



## Diagnóstico diferencial em transtorno bipolar tipo 2: desafios e comorbidades associadas

Natália Rivoli Rossi<sup>1</sup>; 0000-0003-1707-9651  
Rafaela Dünkel Duarte<sup>2</sup>; 0000-0003-2690-0202  
Natália Aparecida Alves<sup>3</sup>; 0009-0009-2088-5508  
Rhanica Evelise Toledo Coutinho<sup>4</sup>; 0000-0003-4047-6081  
Sonia Cardoso Moreira Garcia<sup>5</sup>; 0000-0002-5034-4106

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[ntlrossi@gmail.com](mailto:ntlrossi@gmail.com)

2 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[rafitadankel@hotmail.com](mailto:rafitadankel@hotmail.com)

3 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[nataliaalves.med@yahoo.com](mailto:nataliaalves.med@yahoo.com)

4 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[rhanica.coutinho@foa.org.br](mailto:rhanica.coutinho@foa.org.br)

5 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[sonia.garcia@foa.org.br](mailto:sonia.garcia@foa.org.br)

**Resumo:** O diagnóstico diferencial do transtorno bipolar tipo 2 (TB) é complexo e desafiador. Isso porque muitos de seus sintomas podem ser confundidos com outros transtornos, como transtorno de personalidade borderline (TPB), depressão maior (DM) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Além disso, comorbidades estão associadas ao TB, como é o caso da psicose (P). Assim, o objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura acerca do diagnóstico diferencial do TB, elucidando os desafios do diagnóstico e as comorbidades associadas ao transtorno. Quanto à metodologia, as buscas foram realizadas na base de dados do PubMed e cinco artigos em inglês foram selecionados, tendo alta relevância científica. Os resultados foram que dos cinco artigos, dois relacionavam o tema do TB ao TPB, um a DM, um ao TDAH, e um a P. Como dito, o diagnóstico diferencial pode ser desafiador, isso porque os sintomas são semelhantes. Quanto ao TB e TPB, em ambos podem apresentar estados de humor alterados, automutilação deliberada, suicídio e evidenciam impulsividade, irritabilidade, desinibição sexual, gastos excessivos e uso indevido de álcool e drogas. Em relação ao TB e DM, o diagnóstico é complexo pois muitos dos pacientes tem o estágio de depressão e ansiedade mais frequentes que estágios de hipomania. O TDAH também tem sintomas semelhantes ao TP, principalmente nos estágios de hipomania, como por exemplo, aumento de energia, hiperatividade psicomotora, inquietação, euforia ou irritabilidade e aumento da impulsividade. Somado a isso, ainda temos a comorbidade de psicose que está relacionada ao TB sendo definida por delírios e/ou alucinações ou por gravidade comprometimento ou melancolia, além de abuso de substâncias. Dessa forma, é possível observar que o diagnóstico diferencial é um desafio e que a comorbidade associada é de extrema importância para manutenção da qualidade de vida desses pacientes.

**Palavras-chave:** transtorno bipolar. depressão bipolar. diagnóstico diferencial. comorbidades.



## INTRODUÇÃO

O diagnóstico do TB se mostra um desafio já que há sintomas dos transtornos que se sobrepõem e são semelhantes. Esses transtornos podem ser TPB, DM e TDAH. Os sintomas relacionados ao diagnóstico diferencial entre TB e TPB são automutilação deliberada, suicídio e evidenciam impulsividade, irritabilidade, desinibição sexual, gastos excessivos e uso indevido de álcool e drogas (BAYES, PARKER, *et al.*, 2019). Já os sintomas em relação a DM, muitos dos pacientes tem o estágio de depressão e ansiedade mais frequentes que estágios de hipomania (MCINTYRE, ZIMMERMAN, *et al.*, 2019). Em relação ao TDAH, são relacionados aos quadros de hipomania, como por exemplo, aumento de energia, hiperatividade psicomotora, inquietação, euforia ou irritabilidade e aumento da impulsividade (SCHIWECK, ARTEAGA-HENRIQUEZ, *et al.*, 2021). Além da dificuldade encontrada pelo profissional ao realizar o diagnóstico, comorbidades estão associadas ao TB. A principal delas é o surto psicótico que é definida por delírios e/ou alucinações ou por gravidade comprometimento ou melancolia (DUBOVSKY, GHOSH, *et al.*, 2021). Assim, fica evidente que o diagnóstico diferencial e as comorbidades se mostram um desafio para o clínico psiquiatra, sendo necessária uma maior discussão sobre a temática para melhor elucidação dos critérios diagnósticos e de possíveis terapias medicamentosas que serão mais positivas a pacientes diferenciados.

Somado a isso, o diagnóstico adequado é fundamental pois interfere na terapia medicamentosa do paciente. Sabe-se que antidepressivos, estabilizadores de humor anticonvulsivantes e os antipsicóticos atípicos parecem benéficos para o TB, embora os pacientes com TPB têm taxas mais baixas de resposta aos medicamentos (WRIGHT, LARI, *et al.*, 2022). Já nos casos de sobreposição com sintomas de TDAH, a terapia medicamentosa deve ser cautelosa, uma vez que há uma taxa de risco mais alta para episódios maníacos em pacientes tratados apenas com metilfenidato, mas uma taxa de risco reduzida para episódios maníacos quando o metilfenidato foi combinado com um estabilizador de humor (SCHIWECK, ARTEAGA-HENRIQUEZ, *et al.*, 2021). A comorbidade de surto psicótico também irá interferir na terapêutica medicamentosa do paciente, sendo necessária a combinação de antidepressivos e antipsicóticos, e até mesmo a terapia eletroconvulsiva (DUBOVSKY, GHOSH, *et al.*,



2021). Desse modo, reconhecer o diagnóstico é fundamental para uma boa conduta terapêutica do paciente.

As comorbidades podem ser quadros de associação de dois ou mais transtornos psiquiátricos, ou de surtos psicóticos. Quando o paciente apresenta mais de dois transtornos psiquiátricos, a terapia medicamentosa se vale da combinação de medicamentos relacionados aos transtornos que se sobrepõem. Além do mais, a possibilidade de um TB subjacente deve ser considerada em pacientes psicoticamente deprimidos com características hipomaníacas sutis, como irritabilidade intensa, agressividade ou impaciência, falta de sono sem sensação de cansaço, aumento do interesse sexual, falta de anedonia e aumento da atividade física ou mental apesar de queixas de fadiga severa. Um componente bipolar também pode ser sugerido por depressão altamente recorrente de início precoce com início agudo, psicose dramática que não está associada a comprometimento do funcionamento, alucinações não auditivas, alucinações sem delírios, parentes bipolares de primeiro grau ou qualquer transtorno de humor em múltiplas gerações (DUBOVSKY, GHOSH, *et al.*, 2021). O abuso de substâncias ainda pode ser outra comorbidade associada ao TB, obscurecendo o diagnóstico, uma vez que mimetiza a hipomania (MCINTYRE, ZIMMERMAN, *et al.*, 2019).

Ambos, sub ou sobre diagnóstico tem impactos negativos, que reforçam a importância de se tornar mais habilitado para encontrar um diagnóstico diferencial razoável. Quando o distúrbio é subdiagnosticado, consequências incluem a prescrição insuficiente de medicamentos estabilizadores de humor, um grande risco de ciclagem de humor rápida, e altos gastos com o cuidado. Quando é realizado o sobre diagnóstico, ocorre incorreta psicoeducação e tratamento com medicações não necessárias, que podem causar potenciais efeitos adversos e outros riscos médicos associados. E se o TB for diagnosticado erroneamente, o médico pode ignorar a causa real dos sintomas do paciente e não iniciar o tratamento apropriado (MCINTYRE, ZIMMERMAN, *et al.*, 2019).

Além disso, foi relatado que a psicoterapia é componente essencial de qualquer transtorno de humor grave (DUBOVSKY, GHOSH, *et al.*, 2021). Em casos de TPB, a abordagem primária de tratamento é psicoterapia. Melhora a regulação emocional,



enquanto os estabilizadores de humor oferecem poucos benefícios ou apenas efeitos inespecíficos (BAYES, PARKER, *et al.*, 2019). Já na relação TDAH/TB, a psicoeducação é de grande importância. Justifica-se a psicoterapia direcionada, que também deve ter como objetivo a autocapacitação e o enfrentamento dos sintomas, e, finalmente, os estabilizadores de humor são essenciais no tratamento do TB, enquanto o tratamento farmacológico para o TDAH é normalmente justificado (SCHIWECK, ARTEAGA-HENRIQUEZ, *et al.*, 2021). Conforme explicitado, é possível observar que o conhecimento do diagnóstico diferencial e das comorbidades são essenciais para uma boa conduta farmacológica medicamentosa, assim como, uma conduta psicoterápica, já que as terapias associadas mostram benefícios aos pacientes. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura acerca do diagnóstico diferencial em TB, seus desafios e comorbidades associadas, uma vez que para cada situação deve ser realizada uma conduta terapêutica específica.

## **METODOLOGIA**

As buscas foram realizadas na base de dados do Pubmed, sendo selecionados artigos em inglês. As palavras chaves utilizadas em inglês “bipolar disorder”, “bipolar depression”, “differential diagnosis”, “comorbidities”. O material possui alta relevância científica, não possuindo vieses. Os artigos avaliaram a influência e importância do diagnóstico diferencial do transtorno bipolar e suas principais comorbidades que interferem na boa conduta terapêutica. O trabalho trata de revisão de literatura, não envolvendo pesquisa em seres humanos, nem em animais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, pode-se observar que foi possível realizar a revisão de literatura tendo em base cinco artigos científicos com alto fator de impacto. Na busca foram encontrados cerca de 3.116 artigos, sendo os cinco selecionados mais atuais e mais relevantes para a descrição do diagnóstico diferencial em TB, seus desafios e comorbidades associadas.



O diagnóstico diferencial é um desafio para o médico pois envolve diversos fatores e considerações que devem ser levadas em conta. Dentre os fatores encontram-se os parâmetros biológicos: genética, epigenética, ritmos diurnos, neuroimagem estrutural e funcional, além de fatores de diferenciação que incluem história familiar, antecedentes de desenvolvimento, evolução da doença, diferenças fenomenológicas nos estados de humor, estilo de personalidade e fatores de relacionamento. Somado a eles, há os fatores menos diferenciadores que incluem impulsividade, perfis neuropsicológicos, distribuição por gênero, comorbidade e resposta ao tratamento (BAYES, PARKER, *et al.*, 2019).

Na sobreposição do TB e TPB, quanto a finalidade de diagnóstico e tratamento, o ideal é que os médicos realizem uma avaliação minuciosa para obter um quadro geral do funcionamento intrapsíquico e interpessoal de cada paciente, incluindo o autoconceito, uma vez que tem um papel fundamental no quadro clínico. No TPB, há uma difusão de identidade bem documentada e o autoconceito parece predominantemente negativo; mudanças no autoconceito e na autoestima estão frequentemente ligadas a gatilhos interpessoais. No TB, os pacientes lutam com a sua identidade, mas a identidade narrativa pode ser menos comprometida em comparação com o TPB; as mudanças no autoconceito e na autoestima parecem mais ligadas a fatores internos (ou seja, humor e motivacionais). Há evidências de que direcionar essas finalidades em terapia pode ser benéfica para o paciente (WRIGHT, LARI, *et al.*, 2022).

No TB, um grande número de os estudos é sobre autoestima, autoestigma e identidade após o diagnóstico. No TPB, há mais estudos sobre identidade geral e autoconceito. Os distúrbios de autoconceito, identidade e autoestima são características centrais do TPB e características dependentes do humor do TB (WRIGHT, LARI, *et al.*, 2022). Pesquisadores e médicos que aderem a diferentes abordagens concordam com a presença de um distúrbio de identidade no TPB. O distúrbio de identidade consiste em não saber quem se é, no sentido de que os pacientes com TPB não possuem um autoconceito unificado feito de identidades diferentes no tempo. Já no TB, a confusão está mais relacionada a qual identidade é mais 'autêntica': eutímica, eufórica ou deprimida. Mas seria incorreto descrever o TB



como uma sucessão de identidades, sem considerar o impacto que estas têm a um nível holístico. Uma característica comum parece ser a evitação de sentimentos de anergia e anedonia, que poderiam desencadear episódios maníacos (WRIGHT, LARI, *et al.*, 2022).

O autoconceito é dicotômico durante episódios de humor e relativamente estável durante a eutimia. Por um lado, em episódios depressivos, encontramos o “eu fracassado”. É caracterizada por vulnerabilidade, desamparo e sentimento de não ter valor, o que pode levar a níveis intensos de autodepreciação, anergia e anedonia. Porém, em episódios hipomaníacos, encontramos o ‘eu de sucesso’. É caracterizada por um sentimento de invulnerabilidade e valor pessoal inflado. A pessoa acredita ser invencível e sente-se enérgica e gratificada, tanto a nível físico como mental. Traumas infantis podem interferir no desenvolvimento do self em pacientes com TB; este aspecto pode ser parcialmente responsável pela alta comorbidade com TPB (WRIGHT, LARI, *et al.*, 2022).

Já no TPB, parece haver uma dicotomia entre a percepção de ser culpado, falho, mau e agressivo e uma noção fugaz de ser uma pessoa boa e adequada, pelo menos parcialmente. Dito de outra forma, se os pacientes com TPB acreditam que não são dignos de amor e são maus e, portanto, indignos de um relacionamento em qual o outro é gentil e respeitoso, eles irão automaticamente em busca de distanciar, abandonar e maltratar parceiros. Infelizmente, neste tipo de ciclo interpessoal negativo que se origina do esquema defeituoso/vergonha, eles acreditam ser compreendidos pelo que realmente são: uma pessoa indigna e indigno de uma proximidade afetiva saudável com o outro (WRIGHT, LARI, *et al.*, 2022).

A frequência do mal diagnóstico é maior quando comparado o TB e a DM. Por isso, é importante um correto diagnóstico diferencial. É fundamental diferenciar a depressão unipolar da depressão bipolar. Muitos pacientes com TB podem ter quadros de hipomania com a administração de algumas classes de antidepressivos para DM unipolar. Assim, faz-se fundamental uma anamnese completa, investigando padrões familiares e ocorrências de ciclagem com hipomania, para um correto diagnóstico.



Tal como o TDAH, o TB é um transtorno mental comum com uma prevalência de 1% a 3%. A principal característica do TB é a ocorrência ao longo da vida de episódios depressivos e maníacos, os últimos dos quais são definidos por aumento de energia e impulso, hiperatividade psicomotora, inquietação, euforia ou irritabilidade e aumento da impulsividade. Entre os episódios de humor, os pacientes são, na sua maioria, eufímicos e livres de sintomas da doença, embora até 40% dos pacientes continuem a sofrer de um grau variável de défices cognitivos. Especialmente no TP do tipo 2, que se caracteriza pela presença exclusiva de hipomania, o diagnóstico diferencial entre TDAH e TB pode ser desafiador quando não se considera a natureza semelhante a um traço do TDAH em contraste com as características semelhantes a um estado de TB. Isto é ainda mais complicado pelos déficits cognitivos inter-episódios no TB, bem como pelos estados de humor subsindrômicos comuns e fenômenos como episódios mistos e ciclagem rápida, ou seja, alterações de humor de alta frequência, ambos ocorrendo com mais frequência no TB. Assim, há uma sobreposição considerável nos critérios diagnósticos e nas características associadas entre TB e TDAH. Como a sobreposição de critérios diagnósticos pode não explicar inteiramente a comorbidade de ambos, é possível que outras características clínicas compartilhadas sejam devidas a fatores de risco genéticos ou ambientais compartilhados (SCHIWECK, ARTEAGA-HENRIQUEZ, *et al.*, 2021).

Quanto as comorbidades, a psicose é uma característica que pode ocorrer em uma variedade de distúrbios, incluindo esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, TB, DM e possivelmente outras condições complicadas por características psicóticas como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), certos transtornos de personalidade e transtorno delirante. O traço de psicose pode ser transmitido independentemente de outras características como desregulação do humor ou pensamento. Assim, a associação de um traço de psicose com desregulação humor pode produzir um fenótipo de transtorno de humor psicótico, enquanto confluência da capacidade para psicose e processamento desordenado de informações pode caracterizar esquizofrenia. Existem evidências acumuladas, particularmente para transtornos de humor bipolares, que a própria psicose não distingue entre diagnósticos categóricos; de fato, o conteúdo da psicose e a presença de transtorno de pensamento por si só não distinguem entre esquizofrenia e TB psicótico. No entanto, quando a psicose está



presente, o transtorno primário é mais grave e produz mais comprometimento e pior prognóstico (DUBOVSKY, GHOSH, *et al.*, 2021).

Já o abuso de substâncias pode preceder ou acompanhar o TB. A intoxicação por substâncias pode gerar quadros de mania ou hipomania que podem obscurecer ou confundir o diagnóstico. Um aumento na atividade ou agitação psicomotora está associado a muitas das síndromes de abstinência e intoxicação. Se um paciente está deprimido e usa ou abusa de uma substância – álcool, cannabis, opioides, até mesmo cafeína ou tabaco – a agitação psicomotora que ocorre como parte de uma intoxicação ou síndrome de abstinência pode imitar a mania, contribuindo potencialmente para um diagnóstico incorreto de TB (MCINTYRE, ZIMMERMAN, *et al.*, 2019). Assim, é necessário considerar vários diagnósticos potenciais e, se possível, avaliar o paciente no momento em que ele não estiver tomando a substância. Imediatamente após o uso indevido de substâncias ativas, o DSM-5 identifica episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos como secundários ao uso indevido da substância; geralmente é necessário um período de pelo menos 1 mês para distinguir os transtornos do humor como fenômenos independentes dos efeitos colaterais das substâncias psicoativas (MCINTYRE, ZIMMERMAN, *et al.*, 2019).

Após o explicitado, é possível observar que o diagnóstico diferencial de TB é desafiador e complexo, levando em conta que vários outros transtornos psiquiátricos possuem sintomas semelhantes. Além disso, observa-se que há comorbidades entre os transtornos e, também, à psicose e ao abuso de substâncias, que podem gerar confusões no diagnóstico do TB. Assim, é fundamental coletar informações pertinentes na anamnese, como história da doença, histórico familiar, e laudos psicopatológicos, entre outros, afim de obter informações amplas e pertinentes que favorecerão o diagnóstico adequado.

## **CONCLUSÕES**

O diagnóstico diferencial é um desafio para o médico pois envolve diversos fatores e considerações que devem ser levadas em conta. Genética, epigenética, ritmos diurnos, neuroimagem estrutural e funcional, história familiar, antecedentes de





desenvolvimento, evolução da doença, diferenças fenomenológicas nos estados de humor, estilo de personalidade, fatores de relacionamento, impulsividade, perfis neuropsicológicos, distribuição por gênero, comorbidade e resposta ao tratamento. Assim, é necessário realizar uma boa anamnese para uma melhor compreensão de todos os fatores dialéticos que envolvem o transtorno psiquiátrico, e assim, realizar o diagnóstico correto de TB.

## REFERÊNCIAS

BAYES, A., PARKER, G., PARIS, J. "Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder", **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 12, 2019. DOI: 10.1007/s11920-019-1120-2.

DUBOVSKY, S. L., GHOSH, B. M., SEROTTE, J. C., *et al.* "Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment", **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 90, n. 3, p. 160–177, 2021. DOI: 10.1159/000511348.

MCINTYRE, R., ZIMMERMAN, M., GOLDBERG, J., *et al.* "Differential Diagnosis of Major Depressive Disorder Versus Bipolar Disorder", **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 80, n. 3, p. 15–24, 2019. DOI: 10.4088/jcp.ot18043ah2.

SCHIWECK, C., ARTEAGA-HENRIQUEZ, G., AICHHOLZER, M., *et al.* "Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis",

**Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 124, n. September 2020, p. 100–123, 2021. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.017.

WRIGHT, L., LARI, L., IAZZETTA, S., *et al.* "Differential diagnosis of borderline personality disorder and bipolar disorder: Self-concept, identity and self-esteem", **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v. 29, n. 1, p. 26–61, 2022. DOI: 10.1002/cpp.2591.