

DERMATOSE NEUROPSICOGÉNICA

CASO CLÍNICO

Isabel Rosmaninho*, Lia Fernandes**, Mário Miranda***, José Ferraz de Oliveira#, José Manuel Lopes##, Marianela Vaz***

RESUMO

Os autores apresentam um caso de dermatose neuropsicogénica, em mulher de 46 anos de idade, a propósito do qual fazem algumas considerações acerca desta doença.

Palavras-chave: Dermatose neuropsicogénica; emoções..

INTRODUÇÃO

Nas doenças psicossomáticas, a pele é muitas vezes o órgão alvo de resposta emocional, em situações de stress crónico. Os distúrbios de etiologia psiquiátrica com expressão cutânea compreendem as escoriações neuróticas, síndrome factícia e síndrome dismórfica⁽¹⁾. A dermatose neuropsicogénica (ou neurodermatite) é uma doença cutânea não alérgica crónica, em que as características psicológicas, emocionais e comportamentais são as componentes principais da doença^(2,3). Ocorre principalmente no sexo feminino, situando-se a idade média de início entre os 30 e os 50 anos. O quadro clínico caracteriza-se por prurido acompanhado de lesões de coceira⁽⁴⁾.

O reconhecimento desta dermatose é de grande interesse porque pode mimetizar doenças alérgicas e não responde ao tratamento médico convencional^(5,6).

* Interna do internato complementar de Imunoalergologia.

** Assistente hospitalar de Psiquiatria.

*** Assistente hospitalar de Imunoalergologia.

Assistente hospitalar graduado de Imunoalergologia.

Professor auxiliar de Anatomia Patológica.

*** Chefe de Serviço de Imunoalergologia.

CASO CLÍNICO

MCSCG, 46 anos, sexo feminino, raça caucasiana, divorciada. Referenciada à consulta de Imunoalergologia em 2000, para estudo de dermatose alérgica. Dos antecedentes pessoais é de referir nefropatia lúpica, apresentando-se na altura da observação em remissão clínica e laboratorial. Sem história de atopia ou alergias conhecidas, com hábitos tabágicos (6 cig/dia) e como medicação habitual fazia um ansiolítico.

A doente apresentava história de lesões maculopapulares eritematosas pruriginosas não descamativas na quase totalidade da superfície corporal, poupando a face, com evolução de sete meses, o que motivou incapacidade temporária para o trabalho desde há 6 meses. Segundo a doente as lesões eram persistentes e não tinham variação de diâmetro e desconhecia os factores precipitantes. Negava outra sintomatologia nomeadamente angioedema, febre, artrite, sintomatologia respiratória ou gastro-intestinal. Apresentava melhoria clínica com prednisolona oral e a hidroxizina mas a dermatose persistia.

Ao exame objectivo, para além da dermatose descrita, não estavam presentes outras alterações, assim como não eram palpáveis adenomegalias (figura 1).

Os exames auxiliares de diagnóstico permitiram excluir patologia auto-imune, infecciosa ou alérgica.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

- Hemograma, electroforese das proteínas – normal.
- VS, PCR, Haptoglobina – sem alterações.
- Bioquímica (ureia, creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina T/D, FA, LDH) – normal.



FIGURA 1.

- Estudo da auto-imunidade (ANA, antiDsDNA, anti-Sm, anti-centrómero, anti-SSa, anti-SSb, atc antitireoideus, imuno-complexos circulantes) – negativos.
- Factor reumatóide < 10 UI/ml.
- Estudo do Complemento (C1q, C3c, C4, CH100) – normal.
- Estudo funcional da tiróide – normal.
- Serologia (vírica, bacteriana) e parasitológico de fezes: negativos.
- Marcadores víricos (hepatite A, B, C): não reactivos.
- Estudo quantitativo das Imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG e subclasses, IgE): sem alterações
- Testes cutâneos por picada a aeroalergêneos e alimentos – negativos.
- Testes epicutâneos (TRUE Test, ALK ABELLÓ) – negativos.
- Radiografia do tórax: sem alterações.
- Prova funcional respiratória: FVC-81%/FEV1-82%, FEV1/FVC-108%, FEF25-

75%-75%, TCL-74%, CV-79%, DLCO/VA-60%.

- Exame histológico de pele: epiderme com discreta acantose e hiperqueratose ortoqueratósica; infiltrado mononuclear em redor dos vasos do plexo dérmico superficial. Não se observaram lesões de vasculite nem participação de eosinófilos no infiltrado inflamatório (figura 2).



FIGURA 2.



FIGURA 3.

Apesar do tratamento farmacológico convencional com corticóides (orais e tópicos) e hidroxizina oral, as lesões persistiam. Dado o componente emocional marcado da doente, optou-se por pedir avaliação psiquiátrica.

ANAMNESE PSIQUIÁTRICA

No estudo do caso, foi feita uma abordagem exaustiva dos antecedentes pessoais e psicopatológicos, com avaliação circunstanciada dos acontecimentos de vida que envolveram o aparecimento da doença, bem como dos conflitos que exacerbam a sintomatologia referida. A doente apresentava as lesões cutâneas já descritas com intenso prurido de agravamento vespertino. Na sequência desta sintomatologia, referia profunda alteração do padrão de sono (com insónia inicial e intermédia – com despertares frequentes em que agravava as lesões de coceira). Mostrava grande ansiedade e irritabilidade fácil, com conflitos frequentes (nomeadamente a nível familiar e laboral). Queixava-se de aumento do apetite, sobretudo quando se sentia mais ansiosa. Apresentava humor deprimido, de predomínio vespertino, com choro frequente durante a entrevista.

Nesta altura foi então colocada a hipótese diagnóstica de Depressão reactiva. Iniciou terapêutica com antidepressivo serotoninérgico (fluoxetina 20 mg/dia), associada à medicação ansiolítica em curso (alprazolam 2 mg/dia). Iniciou abordagem psicoterapêutica de apoio individual.

Em 6 meses de vigilância ocorreu melhoria do humor, redução franca da ansiedade e correção do sono. Houve readequação do apetite, com perda de 2 kg de peso, e remissão das lesões cutâneas.

DISCUSSÃO

A participação do componente emocional no quadro da dermatose neuropsicogénica é um fenómeno marcante e bem conhecido^(2,3,4). Deste modo, existe uma susceptibilidade para reagir a um stress psicológico, com disfunção orgânica,

que pode ser determinada por uma predisposição primária de tipo físico – escolha de órgão alvo (neste caso a pele), e por uma dificuldade em mobilizar estratégias adequadas para lidar com as dificuldades da vida. Assim, padrões de comportamento desajustados, não são capazes de desencadear formas activas e eficazes para lidar com o stress, de que resulta a perda do controlo. Tais padrões contribuem para uma estimulação contínua do sistema neuro-endócrino, e alteração do sistema imunológico, com risco aumentado de desencadeamento e/ou manutenção da doença psicossomática^(7,8,9).

É neste contexto que a doente apresentava um quadro clínico dominado pelo prurido e lesões de coceira como expressão somática de um estado depressivo. Apesar de apresentar uma patologia lúpica de base, encontrava-se em fase de remissão e também a biópsia de pele não mostrou alterações compatíveis com lúpus. A dermatose persistia com o tratamento clássico (corticóides e hidroxizina). Desta forma tornou-se indispensável associar uma abordagem psicoterapêutica com apoio psicológico (individual) bem como medicação psicofarmacológica (ansiolítica e antidepressiva).

Após seis meses foi possível observar melhoria com reversão total das lesões (mesmo sem corticoterapia associada), bem como a eficácia do tratamento da depressão clínica.

A dermatose neuropsicogénica, foi neste caso um diagnóstico de exclusão. Esta situação revela a importância do componente psíquico no diagnóstico diferencial das neurodermatites, e evidencia a eficácia da psicoterapia e da psicofarmacologia no controlo das lesões cutâneas associadas aos distúrbios psíquicos⁽¹⁰⁾.

ABSTRACT

The authors present a case of neurodermatitis in a 46 years old woman, and undertook some considerations about the disease.

Key-words: Neurodermatitis; emotions.

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K et al. *Distúrbios de etiologia psiquiátrica*. Dermatologia Atlas e Texto, 4ª edição, McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., secção 19, 572-579.
2. Allerhand ME, Gough HG, Grais ML. Personality factors in neurodermatitis. *Psychosom Med* 1950; 12: 386-9.
3. Freid RG. Evaluation and treatment of psychogenic pruritis and self excoriation. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 993-9.
4. Jordan JM, Whitlock FA. Atopic dermatitis - anxiety and conditioned response. *J Psychosom Res* 1974; 18: 297-9.
5. Mydlarski PR, Katz AM, Sauder DN. *Contact dermatitis*. In Allergy, Principles & Practice: Elliot Middleton JR, MD, Elliot F. Ellis, MD, John W. Yunginger, MD; vol II, 5ª edition, St Louis Baltimore, New York, 81, 1135-1147.
6. Jordan JM, Whitlock FA. Atopic dermatitis – anxiety and conditioned response. *J Psychosom Res* 1974; 18: 297-9.
7. Alexander F. *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*. New York ww Norton, 1987
- 8- Eysenck H. Personality, stress and disease: An Interactionist Perspective. *Psychologist Inquiry* 1991; 2(3): 221-232.
9. Kimmayer L, Robbins L. *Current concepts of somatization; Research and clinical perspectives*. Washington – DC. American Psychiatric Press, 1991.
10. Mello J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.