RIAGE, 9 · Janeiro-Junho 2026 · e480
https://doi.org/10.61415/riage.480

CC-BY-NC 4.0

RIAGE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA
riagejournal.com
ISSN: 2795-5559

Perturbação bipolar de início tardio: um relato de caso

Late-onset bipolar disorder: a case report

Rita Isabel Martins Ortiga[1], Maria Beatriz Azevedo Couto[2], Andreia Salgado Gonçalves[3], Francesco Monteleone[4], Maria Eduarda Sequeira Machado[5], João Alberto Basto Pereira da Fonseca[6], Elisa Catarina Fernandes Lopes[7]

1. Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ORCID: 0009-0008-1442-6957
2. Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ORCID: 0000-0002-3746-9959
3. Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ORCID: 0000-0003-4793-8904
4. Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ORCID: 0000-0001-6813-6789
5. Unidade Local de Saúde do Nordeste; ORCID 0000-0002-0105-7362
6. Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ORCID: 0000-0001-6024-8153
7. Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ORCID: 0009-0000-2333-9646

Recebido: 29 março 2026 · Aceite: 11 maio 2026

Como citar: Martins Ortiga, R. I., Azevedo Couto, M. B., Salgado Gonçalves, A., Monteleone, F., Sequeira Machado, M. E., Basto Pereira da Fonseca, J. A. & Fernandes Lopes, E. C. (2026). Perturbação bipolar de início tardio: um relato de caso. *Riage, 9*, e480. https://doi.org/10.61415/riage.480

Resumo

A perturbação bipolar de início tardio é uma entidade clínica pouco prevalente, cuja identificação e tratamento apresentam desafios particulares na população geriátrica, sobretudo no diagnóstico diferencial. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 68 anos, com antecedentes de perturbação depressiva, sem história de seguimento especializado, admitida em internamento psiquiátrico por episódio maníaco inaugural. A informação clínica foi obtida através de entrevistas e da revisão do processo hospitalar, com consentimento informado da doente para a publicação do artigo. A investigação complementar identificou défice de vitamina B12 e leucoencefalopatia ligeira a moderada, provavelmente de etiologia isquémica crónica, fatores possivelmente contributivos, mas não exclusivos, para o quadro clínico. Apesar da estabilização clínica em internamento, desenvolveu um episódio depressivo três meses após a alta, seguido de recaídas depressivas e um período de sintomas hipomaníacos no acompanhamento subsequente em consulta de psicogeriatria, condicionando uma gestão farmacológica complexa. A introdução de lamotrigina permitiu alcançar a remissão sustentada. A perturbação bipolar tipo I foi considerada o diagnóstico mais provável com base no acompanhamento psiquiátrico longitudinal, na avaliação neuropsicológica e no parecer de neurologia, obtidos em ambulatório — que excluíram demência —, bem como na heteroanamnese. Este caso sublinha a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente e sistemática perante a mania de início tardio no idoso, salientando a exclusão de causas secundárias, bem como a relevância do acompanhamento especializado longitudinal e do suporte sociofamiliar no prognóstico. Este artigo visa contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde para as especificidades diagnósticas e terapêuticas desta apresentação clínica.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial; idoso; mania de início tardio; perturbação bipolar de início tardio; psicogeriatria.

Abstract
Late-onset bipolar disorder is a relatively uncommon clinical entity whose identification and treatment pose particular challenges in the geriatric population, especially regarding differential diagnosis. This article presents the clinical case of a 68-year-old woman with a history of depressive disorder, without prior specialized follow-up, admitted to a psychiatric inpatient unit for a first-episode mania. Clinical information was obtained through interviews and review of the hospital record, with the patient's informed consent for publication. Complementary investigation revealed vitamin B12 deficiency and mild-to-moderate leukoencephalopathy, likely of chronic ischemic origin—factors that may have contributed to, but did not fully explain, the clinical presentation. Although she achieved clinical stabilization during hospitalization, she developed a depressive episode three months after discharge, followed by recurrent depressive relapses and a period of hypomanic symptoms during subsequent psychogeriatric follow-up, resulting in complex pharmacological management. The introduction of lamotrigine led to sustained remission. Bipolar I disorder was considered the most likely diagnosis based on longitudinal psychiatric follow-up, neuropsychological assessment, neurology consultation—which excluded dementia—and collateral history. This case underscores the importance of a comprehensive and systematic diagnostic approach to late-onset mania in older adults, emphasizing the need to exclude secondary causes, as well as the relevance of specialized longitudinal follow-up and socio-family support in shaping prognosis. The article aims to raise awareness among health professionals regarding the diagnostic and therapeutic specificities of this clinical presentation.

Keywords: Differential diagnosis; older adult; late-onset mania; late-onset bipolar disorder; psychogeriatrics.

Introdução

A perturbação bipolar (PB) tipo I é uma perturbação do humor de natureza episódica, definida pela ocorrência de pelo menos um episódio maníaco ou misto (World Health Organization, 2022). O episódio maníaco caracteriza-se por um estado de humor extremo — eufórico, irritável ou expansivo —, acompanhado por aumento marcado da atividade ou energia, discurso acelerado ou pressionado, fuga de ideias, grandiosidade ou aumento da autoestima, diminuição da necessidade de sono, distratibilidade, comportamento impulsivo ou imprudente e labilidade do humor (World Health Organization, 2022). Para preencher os critérios de diagnóstico, estes sintomas devem estar presentes durante pelo menos uma semana, salvo quando interrompidos por intervenção terapêutica (World Health Organization, 2022). O episódio misto implica a coexistência simultânea ou alternância muito rápida — no mesmo dia ou entre dias consecutivos — de sintomas maníacos e depressivos proeminentes (World Health Organization, 2022). Os sintomas devem incluir um estado de humor alterado compatível com um episódio maníaco e/ou depressivo (humor deprimido, disfórico, eufórico ou expansivo), estar presentes na maior parte do dia e manifestar-se durante um período mínimo de duas semanas, exceto na presença de intervenção terapêutica (World Health Organization, 2022). Embora o diagnóstico possa ser estabelecido com base num único episódio maníaco ou misto, o curso longitudinal da perturbação caracteriza-se tipicamente pela alternância entre episódios maníacos ou mistos e episódios depressivos (World Health Organization, 2022).

Tipicamente, a idade de início da doença segue uma distribuição bimodal, com um primeiro pico antes dos 30 anos e um segundo pico por volta dos 50 anos (Richards & Curtice, 2011). Contudo, em casos raros, a PB pode manifestar-se pela primeira vez em idade geriátrica, com um terceiro pico documentado na oitava a nona décadas de vida (Richards & Curtice, 2011). Na Tabela 1 apresentam-se algumas das principais caraterísticas que distinguem a PB de início precoce da PB de início tardio (Figueira & Akiskal, 2009; Richards & Curtice, 2011; Singh et al., 2015).

Tabela 1
Caraterísticas comparativas entre a perturbação bipolar de início precoce e de início tardio.

	PB de início precoce	PB de início tardio
Idade de início	<30 anos	>50 anos
Prevalência	1-1.40%	0.08-0.25%
História familiar de PB	Frequente	Pouco frequente
Comorbilidades não psiquiátricas	Pouco frequentes	Frequentes, sobretudo neurológicas e cardiovasculares
Sintomatologia maniforme	Clássica, com elação do humor	Menos intensa, com mais estados confusionais, desorientação, distratibilidade e irritabilidade
Duração do episódio maníaco	Mais prolongado	Remissão mais rápida
Latência entre episódios depressivos e mania/hipomania	Geralmente < 3 anos	Significativamente mais longa (15-17 anos)
Compromisso cognitivo	Pouco frequente	Frequente

PB – perturbação bipolar. Fontes: Figueira & Akiskal, 2009; Richards & Curtice, 2011; Singh et al., 2015.

Os sintomas psiquiátricos constituem, frequentemente, a primeira manifestação de doenças de etiologia não psiquiátrica, incluindo as demências (Pereira & Pereira, 2022; Telles Correia, 2014). A perspetiva kraepeliniana continua a vigorar na prática clínica contemporânea, embora vários autores tenham vindo a propor o conceito de "espectro bipolar" (Pereira & Pereira, 2022). Akiskal foi o primeiro a fazê-lo, em 1994, descrevendo um subtipo de PB de início tardio — a PB do tipo VI — no contexto de demência (Pereira & Pereira, 2022).

Estudos recentes evidenciaram uma associação frequente entre mania geriátrica e alterações cerebrovasculares, sobretudo no hemisfério direito e no circuito orbitofrontal (Benedetti et al., 2008; Figueira & Akiskal, 2009; Richards & Curtice, 2011; Singh et al., 2015). Perante um primeiro episódio maníaco no idoso, a investigação de causas secundárias é, por isso, fundamental (Richards & Curtice, 2011). Estima-se que a taxa de incidência de PB no idoso seja de 0.10% por ano, com tendência para aumentar em virtude do envelhecimento progressivo da população (Singh et al., 2015).

As especificidades da prescrição farmacológica em doentes geriátricos merecem igualmente atenção: ainda que o tratamento seja concetualmente semelhante ao adotado em idades mais jovens, as doses de psicofármacos devem ser aproximadamente um terço a metade das doses habituais, com titulação mais gradual, em virtude de um metabolismo mais lento e de uma maior vulnerabilidade aos efeitos adversos (Figueira & Akiskal, 2009; Singh et al., 2015)

Neste artigo reporta-se o caso clínico de uma mulher de 68 anos com PB tipo I de início tardio, cujo primeiro episódio maníaco ocorreu nesta idade. Discutem-se os desafios diagnósticos e terapêuticos desta entidade na população geriátrica, bem como a importância da avaliação longitudinal para a consolidação do diagnóstico.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso único, de carácter descritivo. A informação clínica foi obtida através de entrevistas com a doente e familiares próximos, bem como da análise

detalhada do seu processo hospitalar. Foram recolhidos dados sociodemográficos, antecedentes pessoais e familiares, resultados de exames complementares de diagnóstico, evolução sintomatológica e intervenções terapêuticas instituídas.

Para o enquadramento teórico, procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura, recorrendo a livros de texto na área da psiquiatria e às bases de dados *PubMed* e *Google Scholar*, a partir das quais foram selecionados os artigos considerados mais relevantes para a temática da mania geriátrica e da PB de início tardio.

O consentimento informado para a publicação do caso clínico foi obtido junto da doente, em conformidade com as normas éticas aplicáveis.

Resultados

Dados sociodemográficos e história Clínica Pregressa

O presente caso clínico diz respeito a uma mulher de 68 anos de idade, viúva, com dois filhos, que residia sozinha. A doente era previamente autónoma para as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Licenciada em educação, exerceu funções como docente no ensino básico e encontrava-se reformada há sete anos.

Os antecedentes médico-cirúrgicos eram irrelevantes, com exceção de alergia ao ácido acetilsalicílico.

Do ponto de vista psiquiátrico, foi apurada uma perturbação depressiva desenvolvida sete anos antes do primeiro contacto com a especialidade, cuja caracterização clínica foi dificultada pela escassez de registos e pela limitada informação fornecida pela doente e pelos familiares. A doente nunca tivera seguimento psiquiátrico especializado, encontrando-se medicada desde essa data com escitalopram 10 mg/dia, prescrito pelo médico de família. Não se identificaram hábitos toxicológicos.

No que respeita à personalidade pré-mórbida, os familiares descreveram-na como *"tímida, reservada, perfecionista, muito lógica e com baixa autoestima"* (sic). Contudo, a doente relatou que, há dez anos, aderiu a uma comunidade religiosa que promovia hábitos de vida *"mais naturalistas"* (sic), tendo-se tornado vegetariana. Os familiares manifestaram preocupação pelo progressivo envolvimento nesta comunidade, referindo ausência prévia de práticas religiosas.

Quanto aos antecedentes familiares, foi referida uma tia com diagnóstico provável de perturbação obsessivo-compulsiva.

Admissão no Serviço de Urgência de Psiquiatria

A doente foi conduzida ao Serviço de Urgência (SU) de Psiquiatria de um hospital situado a cerca de 180 quilómetros da sua área de residência por Agentes da Autoridade, sem Mandado de Condução, por alterações do comportamento com aproximadamente duas semanas de evolução. Encontrava-se a participar num retiro religioso, há uma semana, num centro dedicado à promoção de hábitos de vida saudável da região.

Após observação pela especialidade de psiquiatria, foi administrada olanzapina 10 mg per os e cianocobalamina 1 mg intramuscular, tendo a doente sido transferida posteriormente para o hospital da sua área de residência, onde a sintomatologia foi considerada compatível com um episódio hipomaníaco. Dada a presença de bom suporte familiar e a aceitação do plano terapêutico proposto – que incluiu a suspensão do antidepressivo e a introdução de olanzapina 10 mg/dia, vitaminas do complexo B duas vezes por dia e lorazepam 2.50 mg/dia em regime de resgate –, teve alta com agendamento de consulta a curto prazo. Todavia, três dias após a alta, regressou ao SU por agravamento da sintomatologia.

A doente referiu que, nos últimos dois meses, se sentia progressivamente mais inquieta, ansiosa e irritável. Nas duas semanas que precederam a primeira observação no SU, surgiu sintomatologia de características maniformes com intensidade crescente. Nomeadamente, aumento da energia e da atividade dirigida a objetivos, aumento da autoestima e ideias de grandiosidade (*"sentia-me um ser especial e com capacidades diferentes dos outros"* (sic)) e taquipsiquismo. Durante o retiro passou três noites consecutivas sem dormir a planear vários projetos, entre eles escrever um livro, fazer voluntariado pelo mundo e criar um programa de rádio para crianças com contornos religiosos. Verificou-se, igualmente, aumento da reatividade emocional com envolvimento em conflitos com outros participantes do retiro, gastos excessivos e comportamentos de risco associados a ideias místicas, nomeadamente a tomada de decisões importantes com base em sorteios que a própria realizava, atribuindo o resultado à vontade divina.

Foram negadas queixas mnésicas, traumatismos cranianos, incontinência de esfíncteres, febre, perda de consciência, movimentos corporais anormais, náuseas ou vómitos, bem como o consumo de tóxicos, produtos de ervanária, outros fármacos ou suplementos além da medicação habitual.

No SU, foi realizado estudo analítico completo (hemograma completo, estudo da coagulação, ionograma, função renal e tiroidea, marcadores de citólise hepática, proteínas totais, albumina, bilirrubinas, perfil lipídico, glicose, proteína C reativa, creatinaquinase, doseamento de ácido fólico, vitamina B12, cálcio e fósforo, testagem para o vírus da imunodeficiência humana, sífilis, hepatite B e C) que não revelou alterações, com exceção de défice de vitamina B12 de 132 pg/mL (valores de referência: 211-911 pg/mL). O exame sumário de urina foi inocente e a pesquisa de drogas de abuso foi negativa. A tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) revelou múltiplas hipodensidades da substância branca profunda e periventricular dos hemisférios cerebrais, compatíveis com leucoencefalopatia ligeira a moderada, de provável etiologia isquémica crónica. Os sulcos corticais e o sistema ventricular apresentavam dimensões adequadas à faixa etária, não se identificando outras alterações. O eletrocardiograma estava normal para a faixa etária.

Evolução clínica no internamento de psiquiatria

A doente foi internada voluntariamente no Serviço de Psiquiatria do hospital da sua área de residência por episódio maníaco inaugural, para estabilização clínica e estudo etiológico. O plano terapêutico instituído incluiu lorazepam 2.50 mg/dia, olanzapina 10 mg/dia e vitaminas do complexo B duas vezes por dia, com terapêutica de resgate de lorazepam 1 mg de 24/24 horas e haloperidol 2.50 mg intramuscular de 8/8 horas.

Na primeira avaliação do internamento, a doente apresentava-se vígil, sem alterações qualitativas ou quantitativas do seu estado de consciência, pouco colaborante e orientada no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente. Observava-se um biótipo leptossómico com aspeto geral investido, vestuário de estilo boémio e acessórios concordantes, com o cabelo ornamentado com uma trança e uma coroa de flores colhidas no jardim do internamento. A atenção era captável, mas facilmente dispersável. A doente apresentava uma atitude confiante, desafiadora e socialmente desadequada, com contacto hiperfamiliar e intrusivo, tornando-se hostil em alguns momentos da entrevista. A postura era desinibida, com inquietação psicomotora. O humor era predominantemente elacionado, embora pela elevada reatividade emocional se apresentasse mais irritável em alguns períodos. O discurso era verborreico, hiperfónico, de ritmo acelerado, pressionado, sem alterações da semântica ou sintaxe, embora por vezes fosse difícil de compreender pelo ritmo e incapacidade de atingir as ideias alvo. O pensamento revelava alterações do curso e ritmo (taquipsiquismo e fuga de ideias), do conteúdo (ideias deliroides de teor grandioso e místico/religioso) e da forma (afrouxamento associativo), sem alterações da posse do pensamento. Não havia ideação auto ou heterolesiva. Não se identificaram alterações da senso-perceção, nem das

vivências do Eu, embora não se pudessem excluir. Verificava-se diminuição da necessidade de sono, sem cansaço ou sonolência diurna. O *insight* encontrava-se ausente para a psicopatologia, embora a doente tenha acabado por aceitar o plano terapêutico. O exame neurológico não revelou défices motores, sensitivos ou dos pares cranianos, com reflexos plantares flexores, ausência de dismetria e marcha preservada. A pontuação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) foi 30 em 30 pontos. Os sinais vitais encontravam-se dentro da normalidade, com exceção de perfil tensional elevado, presumivelmente associado ao estado de agitação, com normalização progressiva ao longo do internamento.

Não foi possível realizar ressonância magnética crânio-encefálica (RMN-CE) nem avaliação neuropsicológica no contexto de internamento, tendo ambas sido proteladas para o seguimento em ambulatório.

A doente apresentou progressiva estabilização do humor e adequação comportamental. A convicção e o dinamismo, afetivo e comportamental, associados às ideias de grandiosidade e místicas/religiosas diminuíram significativamente. Embora, importe salientar que estas ideias pareciam também articuladas com pressupostos ideológicos da comunidade religiosa que frequentava. Após 16 dias de internamento, teve alta com *insight* total para a psicopatologia, com o plano terapêutico prescrito à admissão (com exceção da terapêutica de resgate) e referenciação para consulta de pós-alta, psicogeriatria, neuropsicologia e neurologia.

Seguimento em ambulatório

Na consulta de pós-alta, a doente encontrava-se psicopatologicamente estabilizada. Contudo, na primeira consulta de psicogeriatria, ocorrida três meses após o internamento, descreveu sintomatologia depressiva com início nas últimas duas semanas, impressão corroborada pelos familiares. A doente descreveu tristeza, angustia, anedonia, adinamia, abulia, menor investimento nos autocuidados, queixas mnésicas subjetivas e tendência a clinofilia, sem fator precipitante identificável e com impacto funcional significativo. Não foi apurada ideação suicida, sintomas maníacos, hipomaníacos ou mistos concomitantes e o *insight* encontrava-se preservado.

A gestão farmacológica desta fase depressiva revelou-se complexa. Foi inicialmente prescrita amissulprida 50 mg/dia, sem resposta satisfatória, procedendo-se posteriormente à redução de olanzapina para 7.50 mg/dia.

Apesar de melhoria clínica inicial, os sintomas depressivos ressurgiram cinco meses depois. Nesse contexto, introduziu-se quetiapina 25 mg/dia e, por ausência de melhoria, associou-se cautelosamente sertralina 50 mg/dia, com subsequente melhoria da sintomatologia depressiva e sem emergência de sintomas maniformes. Contudo, por queixas de sonolência diurna, foi suspenso gradualmente o lorazepam e a quetiapina passou a regime de resgate.

Cerca de um mês depois, a doente voltou a apresentar agravamento dos sintomas depressivos, tendo aumentado a sertralina para 100 mg/dia por iniciativa própria, sem indicação médica. A melhoria clínica e a ausência de sintomas maniformes motivaram a manutenção desta dose pelo psiquiatra assistente.

Contudo, em consulta de psicogeriatria dois meses depois, os familiares relataram que, no mês anterior, a doente apresentara maior irritabilidade, discurso de débito aumentado, aumento da energia, com maior envolvimento em novas atividades e inquietação psicomotora. A própria reconheceu estes sintomas como patológicos e reduziu a sertralina para 50 mg/dia por iniciativa própria, mas, perante agravamento anímico, voltou a aumentá-la para 75 mg/dia. Nessa consulta, mantinha humor de tonalidade depressiva, tendo sido reintroduzida amissulprida 50 mg/dia e lorazepam 1 mg/dia.

A persistência das queixas de sonolência diurna com impacto na funcionalidade, motivou a suspensão do lorazepam, com redução posterior da olanzapina para 5 mg/dia e substituição da sertralina por bupropiom, titulado até 300 mg/dia.

Além disso, perante as constantes recaídas depressivas de difícil controlo farmacológico ao longo de dois anos de acompanhamento, optou-se por introduzir lamotrigina, titulada progressivamente até 125 mg/dia.

A RMN-CE realizada em ambulatório foi concordante com os achados da TC-CE inicial.

A avaliação neuropsicológica incluiu os seguintes instrumentos psicométricos: *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Addenbrooke's Cognitive Examination III* (ACE-III), Teste de Atenção Concentrada (AC), *INECO Frontal Screening* (IFS), Matrizes Progressivas de Raven, *Trail Making Test* (TMT) A e B, *Hopkins Verbal Learning Test* (HVLT). Os resultados situaram-se globalmente dentro dos parâmetros esperados para a idade e escolaridade, com défices subtis nas funções executivas e na atenção. Foi igualmente aplicada a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que evidenciou autonomia preservada. A avaliação em consulta de neurologia foi concordante, sem identificação de alterações neurológicas de relevo, incluindo critérios de demência. Foi recomendada a manutenção do seguimento em consulta de psiquiatria e psicologia, bem como o reforço de medidas de estimulação cognitiva (leitura, jogos de raciocínio, escrita, atividades sociais).

Desde a introdução de lamotrigina 125 mg/dia, a doente encontra-se psicopatologicamente estabilizada, sem recorrência de sintomatologia depressiva, maníaca, hipomaníaca ou mista, tendo sido possível reduzir progressivamente a dose de olanzapina. A medicação atual inclui lamotrigina 125 mg/dia, bupropiom 300 mg/dia, olanzapina 2.50 mg/dia e vitaminas do complexo B duas vezes por dia. A doente mantém bom suporte familiar, preserva atividades de lazer e apresenta *insight* total para a sua psicopatologia, mantendo-se envolvida no tratamento.

Discussão

O presente caso clínico ilustra vários dos desafios que a PB de início tardio coloca na prática clínica, desde o diagnóstico diferencial até à complexidade da abordagem farmacológica em contexto geriátrico.

Perante um primeiro episódio maníaco no idoso, é imperativo excluir causas secundárias. O conceito de mania secundária foi introduzido por Krauthammer e Klerman, em 1978, para designar apresentações tardias de mania associadas a diversas condições orgânicas (Dhonju et al., 2014; Richards & Curtice, 2011; Singh et al., 2015). Entre as etiologias a considerar incluem-se a doença de Parkinson, a epilepsia do lobo temporal, a esclerose múltipla, o traumatismo craniano, as neoplasias cerebrais, as demências, as alterações metabólicas e endócrinas (hipotiroidismo ou hipertiroidismo), as infeções e a iatrogenia farmacológica – com particular relevância os corticosteroides, antibióticos como a claritromicina e antidepressivos (Richards & Curtice, 2011).

No que respeita à iatrogenia farmacológica, os antidepressivos tricíclicos conferem um risco aproximadamente duas vezes superior ao dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) na indução de mania (Richards & Curtice, 2011). Os inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina, nomeadamente a venlafaxina e a duloxetina, também se associam a maior probabilidade de viragem maníaca (Richards & Curtice, 2011). No caso em apreço, a doente estava medicada com um ISRS há vários anos, um subtipo de menor risco e menos frequentemente implicado em viragem maniforme no idoso (Richards & Curtice, 2011). Acresce que a clínica não remitiu após a sua suspensão, tornando este mecanismo menos provável como causa isolada.

O défice de vitamina B12, documentado neste caso (132 pg/mL), tem sido associado a diversas manifestações neuropsiquiátricas, incluindo, de forma menos estabelecida, a episódios maníacos (Lachner et al., 2012). A sua contribuição para o episódio não pode ser excluída, pelo que se manteve a suplementação vitamínica em ambulatório, medida particularmente pertinente dado o regime vegetariano da doente.

A demência frontotemporal (DFT) constitui outro diagnóstico diferencial relevante, dada a sobreposição entre a desinibição comportamental e a impulsividade que lhe são características (Pereira & Pereira, 2022). Contudo, a DFT não cursa tipicamente com elação do humor, aumento de energia, ideias de grandiosidade ou diminuição da necessidade de sono (Pereira & Pereira, 2022). Segundo a 11.ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), o diagnóstico de demência exige défice acentuado em dois ou mais domínios cognitivos — incluindo memória, funções executivas, atenção, linguagem, cognição social e julgamento, velocidade psicomotora ou capacidades visuoperceptivas/visuoespaciais —, representando um declínio face ao esperado para a idade e ao nível prévio de funcionamento, com impacto significativo na autonomia nas atividades da vida diária. Adicionalmente, os sintomas não devem ser melhor explicados por outras causas, incluindo perturbações mentais (World Health Organization, 2022). Neste caso, a avaliação neuropsicológica evidenciou um funcionamento cognitivo globalmente preservado, com défices subtis nas funções executivas e na atenção, sem impacto significativo no funcionamento adaptativo. O parecer de neurologia foi concordante, sem identificação de alterações neurológicas de relevo. Em conjunto, estes achados permitiram excluir critérios para demência, enquadrando as alterações cognitivas ligeiras no contexto da perturbação bipolar, uma vez que, mesmo em fases de estabilidade clínica, muitos doentes apresentam défices persistentes em domínios como a atenção, a memória e as funções executivas (Braz Saraiva & Cerejeira, 2024).

Particular relevância assume a hipótese de mania vascular, conceito proposto por Steffans e Krishnan em 1998, caraterizada pelo surgimento agudo de sintomas maníacos após um evento cerebrovascular, maior prevalência de enfartes silenciosos na neuroimagem em apresentações tardias de mania e associação a fatores de risco cardiovasculares (como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo) (Amaladoss & Le Claire, 2010; Richards & Curtice, 2011; Singh et al., 2015). O estudo neuroimagiológico desta doente revelou leucoencefalopatia ligeira a moderada de provável etiologia isquémica crónica, com padrão periventricular – achado consistente com este subtipo. Embora a doente tenha apresentado um perfil tensional elevado no início do internamento, esse acabou por estabilizar e ser enquadrado no estado de agitação psicomotora inicial. Por isso, a ausência de eventos cerebrovasculares prévios conhecidos e de fatores de risco cardiovasculares documentados enfraquece este diagnóstico, embora não o exclua inteiramente: as lesões da substância branca de origem vascular podem provocar perturbações de humor por lesão dos circuitos fronto-límbicos e estar presentes na neuroimagem antes de qualquer evento cerebrovascular clinicamente manifesto (Silva et al., 2024; Zanetti et al., 2007).

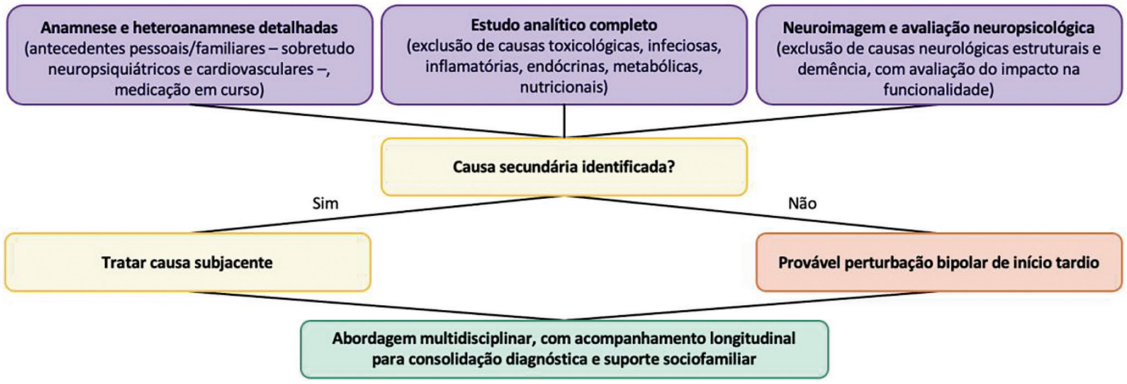
O acompanhamento longitudinal em consulta de psicogeriatria após o internamento — com a documentação de um episódio depressivo três meses após o episódio maníaco inaugural, seguido de recaídas depressivas e um período de sintomas hipomaníacos nos meses subsequentes — torna o diagnóstico de PB tipo 1 mais provável, em conformidade com os critérios de diagnóstico da CID-11 (World Health Organization, 2022). A história de perturbação depressiva diagnosticada sete anos antes também é consistente com a literatura, que descreve um intervalo de latência maior entre episódios depressivos e a primeira manifestação maniforme nas formas de início tardio (Richards & Curtice, 2011).

Do ponto de vista terapêutico, este caso evidencia a complexidade da abordagem farmacológica da PB de início tardio. A dificuldade em controlar as recaídas depressivas sem precipitar sintomas maniformes, a sensibilidade aumentada aos efeitos adversos dos fármacos — como a sonolência diurna — e a gestão não supervisionada de antidepressivos pela própria doente ilustram os desafios clínicos típicos desta população. A resposta sustentada à lamotrigina é consistente com a evidência disponível: trata-se de um fármaco com eficácia demonstrada na prevenção de episódios depressivos na PB, incluído na maioria das orientações clínicas internacionais como opção de manutenção, com eficácia e tolerabilidade documentadas especificamente em adultos idosos com depressão bipolar e com menor risco de recorrência comparativamente ao placebo (Besag et al., 2021; Hashimoto et al., 2021; Sajatovic et al., 2011).

Por fim, este caso reforça a relevância do suporte sociofamiliar e da abordagem multidisciplinar — envolvendo a psicogeriatria, neurologia e neuropsicologia — no diagnóstico e tratamento da PB no idoso. O envolvimento ativo dos familiares foi essencial tanto na fase inicial para o esclarecimento da história clínica e contenção de risco, como durante o seguimento clínico para a monitorização dos sintomas e identificação precoce de sinais de recaída.

A Figura 1 apresenta um algoritmo de abordagem clínica da mania de início tardio, elaborado com base na experiência deste caso clínico e na literatura previamente revista.

Figura 1
Algoritmo de abordagem clínica da mania de início tardio.



Conclusão

A PB de início tardio constitui uma entidade clínica de relevância crescente, cujo diagnóstico requer uma abordagem sistemática e longitudinal. O presente caso sublinha a necessidade de excluir causas secundárias de mania no idoso, bem como a importância de um acompanhamento especializado e multidisciplinar. A complexidade da abordagem farmacológica — evidenciada pela instabilidade do regime terapêutico ao longo de dois anos de acompanhamento, decorrente da dificuldade na gestão da sintomatologia depressiva e dos efeitos adversos dos psicofármacos após o episódio maníaco inaugural — reforça a necessidade de cautela na introdução de antidepressivos nesta população. Adicionalmente, a estabilidade clínica sustentada após a introdução da lamotrigina torna-a uma opção viável e segura no tratamento de manutenção da PB, sobretudo em idosos com depressão bipolar de difícil controlo. O suporte sociofamiliar adequado revelou-se igualmente determinante para o prognóstico favorável observado. Este artigo pretende contribuir para uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para as especificidades diagnósticas e terapêuticas desta apresentação clínica.

Conflito de interesses

O/s autor (es) declara(m) que não há conflito de interesses

Referências bibliográficas

Amaladoss, A., & Le Claire, J. K. (2010). Late onset mania in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 870–872. https://doi.org/10.1002/gps.2408

Benedetti, A., Scarpellini, P., Casamassima, F., Lattanzi, L., Liberti, M., Musetti, L., & Cassano, G. B. (2008). Bipolar disorder in late life: Clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(22). https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-22

Besag, F. M. C., Vasey, M. J., Sharma, A. N., & Lam, I. C. H. (2021). Efficacy and safety of lamotrigine in the treatment of bipolar disorder across the lifespan: A systematic review. Em *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* (Vol. 11). https://doi.org/10.1177/20451253211045870

Braz Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2024). *Psiquiatria fundamental* (2.ª ed.). LIDEL.

Dhonju, G., Singh, P., & Joshi, N. (2014). First episode mania at the age of 78 years: A case report. *Journal Psychiatrists' Association of Nepal*, 3(1), 43–44. https://doi.org/https://doi.org/10.3126/jpan.v3i1.11352

Figueira, M. L., & Akiskal, H. (2009). *Clinical aspects of mania*. Wolters Kluwer Health.

Hashimoto, Y., Kotake, K., Fujiwara, T., & Sakamoto, S. (2021). Lamotrigine in the maintenance treatment of bipolar disorder (Vol. 9, Número 9). *Cochrane Database Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd013575.pub2

Lachner, C., Steinle, N. I., & Regenold, W. T. (2012). The neuropsychiatry of vitamin B12 deficiency in elderly patients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24(1), 5–15. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.11020052

Pereira, D., & Pereira, J. (2022). *Raciocínio clínico em psiquiatria: Principais entidades psiquiátricas* (1.ª ed., Vols. 1 e 2). LIDEL.

Richards, F., & Curtice, M. (2011). Mania in late life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(5), 357–364. https://doi.org/10.1192/apt.bp.110.008300

Sajatovic, M., Gildengers, A., Al Jurdi, R. K., Gyulai, L., Cassidy, K. A., Greenberg, R. L., Bruce, M. L., Mulsant, B. H., Ten Have, T., & Young, R. C. (2011). Multisite, open-label, prospective trial of lamotrigine for geriatric bipolar depression: A preliminary report. *Bipolar Disorders*, 13(3), 294–302. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00923.x

Silva, T., Nunes, C., Ribeiro, A., Santana, I., & Cerejeira, J. (2024). White matter hyperintensities in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. Em *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 15). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1343463

Singh, P., Pandey, N. M., & Tiwari, S. C. (2015). Late-life mania: A brief review. *Journal of Geriatric Mental Health*, 2(2), 68–73. https://doi.org/10.4103/2348-9995.174269

Telles Correia, D. (2014). *Manual de psicopatologia* (2.ª ed.). LIDEL.

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11.ª ed.). https://icd.who.int

Zanetti, M. V., Cordeiro, Q., & Busatto, G. F. (2007). Late onset bipolar disorder associated with white matter hyperintensities: A pathophysiological hypothesis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(2), 551–556. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.10.004