

# Uso de quetiapina em transtorno de humor bipolar de início precoce

Miguel Angelo Boarati\*  
Ana Rosa Cavalcanti\*\*  
Lee Fu-I\*\*\*

## INTRODUÇÃO

O transtorno do humor bipolar de início na infância e adolescência (THB-IA) tem despertado crescente interesse por parte dos especialistas no atendimento de crianças e adolescentes em saúde mental<sup>1</sup>.

Apesar de tal entidade nosológica ter sido mencionada desde meados do século XIX, a sua existência foi muitas vezes questionada e até negada<sup>2</sup>. A dificuldade em se fazer o diagnóstico precoce contribuiu para essa controvérsia; porém,

em meados da década de 70 e 80, estudos demonstraram, invariavelmente, que o transtorno bipolar freqüentemente começa na adolescência e muitas vezes até antes<sup>3,4</sup>.

O diagnóstico do THB-IA torna-se muitas vezes difícil devido à presença de características consideradas incomuns nos quadros de início na fase adulta, tais como padrão de ciclagem rápido, ultra-rápido<sup>5</sup> e presença de estados mistos<sup>6,7</sup>. Além disso, a presença comum de sintomas psicóticos, pensamentos desorganizados, alteração de conduta e uso de substâncias psicoativas levam a diagnósticos equivocados, como esquizofrenia, transtorno de conduta e desafiador de oposição e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade<sup>2,8-11</sup>.

O THB-IA constitui patologia de grande gravidade, pois provoca prejuízos importantes na vida do indivíduo, como desadaptação social, abandono da escola, dificuldade de aprendizado, envolvimento com práticas ilícitas, contato com substâncias psicoativas, problemas de relacionamento familiar, etc.<sup>12</sup>.

O tratamento farmacológico visa restabelecer o padrão basal da criança. Várias

---

Este trabalho foi realizado no Ambulatório do Serviço de Psiquiatria na Infância e Adolescência (SEPIA), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.

\* Médico pesquisador, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. Médico colaborador, Ambulatório de Transtornos Afetivos (ATA), SEPIA, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

\*\* Médica pesquisadora, ATA, SEPIA, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

\*\*\* Doutora, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. Médica supervisora, SEPIA, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. Coordenadora, ATA, SEPIA, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

classes de medicações psicotrópicas são utilizadas, dentre elas os antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e psicoestimulantes<sup>13</sup>. Poucos são os estudos que examinam a eficácia dessas medicações em crianças e adolescentes portadores de THB. Alguns estudos mostram a eficácia do carbonato de lítio em adolescentes bipolares com dependência química comórbida<sup>14</sup>; outro trabalho mostra um ensaio aberto com o uso da olanzapina em monoterapia em crianças e adolescentes portadores de THB<sup>15</sup>; e um outro estudo mostra a eficácia do valproato em associação com a quetiapina na mesma situação<sup>16</sup>. Um estudo aberto evidenciou eficácia comparável entre carbonato de lítio, carbamazepina e valproato de sódio<sup>17</sup>.

Entretanto, o THB-IA freqüentemente apresenta sintomas de mania mista e cursa com padrão de ciclagem rápida ou ultra-rápida<sup>5</sup>, que, quando presentes em adultos, são associados a um pior prognóstico. Há também evidências de adolescentes resistentes a essas medicações<sup>18</sup>. A presença de comorbidade é bastante comum nesses quadros, sendo o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade relatado na proporção de 80 a 90% das crianças e 30% dos adolescentes com THB<sup>5,19</sup>. Os sintomas depressivos costumam ser muito intensos, com grande risco de suicídio<sup>20</sup>. Todos esses fatores tornam a polifarmacologia comum e necessária no tratamento do THB-IA e um grande desafio para o psiquiatra infanto-juvenil.

O grupo de psicofármacos que apresentam eficácia comprovada no tratamento de THB-IA inclui o carbonato de lítio e os anticonvulsivantes, tais como carbamazepina, ácido valpróico<sup>21</sup> e, mais recentemente, a lamotrigina, topiramato, gabapentina e oxcarbazepina<sup>22-24</sup>.

Recentemente, os antipsicóticos atípicos receberam aprovação do Food and Drug Administration, como medicações antimaníacas e estabilizadoras do humor para a população adulta<sup>25,26</sup> e infanto-juvenil<sup>27</sup>. Estudos também têm demonstrado eficácia da risperidona<sup>28,29</sup>, olanzapina<sup>30</sup>, clozapina<sup>31</sup> e, mais recentemente, a quetiapina<sup>32-34</sup> em adultos ou adolescentes.

A escolha do estabilizador ou da associação medicamentosa que será utilizada terá por base o subtipo de THB encontrado após extensa avaliação, a fase e a gravidade, optando-se pelos clássicos estabilizadores (lítio, carbamazepina e valproato de sódio) nos tipos I e II e pelos antipsicóticos atípicos nos subtipos não-especificados, com importante irritabilidade e sem episodicidade, realizando novas

associações e trocas de estabilizadores caso não haja resposta, ou a mesma seja parcial<sup>35,36</sup>.

Relatamos um caso atendido em nosso Ambulatório de Transtornos Afetivos, do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de um portador do THB-IA com boa resposta à quetiapina, após falência de diversos outros esquemas terapêuticos.

## RELATO DE CASO

G., 13 anos, branco e adotivo. Chegou ao SEPIA em setembro de 2000, com queixas de que há 6 meses começou a apresentar choro freqüentemente, tristeza sem motivo aparente, perda de prazer nas atividades que antes gostava e desesperança em relação ao futuro. Passou a se alimentar de forma exagerada, rápida e pouco selecionada, ganhando peso rapidamente, e à noite o sono era agitado, com pesadelos ou despertares no meio da madrugada para comer. Na escola, a principal queixa era de comportamento hostil, brigas com os colegas por qualquer motivo, desacatando e agredindo verbalmente os professores. Passou a não procurar os amigos, afastando-se destes. G. desafiava os pais e tinha comportamentos provocativos. Os pais tinham grande dificuldade em impor limites, devido à intensidade de sua explosão. Referia se sentir só e, em muitos momentos de angústia, dizia que queria morrer.

Na primeira consulta no SEPIA, recebeu avaliação psiquiátrica e aplicação da entrevista estruturada *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* e da escala de intensidade de sintomas depressivos *Children Depression Rating Scale*. Após avaliação, foi definido o diagnóstico de depressão associado a quadro distímico desde 11 anos de idade (depressão dupla) e iniciado o tratamento com fluoxetina 10 mg, com aumento gradual até 50 mg/dia. Por 3 meses, o paciente apresentou oscilações entre momentos de melhora da tristeza e da irritação, com persistência da insônia, da anedonia e do aumento do apetite, e momentos de melhora dos sintomas disfóricos, porém piorava a sensação interna de tristeza e desesperança. O paciente foi gradativamente se afastando ainda mais de suas atividades acadêmicas, dos amigos e de eventos extracurriculares.

Após 3 meses de uso da fluoxetina, sem melhora significativa dos sintomas, o antidepressivo foi trocado por paroxetina. Após 50 dias do início da paroxetina, em uso de 30

mg/dia deste antidepressivo, o paciente compareceu à consulta mais alegre, tendo pintado uma mecha loira em seu cabelo, e mais falante. Segundo o relato da mãe, houve um período de 4 dias, entre uma consulta e outra, em que G. achava tudo maravilhoso, que podia fazer tudo que quisesse e com absoluta certeza de que tudo iria dar certo dali em diante. Abraçava os colegas da vizinhança e as pessoas na rua. Embora a mãe estivesse surpresa e satisfeita com a melhora dos sintomas depressivos do filho durante esse curto período, mostrava-se preocupada com a piora da explosividade que havia ocorrido no mesmo período. Em uma ocasião, a explosividade e a agressividade haviam chegado a tal proporção que G. arrancara a porta da cozinha de casa, diante de uma pequena frustração.

Diante da mudança de padrão dos sintomas, optou-se por retirar a medicação antidepressiva e observar o paciente sem medicação durante o período de 2 semanas, a fim de determinar se o paciente estava apresentando sintomas de ativação comportamental secundários ao uso de antidepressivo ou se estava evoluindo para um quadro de THB, independentemente do uso de antidepressivo.

Durante o período de observação, G. apresentou importante piora da irritação, tristeza, falta de perspectiva e, também, das explosões de raiva com agressividade física.

Nessa ocasião, diante da presença de sintomas claramente maníacos (humor elevado, desinibição social e grandiosidade) por um período de 4 dias, o diagnóstico foi alterado para THB. Embora o paciente apresentasse sintomas claramente maníacos, não preenchia os critérios de duração dos sintomas proposto pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para o diagnóstico de episódio maníaco. Por essa razão, o diagnóstico proposto foi o de transtorno bipolar não-especificado de início muito precoce (< 13 anos).

Foi introduzido ácido valpróico, com discreta melhora de sintomas de irritação e agressividade, porém não persistindo por mais de 3 semanas consecutivas. As doses das medicações foram ajustadas gradativamente para 1.750 mg de ácido valpróico. Embora tenha havido melhora dos sintomas de agressividade e explosividade, houve piora dos sintomas depressivos. A paroxetina foi então associada ao ácido valpróico, visando à melhora dos sintomas

depressivos. Mesmo em uso de estabilizador de humor, ao aumentar a paroxetina até 30 mg/dia, o paciente começou a apresentar humor elevado, risos freqüentes, a achar que tudo ia bem e que podia fazer tudo o que quisesse. A dose de paroxetina foi reduzida gradualmente, e, ao atingir a dose de 10 mg/dia, o paciente voltou a apresentar tristeza, piora da irritabilidade e desânimo.

O antidepressivo foi então trocado por sertralina, com pouca resposta na melhora dos sintomas depressivos, embora tenha havido menos explosões e irritabilidade, comparando-se ao período de uso da paroxetina. A sertralina foi utilizada durante 1 mês, com piora das oscilações do humor após o aumento da dose de 25 para 50 mg/dia. Tentou-se associar topiramato até a dose de 100 mg/dia, havendo piora significativa do comportamento explosivo. Por essa razão, a sertralina e o topiramato foram retirados após 15 dias de uso da segunda medicação. Nessa ocasião, o paciente desenvolveu enurese, sendo prescrito imipramina 50 mg/dia. Tal medicação foi retirada após 1 mês por também ter piorado seu comportamento.

O paciente manteve oscilação do humor e atitude opositiva em relação à mãe, a qual não conseguia controlá-lo, diante de seu comportamento impulsivo e potencialmente agressivo. Isso gerava grande apreensão entre os familiares, pois, aos 14 anos, o paciente já possuía grande porte físico (aproximadamente 1,80 m e 110 kg).

Durante o curso de aproximadamente 14 meses, em avaliações quinzenais, o paciente esteve por algumas vezes mais controlado, porém a estabilização não perdurava por mais de 2 semanas; logo o paciente apresentava importante oscilação do humor, com irritabilidade, agressividade, sintomas depressivos, anedonia, dificuldades nas relações sociais e familiares. Nesse período, foram introduzidas oxcarbazepina (dose máxima atingida de 1.500 mg por 8 meses), levomepromazina (dose máxima de 100 mg por 2 meses) e carbamazepina (dose máxima de 1.000 mg por aproximadamente 3 meses, sendo retirada por alteração de enzimas hepáticas).

Em setembro de 2003, foi introduzido escitalopram 10 mg/dia, e 1 mês após, fumarato de quetiapina na dose de 100 mg. Como o paciente ainda apresentou novos momentos de irritação e tristeza, foi reintroduzido o topiramato, que após 2 meses foi retirado pelo reaparecimento da enurese. O escitalopram foi mantido na dosagem de 10 mg/dia.

Em se mantendo a agressividade (ameaçava agredir o pai com um taco de beisebol), atitude provocativa, comendo excessivamente, com irritação constante e atitude pueril, o fumarato de quetiapina foi aumentado para 200 mg e, a seguir, para 250 mg.

A partir desse momento, o paciente se estabilizou, não apresentando alterações comportamentais, queixas de irritação, tristeza ou desânimo, fazendo planos de retornar a escola e as atividades extracurriculares, como a ginástica. O paciente manteve-se estável por período superior a 8 meses, algo que não havia se conseguido até então.

## CONCLUSÃO

O tratamento psicofarmacológico do THB-IA é bastante complexo. Além da dificuldade do diagnóstico clínico, muitos casos não respondem satisfatoriamente aos estabilizadores de humor convencionais. Além disso, a existência de fases pouco definidas e a presença de ciclos rápidos ou ultra-rápidos dificultam a escolha da medicação mais adequada, uma vez que o uso de algumas medicações, como os antidepressivos, pode piorar o curso do transtorno, quando utilizados especialmente nas fases mistas da doença, as quais são, em grande parte das crianças, difíceis de identificar. No caso de G., essa dificuldade pode ter contribuído, pelo menos a princípio, para a escolha da medicação mais indicada para cada fase do transtorno, uma vez que o predomínio, desde o início, de sintomas depressivos induziu os autores a utilizarem doses crescentes de antidepressivos em alguns momentos do tratamento. É interessante ressaltar que boa parte do conhecimento atual sobre THB em crianças e adolescentes, tanto no que concerne ao diagnóstico quanto à terapêutica do transtorno, não era disponível na época do primeiro atendimento. Por essa razão, os sintomas de explosividade e agressividade, os quais já eram indícios de uma possível evolução do quadro para THB, foram interpretados, na época, como parte do quadro depressivo e, portanto, tratados com antidepressivos.

A utilização de diferentes antidepressivos em doses crescentes pode ter contribuído para a piora inicial do quadro e dificuldade posterior de resposta a outros esquemas terapêuticos. Esses dados refletem a complexidade do diagnóstico e da terapêutica do THB em crianças e adolescentes.

No caso descrito, a quetiapina mostrou segurança e eficácia na remissão dos sintomas e estabilização do quadro, sem apresentar efeitos colaterais significativos, especialmente extrapiramidais. Esse perfil de segurança e tolerabilidade já havia sido descrito em descrições de casos anteriores<sup>37, 38</sup>. Embora haja descrição na literatura de casos de mania induzida em pacientes com quadro esquizoafetivo<sup>39,40</sup>, esse efeito não foi observado neste caso.

Estudos posteriores envolvendo populações maiores são necessários para confirmar se os resultados observados neste caso podem ser extrapolados para outras crianças e adolescentes portadores de THB.

## REFERÊNCIAS

1. Fu-I L. Transtorno afetivo bipolar na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26 (Supl 3):22-6.
2. Carlson GA. Child and adolescent mania – diagnostic considerations. *J Child Psychol Psychiatry.* 1990;31(3):331-41.
3. Loranger AW, Levine PM. Age at onset of bipolar affective illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35(11):1345-8;
4. Joyce PR. Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med.* 1984;14(1):145-9.
5. Geller B, Sun K, Zimerman B, Luby J, Frazier J, Williams M. Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord.* 1995;34(4):259-68.
6. Cassidy F, Murry E, Forest K, Carroll BJ. Signs and symptoms of mania in pure and mixed episodes. *J Affect Disord.* 1998;50(2-3):187-201.
7. Cassidy F, Carroll BJ. Frequencies of signs and symptoms in mixed and pure episodes of mania: implications for the study of manic episodes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2001;25(3):659-65.
8. Hsu LK, Starzynski JM. Mania in adolescence. *J Clin Psychiatry.* 1986;47(12):596-9.
9. Bowring MA, Kovacs M. Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992;31(4):611-4.
10. Carlson GA. Mania and ADHD: comorbidity or confusion. *J Affect Disord.* 1998;51(2):177-87.
11. Biederman J, Klein RG, Pine DS, Klein DF. Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(10):1091-6; discussion 1096-9.
12. Geller B, Bolhofner K, Craney JL, Williams M, DelBello M, Gunderson K. Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(12):1543-8.
13. Biederman J, Mick E, Bostic JQ, Prince J, Daly J, Wilens TE, et al. The naturalistic course of pharmacologic treatment of children with maniclike symptoms: A systematic chart review. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(11):628-37.
14. Geller B, Cooper TB, Sun K, Zimerman B, Frazier J, Williams M, et al. Double-blind and placebo-controlled

- study of lithium for adolescent bipolar disorder with secondary substance dependency. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(2):171-8.
15. Frazier JA, Biederman J, Tohen M, Feldman PD, Jacobs TG, Toma V, et al. A prospective open-label treatment trial of olanzapine monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001;11(3):239-50.
  16. Delbello MP, Schwiers ML, Rosenberg HL, Strakowski SM. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(10):1216-23.
  17. Kowatch RA, Suppes T, Carmody TJ, Bucci JP, Hume JH, Kromelis M, et al. Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(6):713-20.
  18. Strober M, Morrell W, Burroughs J, Lampert C, Danforth H, Freeman R. A family study of bipolar I disorder in adolescence. Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord*. 1988;15(3):255-68.
  19. Wozniak J, Biederman J, Mundy E, Mennin D, Faraone SV. A pilot family study of childhood-onset mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(12):1577-83.
  20. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, et al. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(6):581-8.
  21. Kowatch RA, Bucci JP. Mood stabilizers and anticonvulsants. *Pediatr Clin North Am*. 1998;45(5):1173-86, ix-x.
  22. Frye MA, Ketter TA, Kimbrell TA, Dunn RT, Speer AM, Osuch EA, et al. A placebo-controlled study of lamotrigine and gabapentin monotherapy in refractory mood disorders. *J Clin Psychopharmacol*. 2000;20(6):607-14.
  23. Pande AC, Crockatt JG, Janney CA, Werth JL, Tsaroucha G. Gabapentin in bipolar disorder: a placebo-controlled trial of adjunctive therapy. *Gabapentin Bipolar Disorder Study Group*. *Bipolar Disord*. 2000;2(3 Pt 2):249-55.
  24. Dietrich DE, Kropp S, Emrich HM. Oxcarbazepine in affective and schizoaffective disorders. *Pharmacopsychiatry*. 2001;34(6):242-50.
  25. Yatham LN. Efficacy of atypical antipsychotics in mood disorders. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23(3 Suppl 1):S9-14.
  26. Kasper S, Stamenkovic M, Letmaier M, Schreiner D. Atypical antipsychotics in mood disorders. *Int Clin Psychopharmacol*. 2002;17 Suppl 3:S1-10.
  27. Findling RL, McNamara NK. Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents: clinical applications. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 6:30-44.
  28. Frazier JA, Meyer MC, Biederman J, Wozniak J, Wilens TE, Spencer TJ, et al. Risperidone treatment for juvenile bipolar disorder: a retrospective chart review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(8):960-5.
  29. Segal J, Berk M, Brook S. Risperidone compared with both lithium and haloperidol in mania: a double-blind randomized controlled trial. *Clin Neuropharmacol*. 1998;21(3):176-80.
  30. Frazier JA, Biederman J, Tohen M, Feldman PD, Jacobs TG, Toma V, et al. A prospective open-label treatment trial of olanzapine monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001;11(3):239-50.
  31. Kowatch RA, Suppes T, Gilfilan SK, Fuentes RM, Grannemann BD, Emslie GJ. Clozapine treatment of children and adolescents with bipolar disorder and schizophrenia: a clinical case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1995;5:241-53.
  32. Suppes T, McElroy SL, Keck PE, Altshuler L, Frye MA, Grunze H, et al. Use of quetiapine in bipolar disorder: a case series with prospective evaluation. *Int Clin Psychopharmacol*. 2004;19(3):173-4.
  33. Bahk WM, Yoon BH, Lee Ku, Chae JH. Combination of mood stabilizers with quetiapine for treatment of acute bipolar disorder: an open label study. *Hum Psychopharmacol*. 2004;19(3):181-5.
  34. Adityanjee, Schulz SC. Clinical use of quetiapine in disease states other than schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 13:32-8.
  35. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Naylor MW, Janicak PG. A pharmacotherapy algorithm for stabilization and maintenance of pediatric bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(7):859-67.
  36. Rohde LA, Tramontina S. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar na infância e adolescência. *Rev Psiq Clin*. 2005;32 Supl 1:117-27.
  37. Altamura AC, Salvadori D, Madaro D, Santini A, Mundo E. Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of bipolar disorder: preliminary evidence from a 12-month open-label study. *J Affect Disord*. 2003;76(1-3):267-71.
  38. McConville B, Carrero L, Sweitzer D, Potter L, Chaney R, Foster K, et al. Long-term safety, tolerability and clinical efficacy of quetiapine in adolescents: an open-label extension trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003;13(1):75-82.
  39. Benazzi F. Quetiapine-associated hypomania in a woman with schizoaffective disorder. *Can J Psychiatry*. 2001;46(2):182-3.
  40. Biancosino B, Marmai L, Facchi A, Rossi E, Grassi L. Quetiapine may induce mania: a case report. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):349-50.

## RESUMO

*O transtorno do humor bipolar de início na infância e adolescência tornou-se um grande desafio aos profissionais que atendem a essa população, bem como a quem se dedica a estudá-la com mais profundidade. Primeiramente, isso se deve à dificuldade em se fechar o diagnóstico clínico e também em se estabelecer uma terapêutica medicamentosa eficaz, segura e permanente. Diferenças no padrão de ciclagem, predominância de fases mistas, gravidade das crises e a necessidade de se utilizar associações farmacológicas tornam o tratamento do transtorno bipolar de início precoce bastante complexo, exigindo uma gama maior de possibilidades terapêuticas. O caso apresentado relata a experiência com o uso da quetiapina em um paciente com o diagnóstico clínico de transtorno do humor bipolar de início na infância e adolescência, que começou aos 12 anos, e cuja resposta aos diferentes esquemas se mostrou insatisfatória. O uso da quetiapina mostrou-se eficaz no controle da crise e na estabilização do humor neste caso.*

Descritores: *Transtorno bipolar, quetiapina, adolescente, tratamento.*

ABSTRACT

*Bipolar disorder in children and adolescents has become a great challenge for professionals who work with this type of patients, as well as for researchers interested in studying it in depth. Firstly, diagnostic assessment is difficult; secondly, to establish a safe, long-term and effective treatment is challenging. Different cycling patterns, predominance of mixed episodes, severity of symptoms and need of polypharmacy makes the treatment of child and adolescent bipolar disorder very complex and requiring a wider range of therapeutic resources. The present case reports a successful use of quetiapine for a bipolar adolescent diagnosed at the age of 12 years who had been unsuccessfully treated using many therapeutic options. Quetiapine showed efficacy*

*in both acute and prophylactic treatment of early-onset bipolar disorder.*

Keywords: *Bipolar disorder, quetiapine, adolescent, treatment.*

Title: *Use of quetiapine for early-onset bipolar disorder*

Correspondência:

Miguel Ângelo Boarati

Rua Henrique Schaumann, 182/103,

Jardim Paulista

CEP 05413-010 – São Paulo, SP

Tel.: (11) 3826.2794, (11) 8166.2636

E-mail: maboarati@yahoo.com.br

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