

MANEJO TERAPÊUTICO E INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS NO TRATAMENTO DA PSICOSE POR CORTICÓIDES**THERAPEUTIC MANAGEMENT AND PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF CORTICOSTEROID-INDUCED PSYCHOSIS****MANEJO TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS INDUCIDA POR CORTICOSTEROIDES**

10.56238/revgeov17n6-027

Luísa Silva Souza

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS-JF)

Enzo Federle Omizzolo

Graduando

Instituição: Atitus Educação

Lucas Alves Alcântara

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)

RESUMO

O presente estudo é uma revisão bibliográfica narrativa que objetivou sintetizar e analisar o manejo terapêutico e as intervenções farmacológicas na psicose induzida por corticoides. O uso crescente de corticosteroides sintéticos para o manejo de diversas condições, como dores crônicas e doenças autoimunes, está associado a graves manifestações neuropsiquiátricas, cuja incidência é dose-dependente. A fisiopatologia envolve a modulação dos sistemas dopaminérgico, colinérgico e serotoninérgico, sendo a hipoalbuminemia, histórico psiquiátrico prévio e sexo feminino fatores de risco. O quadro clínico, que surge tipicamente nos primeiros 7 a 11 dias, inclui insônia, paranoia, agitação e delírios. O manejo primário consiste na redução ou suspensão do corticosteroide, quando clinicamente possível. A intervenção farmacológica inclui o uso de antipsicóticos (risperidona, haloperidol, olanzapina ou quetiapina) e benzodiazepínicos (clonazepam) para controle da agitação. Estratégias profiláticas, como o ajuste posológico e o uso de lítio em alguns casos, demonstraram potencial preventivo. O estudo reforça a necessidade de reconhecimento precoce dos sintomas, monitoramento intensivo e uma abordagem multidisciplinar, dada a escassez de diretrizes clínicas padronizadas.

Palavras-chave: Psicose Induzida por Substância. Corticosteroides. Glucocorticoides. Antipsicóticos. Manejo Farmacológico.

ABSTRACT

This study is a narrative literature review that aimed to synthesize and analyze the therapeutic management and pharmacological interventions in corticosteroid-induced psychosis. The increasing



use of synthetic corticosteroids for the management of various conditions, such as chronic pain and autoimmune diseases, is associated with serious neuropsychiatric manifestations, the incidence of which is dose-dependent. The pathophysiology involves the modulation of the dopaminergic, cholinergic, and serotonergic systems, with hypoalbuminemia, previous psychiatric history, and female sex being risk factors. The clinical picture, which typically appears in the first 7 to 11 days, includes insomnia, paranoia, agitation, and delusions. Primary management consists of reducing or discontinuing the corticosteroid, when clinically possible. Pharmacological intervention includes the use of antipsychotics (risperidone, haloperidol, olanzapine, or quetiapine) and benzodiazepines (clonazepam) to control agitation. Prophylactic strategies, such as dosage adjustment and the use of lithium in some cases, have demonstrated preventive potential. The study reinforces the need for early symptom recognition, intensive monitoring, and a multidisciplinary approach, given the scarcity of standardized clinical guidelines.

Keywords: Substance-Induced Psychosis. Corticosteroids. Glucocorticoids. Antipsychotics. Pharmacological Management.

RESUMEN

Este estudio es una revisión narrativa de la literatura que tuvo como objetivo sintetizar y analizar el manejo terapéutico y las intervenciones farmacológicas en la psicosis inducida por corticosteroides. El uso creciente de corticosteroides sintéticos para el tratamiento de diversas afecciones, como el dolor crónico y las enfermedades autoinmunes, se asocia con manifestaciones neuropsiquiátricas graves, cuya incidencia depende de la dosis. La fisiopatología implica la modulación de los sistemas dopaminérgico, colinérgico y serotoninérgico, siendo la hipoalbuminemia, los antecedentes psiquiátricos y el sexo femenino factores de riesgo. El cuadro clínico, que suele aparecer entre los 7 y 11 días iniciales, incluye insomnio, paranoia, agitación y delirios. El tratamiento inicial consiste en reducir o suspender el corticosteroide, cuando sea clínicamente posible. La intervención farmacológica incluye el uso de antipsicóticos (risperidona, haloperidol, olanzapina o quetiapina) y benzodiazepinas (clonazepam) para controlar la agitación. Las estrategias profilácticas, como el ajuste de la dosis y el uso de litio en algunos casos, han demostrado potencial preventivo. El estudio refuerza la necesidad de un reconocimiento precoz de los síntomas, una monitorización intensiva y un enfoque multidisciplinario, dada la escasez de guías clínicas estandarizadas.

Palabras clave: Psicosis Inducida por Sustancias. Corticosteroides. Glucocorticoides. Antipsicóticos. Manejo Farmacológico.



1 INTRODUÇÃO

O uso de corticosteroides sintéticos, como a metilprednisolona, dexametasona e triancinolona, tem crescido significativamente no manejo de dores crônicas, doenças autoimunes e como adjuvante em quimioterapias (Benyamin et al., 2008; King et al., 2024). Embora eficazes no controle de processos inflamatórios, essas substâncias possuem um espectro de efeitos adversos que abrangem desde distúrbios metabólicos até graves manifestações neuropsiquiátricas (Benyamin et al., 2008). A psicose induzida por corticoides caracteriza-se por sintomas que variam de alterações leves do humor a episódios psicóticos floridos, incluindo delírios de perseguição, alucinações auditivas, agitação psicomotora e desorientação temporoespacial (Benyamin et al., 2008; Lally et al., 2017; Laffinti et al., 2019).

A incidência dessas complicações é diretamente proporcional à dosagem administrada. Estima-se que distúrbios psiquiátricos ocorram em 1,3% dos pacientes recebendo doses inferiores a 40 mg/dia de prednisona, saltando para 18,4% em pacientes expostos a doses superiores a 80 mg/dia (Benyamin et al., 2008; Lally et al., 2017; Laffinti et al., 2019). Fatores como o sexo feminino, hipoalbuminemia, lesões cerebrais prévias e histórico familiar de transtornos afetivos parecem elevar a vulnerabilidade individual ao fármaco (López-Medrano et al., 2002; King et al., 2024). Diante do risco de desfechos graves, incluindo tendências violentas e prejuízo funcional, a compreensão das estratégias de intervenção farmacológica e a padronização do manejo clínico são fundamentais para a segurança do paciente.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, desenvolvida com o objetivo de sintetizar e analisar as evidências científicas mais recentes relacionadas ao manejo terapêutico e às intervenções farmacológicas na psicose por corticoides. A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores "Psychoses, Substance-Induced" e "Glucocorticoids", combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram incluídos artigos publicados nos últimos anos ou marcos da literatura, disponíveis integralmente e redigidos nos idiomas português ou inglês, que abordassem de forma direta o tema. Excluíram-se estudos que não apresentavam relação direta com o tema central, publicações duplicadas, revisões narrativas com baixo rigor metodológico e artigos não indexados na base de dados utilizada. A seleção dos estudos foi conduzida em duas etapas: triagem de títulos e resumos, seguida pela avaliação dos textos completos para confirmar relevância. As informações extraídas foram organizadas de forma descritiva.



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

A patogênese da psicose cortico-induzida é complexa e envolve a modulação dos sistemas dopaminérgico, colinérgico e serotoninérgico, além de potenciais efeitos neurotóxicos no hipocampo (Laffinti et al., 2019). Um fator crítico na farmacocinética é a ligação às proteínas plasmáticas; corticosteroides sintéticos circulam ligados à albumina e, em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) que apresentam hipoalbuminemia (< 25 g/l), a fração livre e biologicamente ativa do esteroide aumenta, expondo o paciente a maiores riscos de toxicidade cerebral (López-Medrano et al., 2002). Adicionalmente, pacientes com lesão cerebral adquirida ou histórico materno de transtorno bipolar demonstram maior suscetibilidade a episódios maníacos, mesmo quando medicados com estabilizadores de humor (King et al., 2024).

3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

Os sintomas costumam surgir precocemente, com 86% dos casos manifestando-se nos primeiros 7 a 11 dias após o início do tratamento (Benyamin et al., 2008; King et al., 2024). O quadro clínico pode incluir insônia, pensamentos acelerados, pressão por fala, paranoia e hostilidade agressiva (Benyamin et al., 2008). Em idosos com demência pré-existente, o quadro pode evoluir para um delírio hiperativo severo, dificultando o manejo ambulatorial e exigindo vigilância estreita (Lally et al., 2017). Casos de psicose também foram reportados após administrações únicas intra-articulares ou epidurais, indicando que a via de administração não isenta o paciente do risco sistêmico (Benyamin et al., 2008; Lally et al., 2017).

3.3 INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E MANEJO CLÍNICO

A abordagem terapêutica primária consiste na redução progressiva ou interrupção da corticoterapia sempre que a condição clínica de base permitir (Benyamin et al., 2008; Laffinti et al., 2019). No entanto, em muitos cenários, a farmacoterapia específica torna-se necessária:

- **Antipsicóticos:** A risperidona (até 4 mg/dia) tem se mostrado eficaz na resolução rápida de delírios e alucinações (Laffinti et al., 2019; López-Medrano et al., 2002). O haloperidol (0,5 mg a 2 mg) é indicado especialmente em casos de falha de resposta a antipsicóticos de segunda geração ou em delírios hiperativos em idosos (Lally et al., 2017). Olanzapina e quetiapina também são utilizadas, embora esta última possa apresentar eficácia limitada em quadros mais agudos (Lally et al., 2017; Laffinti et al., 2019).
- **Sedativos e Ansiolíticos:** O uso de benzodiazepínicos como o clonazepam auxilia no controle da agitação e da mania, sendo frequentemente associado aos antipsicóticos nos primeiros dias (López-Medrano et al., 2002; King et al., 2024).



- **Ajuste de Dose e Profilaxia:** Em pacientes oncológicos, a redução da dexametasona para dose única no dia da infusão quimioterápica, acompanhada de cobertura profilática com benzodiazepínicos, pode prevenir recidivas (King et al., 2024). O lítio tem sido sugerido como uma opção profilática eficaz para prevenir a recorrência de episódios maníacos durante a terapia com corticotropina (Laffinti et al., 2019).

4 CONCLUSÃO

A psicose induzida por corticoides representa uma complicação neuropsiquiátrica relevante, podendo ocorrer em diferentes doses, vias de administração e contextos clínicos. Embora incomum, sua ocorrência exige elevado grau de suspeição clínica devido ao potencial impacto funcional, risco de agitação grave, comportamento agressivo, delírios e comprometimento da segurança do paciente.

Os achados desta revisão evidenciam que o reconhecimento precoce dos sintomas, a avaliação individualizada dos fatores predisponentes e o monitoramento clínico adequado são fundamentais para o diagnóstico e para a redução de complicações. Nesse contexto, a redução gradual ou a suspensão do corticosteroide permanece como a principal medida terapêutica sempre que clinicamente viável. Quando a manutenção da corticoterapia é necessária, a utilização de antipsicóticos e benzodiazepínicos tem demonstrado benefício na remissão dos sintomas e no controle da agitação, enquanto estratégias profiláticas individualizadas podem contribuir para a prevenção de recorrências em pacientes de maior risco.

Apesar dos resultados favoráveis descritos na literatura, ainda há escassez de diretrizes clínicas específicas e protocolos padronizados para prevenção e manejo da psicose induzida por corticoides, o que torna a condução desses casos frequentemente dependente da experiência clínica e de evidências oriundas de relatos e séries de casos. Dessa forma, são necessários estudos com maior robustez metodológica para melhor definição de fatores preditores, estratégias profiláticas e condutas terapêuticas baseadas em evidências. Enquanto isso, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar envolvendo a equipe assistente, a psiquiatria e o acompanhamento farmacoterapêutico, visando diagnóstico precoce, intervenção rápida e maior segurança durante o uso de corticosteroides.



REFERÊNCIAS

BENYAMIN, R. et al. Corticosteroid induced psychosis in the pain management setting. *Pain Physician*, v. 11, n. 6, p. 917-920, 2008.

DOBSON, A. P. Awareness, dreaming or steroid-induced psychosis? *Anaesthesia*, v. 61, n. 11, p. 1127-1128, 2006.

KING, J. D.; ELLIOTT, T.; PITMAN, A. Steroid-induced mania in a patient with previously well-controlled organic bipolar 1-like affective disorder secondary to acquired brain injury: case report and literature review. *Discover Mental Health*, v. 4, n. 1, p. 8, 2024.

LAFFINTI, M. A. et al. Corticoïdes et culture: un cas d'épisode psychotique aigu cortico-induit. *The Pan African Medical Journal*, v. 33, p. 25, 2019.

LALLY, L.; MCCARTHY, G.; MEEHAN, K. Hyperactive delirium following administration of intra-articular corticosteroid. *BMJ Case Reports*, v. 2017, p. bcr2016217483, 2017.

LÓPEZ-MEDRANO, F. et al. Steroid induced psychosis in systemic lupus erythematosus: a possible role of serum albumin level. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 61, n. 6, p. 562-563, 2002.

