

## Perturbação de Pânico ou Espasmofilia?

Bernardo S. F. Ribeiro\*

### Resumo:

O autor descreve um caso de uma doente de 30 anos, sexo feminino, que apresenta episódios súbitos e inesperados de parestesias, sensação de dificuldade respiratória, sensação de sufoco, disartria e espasmo carpal, que numa primeira abordagem lembra um Ataque de Pânico, em que foi diagnosticada Espasmofilia. O autor faz uma breve revisão sobre o tema da Espasmofilia e da sua eventual relação com os Ataques de Pânico, seguido da discussão diagnóstica.

**Palavras-chave:** Espasmofilia; Tetania latente; Ataque de Pânico; Magnésio.

### ABSTRACT:

*The author describes a case in which a 30 year-old female patient presents with sudden and unexpected episodes of paresthesias, sensations of shortness of breath and choking, dysarthria and carpal spasm which can easily be mistaken for Panic Disorder. A theoretical dissection on the issue of Spasmophilia and its possible connection with Panic Attacks is followed by a discussion of the differential diagnosis regarding the clinical case.*

**Key Words:** Spasmophilia; Panic attacks; Magnesium.

### CASO CLÍNICO:

RC, 30 anos, sexo feminino, casada, psicóloga (área social), natural e residente em Lisboa. Em Fevereiro de 2004, (no dia em que decide vir a ter filhos), inicia de forma súbita e inesperada, enquanto viajava de carro acompanhada pelo marido, episódio de dificuldade respiratória, sensação de sufoco, sensação de rigidez da língua e

orofarínge, seguido de parestesias periorais e nasais, progredindo para a região torácica e membros, principalmente nas mãos, sensação de desmaio, seguido de espasmo carpal e disartria. O episódio terá atingido o pico por volta dos quinze minutos após o seu início e terá regredido lentamente durante cerca de uma hora. Foi observada no S.U. do H. St<sup>a</sup>. Maria onde terá sido diagnosticado "intoxicação" sic e medicada com "cortisona" sic. Nos dias seguintes manteve parestesias na face e dificuldade na deglutição.

Depois deste episódio desenvolveu uma preocupação ligeira mas persistente acerca de ter novos ataques, pelo que se dedicou à investigação do assunto, tendo-se auto-diagnosticado como sofrendo de Ataques de Pânico. A doente manteve a sua rotina diária. Cerca de um mês mais tarde, durante uma apresentação oral, iniciou sensação de mal-estar inespecífico, seguido de hiperventilação, sem outras queixas ou consequências, que aliviou com o repouso. Após este episódio foi medicada por telefone por neurologista familiar com loflazepato de etilo (Victan<sup>®</sup>) S.O.S. Cerca de dois meses mais tarde, durante uma viagem de trabalho em que seguia sozinha, inicia episódio caracterizado por sensação de dificuldade respiratória e de sufoco, rigidez da orofarínge, hiperventilação, seguido de parestesias plantares esquerdas, espasmo carpal intenso (não conseguia mexer as mãos) e espasmo plantar ligeiro, acompanhado ainda de disartria - "quase não consigo falar; falo de uma forma arrastada" sic. Refere que parou o carro na berma da estrada e tomou três comprimidos de Victan<sup>®</sup> (segundo

ordem da neurologista por telefone) num espaço de trinta a sessenta minutos, não havendo qualquer melhoria. Manteve o quadro flutuante durante cerca de duas horas. Foi observada em consulta de neurologia no dia seguinte, onde foi diagnosticada Espasmodia e medicada com pidolato de magnésio (Magnesona<sup>®</sup>) (duas ampolas/dia, durante três semanas) alternado com cálcio (1cp/dia durante uma semana) e diazepam (5mg, 3x/dia). Fez análises de rotina com ionograma e função endócrina, que não revelaram alterações. Não foram pedidos outros exames. Durante o mês de Abril, após este episódio, a doente agrava a sua preocupação quanto à possibilidade de surgir novo ataque, evita conduzir e inclusivamente abandona o seu trabalho por este implicar deslocações distantes. Inicia em Maio psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental. Em Julho, durante uma refeição, enquanto acompanhada, ocorre novo episódio com sensação de "excitação muscular" sic, seguido de espasmo carpal e disartria. Até à data apenas surgiram episódios de baixa intensidade, caracterizados sobretudo por parestesias, principalmente após dias de trabalho intensivo. Refere ainda um episódio em que ao acordar, sentiu parestesias em todo o hemicorpo esquerdo, que foram progressivamente desaparecendo "ao longo da manhã" sic. Em termos de antecedentes pessoais não há patologia psiquiátrica prévia.

Quanto aos antecedentes familiares refere que a mãe "é muito nervosa e deprimida, principalmente desde que o meu pai morreu" sic. Foi neste contexto que a doente procurou perceber a relação existente entre a perturbação de

pânico e a espasmodia- de que forma uma influencia a outra, qual é o síndrome preponderante e o que é que "pertence" a cada um destes síndromes. Ao confrontar-me com a minha falta de informação sobre o tema, limitei-me a pedir à doente para marcar nova consulta e, após a devida pesquisa, devolver-lhe a desejada informação. Este artigo é o resultado dessa pesquisa, que demonstrou tratar-se de um assunto complexo e incerto, mas muito interessante e quem sabe, útil para a nossa prática clínica.

#### **TETANIA LATENTE OU ESPASMODIA:**

A Tetania é um síndrome neuropsiquiátrico caracterizado pela actividade espontânea do Sistema Nervoso Central e Periférico. Consideram-se dois tipos: Tetania Manifesta e Tetania Latente ou Espasmodia. A primeira é secundária a hipocalcémia e sendo relativamente rara, ocorre geralmente após uma paratiroidectomia. A Tetania Latente ou Espasmodia é mais prevalente, particularmente em mulheres jovens, e está associada a hipomagnesémia. Em teoria a hipomagnesémia cursa quase sempre com hipocalcémia<sup>9</sup> mas na prática a espasmodia não melhora com suplemento de cálcio pelo que se fala em termos de hipomagnesémia (sendo esta doença também chamada tetania idiopática normocalcémica)<sup>1</sup>. A Espasmodia existe quer na forma hereditária quer na forma adquirida. As manifestações clínicas são inespecíficas e têm sido descritas na literatura sob o nome de vários síndromes tais como síndrome de hiperventilação, síndrome de fadiga crónica, astenia neurocirculatória, doença de Barlow idiopática<sup>4</sup>. Ainda não está esclarecido se trata ou não da mesma entidade<sup>2</sup>.

Segundo Durlach<sup>7</sup>, podemos dividir os sintomas em cinco categorias:

- 1) manifestações centrais de labilidade emocional, dispneia, hiperventilação, tremor, cefaleias, tonturas, insónia, e astenia;
- 2) manifestações periféricas de parestesias, formicação, fasciculações, câibras, dor radicular e fraca tolerância ao exercício físico;
- 3) distúrbios específicos de órgãos-alvo como palpitações, dor torácica, palidez, sudorese, fenómeno de Raynaud, discinesia biliar ou cólon espástico;
- 4) fenómenos tróficos como fragilidade das unhas, cabelo e dentes;
- 5) crises agudas caracterizadas por hiperventilação, síncope, convulsão e espasmo carpo-planar. O número de sinais e sintomas é geralmente proporcional à gravidade da deficiência de magnésio, mas também varia com idade, sexo, e situações de stress<sup>5</sup>. O nome de Tetania Latente vem do facto dos seus sinais e sintomas ocorrerem de forma intermitente ou mesmo nunca.

Embora as concentrações séricas e eritrocitárias de magnésio estejam reduzidas nos doentes com espasmofilia, relativamente a grupos de controlo, estas podem estar normais. Segundo alguns autores devem ser pedidos também os níveis de cálcio sérico, calciúria e magnesiúria diários<sup>4</sup>. O diagnóstico é feito essencialmente pela clínica e pelos exames neurofisiológicos. O sinal de Chvostek<sup>10</sup>, sensível embora pouco específico, está presente em 85% dos casos, e consiste na percussão do nervo facial próximo do seu foramen de saída, o que induz uma contracção facial ipsilateral (indica uma irritabilidade mecânica

dos nervos). Muito específico mas apenas presente nos casos mais graves (embora alguns autores o considerem altamente sensível<sup>1</sup>) é o sinal de Trousseau<sup>15</sup>. Este consiste na indução de um espasmo carpal típico ("main d'accoucheur" ou "mão de parteira") através da isquémia dos nervos com a manga do esfigmomanómetro no membro superior durante três minutos. O Electromiograma mostra potenciais de unidade motora duplos ou triplos, de alta frequência<sup>10</sup>. O EEG por vezes manifesta anomalias "irritativas difusas" com pontas e ondas agudas. Há quem considere que o diagnóstico requer um Teste de Magnésio Oral: em doses fisiológicas (5mg Kg/dia), o magnésio oral é totalmente desprovido dos efeitos farmacológicos do magnésio parentérico; a correcção da sintomatologia com esta dose é a melhor prova que era devido a hipomagnesémia<sup>4</sup>.

A hiperventilação voluntária induz crises de tetania, porque a alcalose reduz o limiar de activação neuronal, favorecendo assim potenciais de acção espontâneos<sup>4</sup>. O stress<sup>7</sup>, "emocional" também parece ser um dos factores indutores de crises tetânicas- não pela hiperventilação, que eventualmente possa estar associada mas pelo nível de catecolaminas circulantes que diminuem o limiar de excitabilidade neuromuscular, e provavelmente porque também favorecem a captação do magnésio para o tecido adiposo à medida que os ácidos gordos são libertados<sup>6</sup>.

Outro fenómeno curioso é a associação bidireccional entre a Espasmofilia e o Prolapso da Válvula Mitral (PVM)- cerca de um terço dos

doentes com espasmofilia apresentam PVM, e a espasmofilia é praticamente universal nos doentes com PVM. Mais curioso ainda é o facto de alguns estudos demonstrarem que os sintomas de PVM melhoram significativamente com a administração de magnésio<sup>8</sup>.

O tratamento de eleição para a Espasmofilia é o magnésio, que demonstrou reduzir significativamente a sintomatologia. Não está esclarecido, ao que parece, por quanto tempo deve a terapêutica ser mantida. A administração de cálcio não demonstrou eficácia na redução da sintomatologia<sup>1</sup>.

#### **DISCUSSÃO:**

A associação entre Perturbação de Pânico (PP) e Espasmofilia é um assunto muito pouco estudado e controverso. Na pesquisa efectuada na PubMed, foram encontrados escassos artigos, e não há referência nos livros de texto consultados. Dos artigos encontrados, a maioria fala no papel do magnésio nas perturbações psiquiátricas e na Espasmofilia, e muitos datam da década de 70 e 80.

Relativamente ao PVM, que alguns estudos indicavam ter uma maior prevalência na PP, actualmente já se demonstrou que ocorre com a mesma frequência nos doentes com e sem Perturbação de Pânico<sup>11</sup>.

Alguns doentes com PP são considerados hiper-ventiladores crónicos. Uma hipótese em aberto é que os doentes com PP têm um sistema de alarme de asfixia hipersensível, onde o aumento do pCO<sub>2</sub> e das concentrações de lactato cerebral activam prematuramente um monitor de asfixia fisiológico,

sendo assim a pCO<sub>2</sub> mantida abaixo dos níveis normais<sup>11</sup>. É possível que alguns destes doentes, com predisposição para Espasmofilia, induzam assim crises de tetania.

Apenas um artigo fala da incidência da Tetania Latente na Perturbação de Pânico<sup>12</sup>, a que só tive acesso ao resumo. Neste artigo, de origem Checa, o autor pesquisa o diagnóstico de Espasmofilia em 20 doentes tratados numa instituição psiquiátrica por Perturbação de Pânico. Dos 20 doentes, 18 (90%) apresentam critérios de diagnóstico para Espasmofilia. Desta forma, o autor recomenda que em todos os doentes tratados para PP, deve ser feito o despiste de Espasmofilia com a realização de ionograma (Magnesémia e Magnésio eritrocitário), e EMG.

Numa abordagem menos atenta, este quadro pode facilmente ser considerado apenas como uma Perturbação de Pânico, principalmente se alguns dos sintomas atípicos que apresenta não forem valorizados, tais como os espasmos musculares ou a disartria. Embora não seja possível dizer com toda a certeza que não ocorreram Ataques de Pânico, o facto destes episódios poderem ser explicados pelo distúrbio metabólico não permite o diagnóstico de Perturbação de Pânico. Por outro lado, surgiria também em segundo plano o diagnóstico de Perturbação de Conversão. Da mesma forma, este diagnóstico fica colocado de parte uma vez que foi detectada uma alteração neurofisiológica que explica totalmente o quadro. A doente desenvolveu, contudo, uma ansiedade antecipatória face a ter novos ataques, e alterou de forma significativa os seus comportamentos, tendo deixado de conduzir e

abandonado a sua actividade profissional. Por estas razões, podemos fazer o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade secundária a Tetania (estado físico geral) com Ansiedade Generalizada (293.84), e Agorafobia Sem História de Perturbação de Pânico (300.22: DSM-IV-TR)<sup>3</sup>.

#### CONCLUSÃO:

O magnésio parece desempenhar um papel importante em determinadas patologias psiquiátricas, fazendo a ponte com distúrbios do foro neurológico. A Espasmofilia é uma doença neuropsiquiátrica que se revela quer por sintomas e sinais neurológicos, quer psiquiátricos. O facto destes se poderem apresentar de forma aguda e inesperada, com sintomas que se integram no Ataque de Pânico, faz desta uma patologia a incluir no diagnóstico diferencial dos Ataques de Pânico, principalmente quando estão presentes a hiperventilação, parestesias e câibras. O diagnóstico pode, nalguns casos, ser feito no próprio consultório através do sinal de Trousseau. A terapêutica é fácil, económica e eficaz. A associação entre Perturbação de Pânico e Espasmofilia não se encontra esclarecida.

#### Bibliografia:

1. Becker KL Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins, 1916-1917, 2000.
2. Delvaux M, Fontaine P, Bartsch P, Fontaine O. Tetany, Spasmophilia, Hyperventilation Syndrome: Theoretical and Therapeutic Synthesis. Rev Med Liege. Oct; 53(10):610-8, 1998.
3. DSM-IV-TR, 4ª Ed. Climepsi Editores, 2002.
4. Durlach J, Bac P, Durlach V, Bara M, Guiet-Bara A. Neurotic, neuromuscular and autonomic nervous form of magnesium imbalance. Magnes Res. vol.10(2), p169-95, 1997.
5. Durlach J, Bac P, Bara M, Guiet-Bara A. Physiopathology of symptomatic and latent forms of central nervous hyperexcitability due to magnesium deficiency: a current general scheme. Magnes Res. Dec.;13(4):293-302, 2000.
6. Fauci AS, Wilson JD, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Isselbacher KJ, Martin JB, Braunwald E, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed. McGraw-Hill, New-York, 1998.
7. Galland L-Magnesium. Stress and Neuropsychiatric disorders. Magnes Trace Elem. 10(2-4): 287-301, 1991-92.
8. Galland LD, Baker SM, McLellan RK. Magnesium Deficiency in the Pathogenesis of Mitral Valve Prolapse. Magnes; 5(3-4):165-74, 1986.
9. Michael J. Aminoft. Neurology and General Medicine. 3rd ed. Churchill Livingstone, pg.312, 2001.
10. Raymond D. Adams, Maurice Victor. Principles of Neurology. McGrawHill, 6th ed., pg.977, 1989.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th. Ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
12. Taborska V. Incidence of Latent Tetany in Patients with Panic Disorder. Cesk Psychiatr. Jul; 91(3):183-90, 1995.
13. Wilson, Foster, Kronenberg, Larsen, Williams Textbook of Endocrinology. 9th. ed. Pg 1185. Saunders, 1998.