

Tentativa de suicídio com milnaciprano: relato de caso

Franklin Escobar-Córdoba*
Carlos Guevara Narváez **
Ruby Castilla-Puentes***

INTRODUÇÃO

O milnaciprano (Ixel®) (1-fenil-1-dietil aminocarbonil-2-aminometil ciclopropano-2-cloridrato) é um novo antidepressivo que inibe a recaptção pré-sináptica da serotonina e da noradrenalina (IRSN). Encontra-se disponível em alguns países da Europa, América Latina e Japão. A eficácia antidepressiva do milnaciprano já foi demonstrada em estudos randomizados controlados com placebo. Observou-se que apresentava eficácia antidepressiva semelhante aos antidepressivos tricíclicos (ADT), como amitriptilina e imipramina, bem como aos inibidores da recaptção de serotonina (ISRS), como fluvoxamina e fluoxetina¹⁻⁵.

Uma vez que o milnaciprano foi introduzido recentemente no mercado colombiano, há poucos relatos em termos de efeitos adversos^{1,5}. Principalmente, não encontramos dados sobre tentativas de suicídio por overdose. Depois de fazer uma busca por *milnaciprano* e *overdose*, *tentativa de suicídio* e *suicídio* nas bases de dados PubMed e TOXNET, encontramos sete artigos que ofereciam poucas informações sobre esse assunto. Portanto, apresentamos o seguinte caso e os achados clínicos, com o objetivo de documentar uma tentativa de suicídio por intoxicação exógena de milnaciprano.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 35 anos, casada, atualmente cursando a faculdade, com dois filhos, foi trazida por seu marido à emergência por tentativa de suicídio através de intoxicação de milnaciprano 1.400 mg e clonazepam 5 mg. Durante a primeira hora após ingestão desses medicamentos, a paciente apresentou náusea, vômitos, diaforese e perda de consciência. A

* MD, MFP, PhD. Professor assistente de Psiquiatria, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia. Hospital San Pedro Claver, Bogotá, Colômbia.

** MD, Residente do primeiro ano de Psiquiatria, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia.

*** MD, MPH, PhD. Professor assistente de Psiquiatria, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, EUA.

paciente afirmou que vinha apresentando episódios depressivos maiores nos últimos 7 anos (dois episódios depressivos pós-parto), sendo que cinco deles exigiram hospitalização psiquiátrica. Ela também descreveu um episódio maníaco que exigiu hospitalização. Admitiu quatro tentativas de suicídio no passado (duas por intoxicação exógena de medicamento psicotrópico) e afirmou ter história familiar de transtorno do humor (mãe e irmã). Além disso, relatou ter sofrido de hipotireoidismo por 2 anos sem tratamento, além de um trauma cranioencefálico menor 3 anos antes.

Quando a paciente chegou à emergência, sua pressão sanguínea era de 102/72 mmHg, freqüências cardíaca de 90 bpm e respiratória de 18 rpm. Os exames físico e neurológico foram normais. Durante o exame do estado mental, a paciente apresentou humor deprimido, sentimentos de inutilidade e culpa, desesperança e ideação suicida. Ela não se arrependia de suas tentativas de suicídio mais recentes e não sabia com certeza se repetiria esse comportamento em um futuro próximo. Sintomas psicóticos não foram observados.

Na emergência, realizou-se uma lavagem gástrica com 1.000 cc de soro fisiológico (SF) através de um sonda nasogástrica (SNG); a cada 8 horas, administrava-se carvão ativado pelo SNG; e a cada hora, administrava-se 150 cc de SF intravenoso. Finalmente, realizaram-se os seguintes exames laboratoriais, com resultados normais: eletrocardiograma, hemograma completo, glicemia, provas da função hepática, função renal e hormônio estimulante da tireóide (TSH).

O diagnóstico de transtorno bipolar I no episódio mais recente de depressão grave com psicose foi feito de acordo com o DSM-IV-TR⁶. Avaliou-se a paciente através de toxicologia e neurologia para síndrome tóxica aguda e sinais de déficit neurológico; não se encontraram evidências de nenhum deles, e a paciente teve permissão de ir para casa. Entretanto, todo o medicamento psicotrópico foi suspenso, e a paciente foi mantida sob observação por 72 horas em razão de seu alto risco de suicídio.

A paciente recuperou-se satisfatoriamente da overdose de milnacipran e clonazepam. Decidiu-se que exames adicionais para hipotireoidismo poderiam ser realizados de forma ambulatorial, porém, devido ao alto risco de suicídio, a paciente foi hospitalizada para tratamento psiquiátrico de transtorno bipolar I.

DISCUSSÃO

O milnaciprano foi introduzido recentemente no mercado farmacêutico colombiano. Como resultado, há poucas publicações a respeito de overdose com esse medicamento em nosso meio. Similarmente a outros IRSN, os dois efeitos colaterais mais comuns desse medicamento são disúria e náusea; entretanto, essa paciente apresentou náusea e vômitos^{4,7}.

Em conformidade com outros inibidores da recaptção de noradrenalina, já foi relatado que a administração de altas doses de milnaciprano aumenta a pressão sanguínea⁷⁻⁹, o que não aconteceu neste caso. Isso poderia ser atribuído aos vômitos da paciente e à atenção médica imediata. Em nível internacional, dados de aproximadamente 15 casos de overdose com milnaciprano foram publicados. Nenhum desses casos culminou com a morte da paciente. Pelo contrário, todos tiveram resultados favoráveis, assim como o caso relatado aqui⁷.

A baixa toxicidade de overdose com milnaciprano é possivelmente devida à maneira pela qual esse medicamento produz vômitos significativos com altas doses⁵. Isso, por sua vez, previne a absorção via trato gastrointestinal e reduz a probabilidade de efeitos tóxicos para pacientes que tentam o suicídio com esse medicamento. Neste caso, a paciente vomitou por meia hora depois da ingestão de 28 comprimidos, o que ajudou a salvar sua vida. Este relato de caso poderia contribuir com a baixa toxicidade desse medicamento, que reduz o risco de morte em pacientes que utilizam milnaciprano para tentativa de suicídio.

Neste caso, a paciente combinou milnaciprano com uma dose de 5 mg de clonazepam. A adição desse benzodiazepínico explica a perda de consciência da paciente e sua sonolência inicial. No entanto, é importante lembrar que a paciente vinha utilizando esse benzodiazepínico em doses mais baixas por algum tempo (0,5 mg/dia). Ao revisar a literatura, não encontramos interações farmacocinéticas entre esses dois medicamentos. Há relatos da combinação de milnaciprano com lorazepam, os quais não correspondem com os achados clínicos deste caso.

Felizmente para esta paciente, a intoxicação com milnaciprano foi diagnosticada e tratada imediatamente. Já que a equipe médica conseguiu salvar sua vida, a paciente

teve a oportunidade de continuar o tratamento de seu transtorno mental primário em uma clínica psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Embora a overdose com milnaciprano pareça ser rara, pacientes de risco devem ser monitorados de perto para evitar possíveis complicações. Neste relato de caso, demonstramos que o milnaciprano é um medicamento seguro em casos de intoxicação.

REFERÊNCIAS

1. Hindmarch I, Rigney U, Stanley N, Briley M. Pharmacodynamics of milnacipran in young and elderly volunteers. *Br J Clin Pharmacol.* 2000;49(2):118-25.
2. Van Amerongen AP, Ferrey G, Tournoux A. A randomized, double-blind comparison of milnacipran and imipramine in the treatment of depression. *J Affect Disord.* 2002;72(1):21-31.
3. Morishita S, Arita S. The clinical use of milnacipran for depression. *Eur Psychiatry.* 2003;18(1):34-5.
4. Clerc G, Milnacipran/Fluvoxamine Study Group. Antidepressant efficacy and tolerability of milnacipran, a dual serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor: a comparison with fluvoxamine. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001;16(3):145-51.
5. Gerden JF. Duloxetine and Milnacipran. Chapter 23. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology.* 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2004. p. 361-70.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Gupta RK, Tiller JW, Burrows GD. Dual action antidepressants and some important considerations. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(2):190-5.
8. Preskorn SH. Milnacipran: a dual norepinephrine and serotonin reuptake pump inhibitor. *J Psychiatr Pract.* 2004;10(2):119-26.
9. Yoshida K, Higuchi H, Takahashi H, Shimizu T. Elevation of blood pressure induced by high-dose milnacipran. *Hum Psychopharmacol.* 2002;17(8):431.

RESUMO

O milnaciprano é um novo antidepressivo que alega ter menos efeitos colaterais do que os

antidepressivos clássicos. Relatamos um caso no qual a paciente tentou suicídio por overdose. Durante a primeira hora após ingestão desse medicamento, a paciente apresentou náusea, vômitos proeminentes, diaforese e perda de consciência. A paciente recuperou-se satisfatoriamente da overdose de milnaciprano e clonazepam. Demonstramos que o milnaciprano é um medicamento seguro em casos de overdose. Atenção especial e pesquisas futuras sobre esse fenômeno são altamente indicadas em função do uso comum desse medicamento.

Palavras-chave: *Agentes antidepressivos, efeitos adversos, milnaciprano, overdose, suicídio.*

Título: *Tentativa de suicídio com milnaciprano: relato de caso*

ABSTRACT

Milnacipran is a new antidepressant, which is claimed to have fewer side effects than classic antidepressives. We report one case where patient attempted suicide by overdose. During the first hour following the ingestion of this drug, the patient presented nausea, notable emesis, diaphoresis and loss of consciousness. The patient's recovery from the overdose of milnacipran and clonazepam was satisfactory. We can show that milnacipran is a safe medication in overdose cases. Special awareness and future research of this phenomenon is highly indicated because of the common use of this drug.

Keywords: *Antidepressive agents, adverse effects, milnacipran, overdose, suicide.*

Title: *Attempted suicide with milnacipran: a case report*

Correspondência:

Franklin Escobar-Córdoba

Departamento de Psiquiatria, Oficina 202

Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Colombia

Ciudad Universitaria

Bogotá, DC – Colombia

Fones: 57-1-316-5000 (Ext. 15117), 57-300-558-8565

Fax: 57-1-612-7325

E-mail: feescobar@unal.edu.co

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS