizadas ao longo dos anos. No quadro inicial aos 14 anos, o paciente fez uso de um antidepressivo (fluoxetina) e um antipsicótico típico (haloperidol). Quadros de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência são manejados de maneira individualizada. Para o transtorno depressivo, a psicoterapia dá preferência aos antidepressivos inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRSs) e, entre eles, a fluoxetina é a medicação de primeira escolha, por ser considerada a mais segura para crianças e adolescentes (CURATOLO; BRASIL, 2005). Os antipsicóticos, como o haloperidol, são utilizados na infância e na adolescências para condições psicóticas majoritariamente e também para transtornos não psicóticos, como alterações comportamentais e de conduta (ROCHA; BATISTA; NUNES, 2004).

Ao longo da recorrência do quadro dos 19 aos 25 anos, o paciente em análise utilizou diferentes antidepressivos (paroxetina, fluoxetina) e benzodiazepínicos (diazepam, flurazepam). Para quadros depressivos em adultos, é recomendado o tratamento inicial com ISRSs por 4 a 8 semanas e então reavaliação com posterior aumento da dosagem da droga ou troca de classe, se necessário. A

coadministração de benzodiazepínicos auxilia o quadro depressivo quando há componente ansioso. Para casos recorrentes, é necessária a manutenção a longo prazo do tratamento (ANDREASEN; BLACK, 2009).

No episódio psicótico aos 25 anos, em vigência do diagnóstico de esquizofrenia, o paciente fez uso de variadas classes medicamentosas, incluindo antipsicóticos típicos (haloperidol, tioridazina), antipsicóticos atípicos (olanzapina) e benzodiazepínicos (clonazepam, flurazepam). Para esquizofrenia, as medicações de escolha são os antipsicóticos. São usadas diferentes classes e doses, dependendo da fase da doença - se psicose vigente ou se período residual ou de estabilização (ANDREASEN; BLACK, 2009). Já os casos de transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos são efetivamente tratados com uso combinado de antidepressivos e antipsicóticos ou uso de técnica de eletroconvulsoterapia (CASTRO; NETO, 2004).

Após o desmame medicamentoso dos antipsicóticos e introdução de medicação antidepressiva (escitalopram), o paciente teve melhora no quadro de humor. Desde então, tem quadro estabilizado e faz uso contínuo de escitalopram e diazepam. A escolha pelo escitalopram deve-se a sua superioridade em eficácia em comparação com outros ISRSs, enquanto a utilização do diazepam é por conta da sintomatologia ansiosa concomitante (ANDREASEN; BLACK, 2009; KIRINO, 2012).

4.2.4 Critérios diagnósticos e estabelecimento do diagnóstico

Aos 11 anos, o paciente apresentou quadro indicativo de transtorno depressivo na infância, com presença de fobias específicas, porém as poucas informações desse quadro inicial não tornam possível um diagnóstico adequado.

Aos 14 anos o paciente apresentou, por mais de duas semanas, humor deprimido (critério 1), isolamento e abandono de brincadeiras na escola (critério 2), diminuição de apetite/alteração de alimentação (critério 3), sono prejudicado (critério 4) e medos injustificáveis, gerando agitação (critério 5). Tais critérios concluem um transtorno depressivo maior, episódio único e de leve graduação.

Aos 19 anos, apresentou sintomas de humor deprimido (critério 1), desmotivação (critério 2), sono prejudicado (critério 4), cansaço (critério 6) e dificuldade de concentração (critério 7). A ocorrência de novo episódio depressivo maior em um período acima de 2 meses após o primeiro, classifica o transtorno como depressivo maior recorrente, sendo este novamente um episódio leve.

Aos 25 anos, relatou que apresentava humor deprimido (critério 1), desmotivação (critério 2), cansaço (critério 6), sentimento de culpa (critério 7) e dificuldade de concentração (critério 8) e, diferentemente dos quadros anteriores, alucinações auditivas com conteúdo negativo. Esses critérios

concluem se tratar de um transtorno depressivo maior com características psicóticas congruentes com humor (APA, 2014). Como já citado, os sintomas extrapiramidais apresentados aos 30 anos devem-se ao uso de medicações antipsicóticas e não ao transtorno em si (FREDERICO *et al*, 2008).

4.3 ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO

Após estabelecimento de um diagnóstico preciso de transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos, foi possível adequar o tratamento e permitir estabilização do quadro. Como a sintomatologia psicótica dentro de um transtorno depressivo é restrita ao quadro de humor, com o manejo desse quadro há remissão da sintomatologia psicótica (ANDREASEN; BLACK, 2009; FIRST, 2015).

5. CONCLUSÃO

A psiquiatria é uma área em que a clínica é soberana, pois não há, até o momento, propedêutica complementar para estabelecimento ou confirmação diagnóstica. Por conta disso, a análise criteriosa de sintomas ainda é o método que melhor se aplica na prática. Esse artigo comparou, sistematicamente, os sintomas e os critérios diagnósticos entre duas doenças psiquiátricas que compartilham determinadas sintomatologias: o transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos e a esquizofrenia. Por meio dessa comparação, foi possível concluir que se tratava de um caso de depressão maior com sintomas psicóticos e não, como estabelecido previamente, de um quadro de esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREASEN, Nancy C.; BLACK, Donald W. **Introdução à psiquiatria**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **J. Pediatr.** v. 78, p. 359-366, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805359.pdf>. Acesso em: 07/08/2019.

CASTRO, Ana Paula W. de; NETO, Francisco L. Continuação do antipsicótico em depressão psicótica. **Rev. Psiqu. Clin.** v. 31, p. 300-305, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n6/23025.pdf>. Acesso em: 07/08/2019.

CURATOLO, Eliana; BRASIL, Heloísa. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **J. Psiquiatr.** v. 54, p. 170-176, 2005. Disponível em http://www.fiocruz.br/media/bipolar_heloisa_brasil.pdf. Acesso em: 07/08/2019.

FIRST, Michael B. **Manual de diagnóstico diferencial do DSM-5**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREDERICO, Wanessa A.; OGA, Seizi; PEQUENO, Maria de Lourdes R.; TANIGUCHI, Shirley F. Efeitos extrapiramidais como consequência de tratamento com neurolépticos. **Einstein**. v. 6, p. 51-55, 2008. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/695-Einstein%20v6n1%20port%20p51-5.pdf>. Acesso em: 07/08/2019.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KIRINO, E. Escitalopram for the Management of Major Depressive Disorder: A Review of its Efficacy, Safety, and Patient Acceptability. **Patient Preference and Adherence**. v. 6, p. 853-861, 2012. Disponível em https://www.siicsalud.com/pdf/136869_82813.pdf. Acesso em: 07/08/2019.

ROCHA, Gibsi P.; BATISTA, Bianca H.; NUNES, Magda L. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. **J. Pediatr.** v. 80, p. S45-S55, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa07.pdf>. Acesso em: 07/08/2019.

TENGAN, Sérgio K.; MAIA, Anne K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **J. Pediatr.** v. 80, p. S3-S10, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa02.pdf>. Acesso em: 07/08/2019.