

# **Síndrome Pós-concussional, Reação Aguda a Estresse e Transtorno de Estresse Pós-traumático: Diferenciação Diagnóstica após Acidentes com Veículos Automotores\***

Carlos Alberto Crespo de Souza\*\*  
Paulo Mattos\*\*\*

## **RESUMO**

Os autores abordam as dificuldades encontradas para estabelecer um diagnóstico diferencial entre os sintomas da síndrome pós-concussional e os sintomas de reação aguda a estresse e a transtorno de estresse pós-traumático ocorridos após acidentes automobilísticos. Além de evidenciarem como os sintomas dessas síndromes ou transtornos assemelham-se e poucos são distintivos pelos critérios diagnósticos da CID-10, do histórico e dos exames laboratoriais que podem ser solicitados, apresentam um caso clínico em que esses sintomas mostram-se misturados, dificultando o discernimento clínico. Os resultados são discutidos e comentados de acordo com bibliografia internacional compulsada junto ao MEDLINE entre 1990 e 1999.

## **UNITERMOS**

Síndrome pós-concussional, reação aguda a estresse, transtorno de estresse pós-traumático, diagnóstico, diagnóstico diferencial.

## **INTRODUÇÃO**

As lesões cerebrais sofridas em acidentes automobilísticos, mesmo que leves ou mínimas, segundo vários autores, podem afetar o comportamento e a personalidade dos acidentados, com desorganização cerebral significativa após os mesmos. Os sintomas podem permanecer por dias, semanas, meses ou pelo resto da vida, fazendo parte de uma síndrome identificada como *síndrome pós-concussional*<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11</sup>.

De igual maneira, segundo outros autores, pessoas acidentadas em veículos automotores – “uma calamidade promovida por elas mesmas”<sup>12</sup> – podem desenvolver problemas psíquicos ou inabilidades de difícil tratamento, resultantes do estresse sofrido por ocasião do acidente, causando quadros reconhecidos como *reações agudas ao estresse* (eclosão rápida e permanência dos sintomas por curto espaço de tempo) ou como *transtorno de estresse pós-traumático* (eclosão mais tardia e permanência dos sintomas por tempo prolongado)<sup>12,13,14</sup>.

Diagnosticar sintomas da síndrome pós-concussional, por si só, geralmente já representa um desafio aos médicos<sup>15</sup>; o mesmo pode ocorrer com os sintomas desenvolvidos pelo estresse pós-traumático, uma vez que são pouco conhecidos pelos médicos de uma maneira geral ou desvalorizados por sua gênese psíquica, suas manifestações confundidas com fingimento ou procura de ganho secundário<sup>12</sup>.

Muitas vezes, uma pessoa que sofreu um traumatismo craniano leve resultante em concussão, em um acidente automobilístico de alguma gravidade, também pode experimentar manifestações psíquicas conseqüentes do estresse sofrido por ocasião do mesmo, especialmente em situações nas quais a pessoa não consegue sair de dentro do carro ou não ocorre ajuda imediata pelo fato de que o carro acidentado encontra-se em local de difícil acesso e a escuridão da noite impede qualquer perspectiva de ajuda. A concomitância desses diagnósticos é cada vez mais reconhecida

\* Trabalho elaborado no Centro de Estudos José de Barros Falcão – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

\*\* Mestre e Doutorando em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Diretor de Ensino do Curso de Especialização em Psiquiatria CEJBF/FFFCM de Porto Alegre, RS.

\*\*\* Doutor em Psiquiatria. Professor-adjunto do IPUB-UFRJ. Coordenador do Laboratório de Neuropsicologia do IPUB-UFRJ.

em estudos clínicos<sup>16</sup>, e dados empíricos estimam a frequência de transtornos de estresse pós-traumático, agudo e crônico, após lesões cerebrais leves, em torno de 17% a 33%<sup>17</sup>.

Quando, em 1934, Strauss e Savitsky introduziram o termo “*síndrome pós-concussional*”, identificaram na mesma a existência conjunta tanto de sintomas reconhecidos como decorrentes de lesões neurológicas sobre o cérebro como de sintomas reconhecidos como da esfera psíquica<sup>18</sup>. Assim, a fonte única (o traumatismo craniano resultante em concussão) poderia compreender ou promover tanto sintomas neurológicos quanto psíquicos ou emocionais, fato de difícil reconhecimento pelos médicos formados segundo pressupostos dicotômicos entre mente e corpo, entre físico ou orgânico e psíquico<sup>19</sup>.

Os sintomas reconhecidos como conseqüentes do estresse pós-traumatismos pertencem, aparentemente, no jargão médico, à esfera psíquica, não havendo dúvidas quanto a isso (a origem dos mesmos não é questionada, como o são os da síndrome pós-concussional). Como muitos dos sintomas decorrentes da síndrome pós-concussional assemelham-se aos sintomas derivados de um estresse pós-traumático, fica muito difícil estabelecer um diagnóstico diferencial entre os mesmos. Se existirem sintomas de ansiedade ou de depressão, sintomas de retraimento social, de insônia, raiva e desespero, por exemplo, a qual síndrome pertencem?

Os estudos e as pesquisas que investigaram a síndrome pós-concussional preocuparam-se mais em avaliar outras manifestações “psíquicas” concomitantes, como depressão, ansiedade, transtornos comportamentais e psicoses. Até 1993, de acordo com Bryant, os poucos estudos existentes que relacionaram os traumatismos cranianos leves ao estresse pós-traumático não evidenciaram nenhuma associação entre eles<sup>13</sup>. Entretanto, esse mesmo autor e outros autores enfatizam que muitos dados sugerem que traumatismos cranianos podem estar associados a uma resposta estressante aguda atípica, ao realizarem estudos comparativos entre fatores estressantes com pacientes traumatizados cerebrais leves ou não<sup>13,17</sup>. Os mesmos estudos e outros, em contrapartida, afirmam que a amnésia determinada pelos traumatismos resultantes em concussão parece proteger contra os medos específicos (fóbicos ou de evitação) relacionados aos acidentes com veículos automotores<sup>12,20</sup>.

A tudo considerando, percebem-se as dificuldades existentes que estão relacionadas a síndromes pouco estudadas, polêmicas em sua gênese e que são capazes de promover sintomas psíquicos ou emocionais decorrentes de alterações orgânicas primárias ou

manifestações psíquicas secundárias (síndrome pós-concussional) ou apenas psíquicas ou emocionais decorrentes de alterações psíquicas (reação aguda ao estresse e transtornos do estresse pós-traumático).

De maneira a complicar mais a diferenciação diagnóstica entre essas entidades, deve ser ressaltado que, em ambas, podem existir sintomas que se iniciam logo após o traumatismo e que são remitidos brevemente; por outro lado, também podem ocorrer, nas duas, manifestações tardias ou prolongadas<sup>21</sup>.

O presente trabalho aborda esse tema, pretendendo contribuir para o entendimento de algumas dessas dificuldades.

### ***A síndrome pós-concussional, a reação aguda ao estresse e o transtorno do estresse pós-traumático de acordo com a CID-10***

De acordo com a CID-10, “a **síndrome pós-concussional** ocorre seguindo-se a um traumatismo craniano e inclui vários sintomas discrepantes, tais como cefaléia, tontura (faltando usualmente os aspectos de vertigem verdadeira), fadiga, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se e executar tarefas mentais, comprometimento de memória, insônia e tolerância reduzida a estresse, excitação emocional ou abuso de álcool.”

“Esses sintomas podem estar acompanhados de sentimentos de depressão ou ansiedade, resultantes de alguma perda de auto-estima e medo de lesão cerebral permanente. Tais sentimentos aumentam os sintomas originais e resultam em um círculo vicioso. Alguns pacientes tornam-se hipocondríacos, embarcam em uma procura de diagnóstico e cura e podem adotar um papel permanente de doente.”

“A etiologia desses sintomas não é sempre clara e tanto fatores orgânicos como psicológicos foram propostos para explicá-los. O status nosológico dessa condição é, assim, um tanto incerto. Há pouca dúvida, todavia, de que tal síndrome seja comum e angustiante para o paciente.”

“Pelo menos três dos aspectos acima descritos devem estar presentes para um diagnóstico definitivo. Uma avaliação cuidadosa com técnicas laboratoriais (eletrencefalografia, potenciais evocados do tronco cerebral, imagens cerebrais, oculonistagmografia) podem fornecer evidências objetivas para consubstanciar os sintomas, mas os resultados são freqüentemente negativos. As queixas não estão necessariamente associadas à procura de compensação<sup>21</sup>.”

De acordo com a CID-10, “a **reação aguda ao estresse** é um transtorno transitório de gravidade significativa, o qual se desenvolve em um indivíduo sem qualquer outro transtorno mental aparente em resposta ao excepcional estresse físico e/ou mental e o qual usualmente diminui dentro de horas ou dias. O estressor pode ser uma experiência traumática esmagadora, envolvendo séria ameaça à segurança ou à integridade física do paciente ou de pessoa(s) amada(s) (p. ex., catástrofe natural, acidente, batalha, assalto, estupro) ou uma mudança inusualmente súbita e ameaçadora na posição social e/ou relações do indivíduo, tal como perdas múltiplas ou incêndio doméstico. O risco desse transtorno se desenvolver é aumentado se exaustão física ou fatores orgânicos (p. ex., no idoso) estiverem também presentes.”

“Vulnerabilidade individual e capacidade de adaptação desempenham um papel na ocorrência e na gravidade das reações agudas ao estresse, como evidenciado pelo fato de que nem todas as pessoas expostas ao estresse excepcional desenvolvem o transtorno. Os sintomas apresentam grande variação, mas tipicamente incluem um estado inicial de “atordoamento” com algum estreitamento do campo da consciência e diminuição da atenção, incapacidade de compreender estímulos e desorientação. Esse estado pode ser seguido tanto por um posterior retraimento da situação circundante (até o ponto de um estupor dissociativo) quanto por agitação e hiperatividade (reação de escape e fuga). Sinais autonômicos de ansiedade de pânico (taquicardia, sudorese, rubor) estão comumente presentes.”

“Os sintomas usualmente aparecem dentro de minutos após o impacto do estímulo ou evento estressante e desaparecem dentro de 2-3 dias (frequentemente dentro de horas). Amnésia parcial ou completa para o episódio pode estar presente.”

“Deve haver uma conexão temporal imediata e clara entre o impacto de um estressor excepcional e o início dos sintomas; o início é usualmente dentro de poucos minutos, se não imediato.”

“Além disso, os sintomas:

a) mostram um quadro misto e, em geral, mutável; em adição ao estado inicial de “atordoamento”, depressão, ansiedade, raiva, desespero, hiperatividade e retraimento podem ser todos vistos, mas nenhum tipo de sintoma predomina por muito tempo:

b) resolvem-se rapidamente (no máximo dentro de poucas horas) naqueles casos em que a remoção do ambiente estressante é possível; em casos em que o estresse continua ou não pode, por sua natureza, ser revertido, os sintomas geralmente começam a diminuir após cerca de 3 dias<sup>21</sup>.”

De acordo com a CID-10, “o **transtorno de estresse pós-traumático** surge como uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de uma natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causa angústia invasiva em quase todas as pessoas (p. ex., desastre natural ou feito pelo homem, combate, acidente sério, testemunhar a morte violenta de outros ou ser vítima de tortura, terrorismo, estupro ou outro crime). Fatores predisponentes, tais como traços de personalidade (p. ex., compulsivos, astênicos) ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicarem sua ocorrência.”

“Sintomas típicos incluem episódios de repetidas revivências do trauma sob a forma de memórias intrusas (*flashbacks*) ou sonhos, ocorrendo contra o fundo persistente de uma sensação de “entorpecimento” e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades e situações recordativas do trauma. Comumente, há medo e evitação de indicativos que relembrem ao paciente o trauma original. Raramente, podem ocorrer surtos dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressão, desencadeados por estímulos que despertam uma recordação e ou revivência súbita do trauma ou da reação original a ele.”

“Há, usualmente, um estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância, uma reação de choque aumentada e insônia. Ansiedade e depressão estão comumente associadas aos sintomas e aos sinais acima e a ideação suicida não é infrequente. Uso excessivo de álcool ou drogas pode ser um fator de complicação.”

“O início segue o trauma com um período de latência que pode variar de poucas semanas a meses (mas raramente excede 6 meses). O curso é flutuante, mas a recuperação pode ser esperada na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de pacientes, a condição pode apresentar um curso crônico por muitos anos e uma transição para uma alteração permanente de personalidade.”

“Esse transtorno não deve geralmente ser diagnosticado a menos que haja evidência de que ele surgiu dentro de 6 meses após um evento traumático de excepcional gravidade. Um diagnóstico “provável” pode ainda ser possível se a demora entre o evento e o início for maior do que 6 meses, desde que as manifestações clínicas sejam típicas e nenhuma identificação alternativa do transtorno (p. ex., como um transtorno de ansiedade ou obsessivo-compulsivo ou um episódio depressivo) seja plausível.”

“Além da evidência do trauma, deve haver uma recordação ou revivescência repetitiva e intrusa do evento em memórias, imaginação diurna ou sonhos. Distanciamento emocional notável, entorpecimento de sentimentos e evitação de estímulos que possam provocar recordação do trauma estão freqüentemente presentes, mas não são essenciais para o diagnóstico. As perturbações autonômicas, o transtorno do humor e as anormalidades do comportamento são todos fatores que contribuem para o diagnóstico, mas não são de importância fundamental<sup>21</sup>.”

Um quadro comparativo entre os sintomas decorrentes da síndrome pós-concussional e na dos transtornos de estresse pós-traumático (incluindo os agudos e crônicos) pode auxiliar na identificação de sintomas comuns e diferenciais (estes são poucos).

**QUADRO COMPARATIVO DOS SINTOMAS ENCONTRADOS NA SÍNDROME PÓS-CONCUSSIONAL (SPC), NOS TRANSTORNOS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO AGUDOS E CRÔNICOS (TEPT), CONSIDERANDO OS DADOS DA CID-10**

SINTOMAS	SPC	TEPT
Cefaléia	sim	não
Tontura	sim	sim
Fadiga	sim	sim
Irritabilidade	sim	sim
Estreitamento do campo da consciência	sim	sim
Dificuldade de concentração	sim	sim
Dificuldade para executar tarefas mentais	sim	sim
Comprometimento de memória e atenção	sim	sim
Desorientação	sim	sim
Insônia	sim	sim
Baixa tolerância ao estresse	sim	sim
Hipervigilância	sim	sim
Abuso de álcool ou drogas	sim	sim
Depressão	sim	sim
Ansiedade	sim	sim
Manifestações hipocondríacas	sim	não
Revivescências do trauma (memórias intrusas ou sonhos)	não	sim

Entorpecimento ou embotamento emocional	sim	sim
Isolacionismo	sim	sim
Anedonia	sim	sim
Evitação de indicativos que relembrem o trauma	não	sim
Alterações de personalidade	sim	sim
Surtos dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressão desencadeados por estímulos que despertam uma recordação do trauma, com sinais autonômicos de ansiedade (taquicardia, sudorese, rubor)	não	sim

**QUADRO COMPARATIVO QUANTO AO HISTÓRICO**

	SPC	TEPT
Acidente com veículo automotor	sim	sim

**QUADRO COMPARATIVO UTILIZANDO TÉCNICAS LABORATORIAIS PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

TÉCNICAS LABORATORIAIS	SPC	TEPT
Eletrencefalografia	+ ou -	normal
Potenciais evocados	+ ou -	normal
Raio X de crânio	+ ou -	normal
Oculonistagmografia	+ ou -	normal
Tomografia computadorizada	+ ou -	normal
Ressonância magnética	+ ou -	normal
PET ou SPECT	+ ou -	normal
Testes neuropsicológicos	+++ ou -	+ ou -

Deve ser mencionado que os exames laboratoriais na síndrome pós-concussional, em sua grande maioria, encontram-se normais. Nos transtornos do estresse, encontram-se normais. Os testes neuropsicológicos parecem captar melhor as alterações cognitivas existentes na síndrome pós-concussional, porém não há unanimidade quanto a isso nas pesquisas realizadas<sup>22,23</sup>, em sua maioria resultantes de diferenças metodológicas empregadas<sup>24</sup>, além de outros inúmeros fatores capazes de afetar ou de influir em seus achados<sup>25</sup>. Por sua vez, alguns dos testes neuropsicológicos, quando aplicados

em pacientes de um transtorno de estresse, podem mostrar-se alterados<sup>26</sup>.

## O CASO CLÍNICO

Uma paciente de 37 anos, de nível superior, hígida até então, sofreu um acidente automobilístico em uma estrada do interior do estado do RS, à noite, em dezembro de 1996. O carro em que viajava capotou, virando várias vezes, e precipitou-se em um penhasco de mais de 20 metros. O local onde o carro caiu era de difícil acesso e não era visto da estrada.

A paciente permaneceu presa nas ferragens em torno de quatro horas. Nesse período de tempo, segundo suas afirmativas, tinha momentos de lucidez e de inconsciência. Nos momentos de lucidez, sem nada poder ver pela escuridão da noite e sem poder movimentar-se, sem saber o que ocorrera com seu irmão, que dirigia o carro, e com receio de que este pudesse pegar fogo, experimentou momentos de pânico e de horror. Sentia fortes dores na cabeça, náuseas e dores por todo o corpo.

Após socorrida, recebeu atendimento médico. Todos os exames realizados no hospital local mostraram-se normais. Transferida para a capital, a tomografia computadorizada de crânio evidenciou edema cerebral difuso, sendo medicada sintomaticamente. Como seguiu apresentando dificuldades para deambular, com fortes contraturas, realizou, mais tarde, ressonância magnética de coluna lombossacra, com resultado normal. Face à normalidade dos exames, foi entendido que “nada mais havia a tratar” sob um ponto de vista neurológico, ou neurocirúrgico, sendo, então, encaminhada a um serviço de psiquiatria com a hipótese diagnóstica de “síndrome conversiva”.

Passados já três meses do evento traumático, a paciente, ao consultar o psiquiatra, apresentava os seguintes sintomas físicos e psíquicos:

- dificuldades para deambular; andava apenas com ajuda de muletas;
- falta de força e de equilíbrio na mão e no membro inferior, à direita; perda do ritmo e dificuldade para se expressar verbalmente; dores musculares no corpo inteiro, por espasmos; rigidez muscular;
- angústia forte, ansiedade quase permanente, sentimentos de solidão, crises de choro frequentes e quase impossibilidade de comunicar-se com o psiquiatra por causa do choro; perda acentuada de peso sem mudança nos hábitos alimentares; ideação suicida e perda da libido;

- medo, pavor de andar de automóvel; medo do escuro, somente conseguindo dormir com a luz acesa;
- revivescências com o acidente: sonhos na forma de pesadelos e despertando com a roupa molhada por suores noturnos;
- falhas ou lacunas de memória, tanto para eventos mais presentes quanto passados.

A descrição detalhada da história do acidente dessa paciente e de sua evolução clínica, com exames e testes neuropsicológicos realizados e diagnóstico, poderão ser mais bem acompanhadas em “Traumatismos cranianos fechados: implicações neuropsiquiátricas e clínicas<sup>19</sup>”.

## COMENTÁRIOS

A paciente, cujo caso clínico foi relatado acima de forma sumária, desde o início, após o acidente sofrido, apresentou inúmeros sintomas que poderiam ser compreendidos tanto como resultantes de comprometimentos orgânicos como de psíquicos. Ela foi exaustivamente avaliada sob um ponto de vista orgânico, tendo realizado inúmeros exames, tais como: eletrencefalografia, raio X de crânio, de perna esquerda, coluna cervical e tórax, tomografia computadorizada de crânio e ressonância magnética de coluna lombo-sacra. Como todos os exames mostraram-se normais, ela foi encaminhada à psiquiatria, ou seja, a sintomatologia por ela apresentada, na interpretação dos neurologistas e neurocirurgiões que a atenderam, pertencia à esfera psíquica ou psicológica, com hipóteses expressas de *estado depressivo violento e/ou quadro conversivo*.

Na psiquiatria, a paciente foi tratada para depressão durante meses; obteve melhoras quanto aos sintomas depressivos, mas, pela persistência de significativos sintomas físicos, foi reavaliada. Deve ser mencionado que, desde o início, a paciente referia que não podia dormir com a luz do quarto apagada, tinha sonhos e pesadelos noturnos com acidentes, quando acordava banhada em suores, e ficava extremamente ansiosa, antecipadamente, quando sabia que tinha de andar de automóvel.

Na reavaliação (entre maio e setembro de 1998), já passados quase dois anos do acidente sofrido, realizou ressonância magnética (RM) de crânio e uma bateria de testes neuropsicológicos (TN). Os resultados da RM foram normais e os TN evidenciaram significativas alterações cognitivas, caracterizando uma síndrome

demencial (demência pós-traumática). No caso, os TN foram definidores para formular o diagnóstico de comprometimento cerebral não observável por outras técnicas laboratoriais, mostrando a importância dos mesmos nesses casos e, ao mesmo tempo, confirmando a existência de sintomas tanto orgânicos quanto psíquicos na síndrome pós-concussional (fato desconhecido pelos médicos que a atenderam e cujo desconhecimento ocorre em nível internacional nos países ocidentais em virtude de os profissionais da medicina serem formados segundo pressupostos dicotômicos entre orgânico e psíquico, como já afirmado anteriormente)<sup>19</sup>.

Por outro lado, pelo que se pode constatar, alguns dos sintomas ainda persistentes nos dias de hoje (fevereiro de 2000) na paciente (receio de andar de carro, não conseguir dormir à noite com a luz apagada, sonhos e pesadelos com acidentes e despertares com suores noturnos) e presentes desde o início de seu acidente não pertencem a essa síndrome, diagnosticada após anos de muitas dificuldades e sofrimento da mesma. Eles pertencem a uma outra síndrome ou transtorno – também pouco conhecida ou valorizada – que corresponde ao forte estresse sofrido pela paciente por ocasião de seu acidente caracterizando um transtorno de estresse pós-traumático agudo (existentes desde o início) e crônico (ainda presentes três anos após o acidente).

Ao que parece, esses sintomas, tidos como psíquicos, encontram-se tão inextricavelmente ligados que é impossível distingui-los em sua origem, se pertencem à síndrome pós-concussional (que podem ser tanto de natureza orgânica como psíquica) ou a um transtorno de estresse pós-traumático. A ignorância sobre essa sobreposição é facilmente compreensível na medida em que poucos estudos se ocuparam dos mesmos. Até 1993, seus sintomas não foram associados e, apenas em 1998, pelo trabalho de Harvey e Bryant, pela primeira vez nos Estados Unidos da América, foram investigadas a incidência e a natureza de sintomas estressantes agudos após lesões de traumatismos cranianos leves<sup>14</sup>. Esses mesmos autores, em outro trabalho, demonstraram, também pela primeira vez, que o transtorno de estresse agudo em seguimento a uma lesão determinada por um traumatismo craniano leve é altamente preditivo de um transtorno pós-traumático crônico<sup>17</sup>. O caso clínico aqui relatado confere plenamente com a observação desses autores.

Os mesmos autores, já em 1999, em um outro trabalho dentro do mesmo tema, concluíram que, em uma significativa proporção de pacientes com síndromes pós-concussionais, os sintomas que incluem deficiências na

concentração, irritabilidade e elevado tempo de resposta são também sintomas de um transtorno de estresse pós-traumático<sup>27</sup>, contrapondo-se ao entendido até então<sup>12</sup>. O levantamento por nós realizado neste trabalho, ao examinar os critérios diagnósticos da CID-10 comparativamente entre essas síndromes, identifica que são muitos os sintomas semelhantes e poucos os distintivos, como foi demonstrado.

Em outro trabalho muito recente, Bryant e Harvey<sup>28</sup>, ao estudarem sintomas pós-concussivos e sintomas de estresse pós-traumáticos após lesões traumáticas cerebrais leves, concluíram que os sintomas pós-concussivos estão relacionados tanto a fatores neurológicos como psicológicos após um traumatismo craniano leve. Esse achado, segundo os autores, aponta a importância dos transtornos de estresse pós-traumático no desenvolvimento e na manutenção dos sintomas pós-concussivos.

## CONCLUSÃO

Pelo estudo realizado neste trabalho, que pode ser considerado o primeiro na América Latina a abordar esse tema, chega-se a algumas conclusões de importância:

- há inúmeros sintomas semelhantes decorrentes das síndromes pós-concussionais e das síndromes de estresse pós-traumático;
- poucos são os sintomas diferenciais entre essas síndromes;
- o diagnóstico diferencial entre as mesmas é muito difícil e os profissionais devem estar atentos à existência dos inúmeros sintomas semelhantes e dos poucos diferenciais;
- o diagnóstico de ambas as síndromes deve ser realizado quando forem constatados os sintomas semelhantes e os diferenciais por ocasião das avaliações clínicas;
- a ignorância sobre esses dados diferenciais não deve ser encarada como uma deficiência no aprendizado da neurologia ou da psiquiatria, uma vez serem essas síndromes reconhecidas mais recentemente, e necessitarem, ainda, de muitos estudos complementares, tanto na clínica como na pesquisa;
- os sintomas da síndrome pós-concussional incluem manifestações consideradas tanto como de origem orgânica como psíquica, podendo ser exacerbadas pelos sintomas de um estresse pós-traumático, capazes, até, de prolongar essa sintomatologia.

## SUMMARY

### Postconcussion Syndrome, Acute Reaction to Stress and Posttraumatic Stress Disorder: Diagnostic Differentiation After Motor Vehicle Accidents

The authors approach the difficulties met to establish a differential diagnosis among the symptoms of the postconcussional syndrome and the symptoms of acute stress reaction and posttraumatic stress disorder that occurred after motor vehicle accidents. Besides showing how the symptoms of these syndromes or disorders are alike (few are distinctive through the diagnostic criteria of CID-10, records and laboratory tests), they present a clinic case in which those symptoms appear mixed with one another, making it difficult to sort them out clinically. The results are discussed and commented according to the international bibliography consulted on MEDLINE between 1990 and 1999.

## KEYWORDS

Post-concussional syndrome, acute reaction to stress, posttraumatic stress disorder, diagnostic, differential diagnosis.

## Referências

- Parker RS. Traumatic brain injury and neuropsychological impairment: sensorimotor, cognitive, emotional, and adaptive problems of children and adults. New York, Springer-Verlag, 1990, 452 p.
- Brown S, Fann J, Grant I. Postconcussional disorder: time to acknowledge a common source of neurobehavioral morbidity. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 6:15-22, 1994.
- Alexander M. Mild traumatic brain injury: pathophysiology, natural history, and clinical management. *Neurology*, 45: 1253-60, 1995.
- Parker RS. The spectrum of emotional distress and personality changes after minor head injury incurred in a motor vehicle accidente. *Brain-Inj*, 10(4):287-302, 1996.
- Parker RS, Rosenblum A. IQ loss and emotional dysfunctions after mild head injury incurred in a motor vehicle accident. *J Clin Psychol*, 52:32-43, 1996.
- Anderson M. Postconcussional disorder and loss of consciousness. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 24:493-504, 1996.
- Brukner P. Concussion. *Aust Fam Physician*, 25(9):1445-8, 1996.
- Mittenberg W, Wittner M, Miller L. Postconcussion syndrome occurs in children. *Neuropsychology*, 11:447-52, 1997.
- Strebel S, Lam AM, Matta BF. Impaired cerebral autoregulation after mild brain injury. *Surg Neurol*, 47(2):128-31, 1997.
- Kushner D. Mild traumatic brain injury: toward understanding manifestations and treatment. *Arch Intern Med*, 158(15): 1617-24, 1998.
- Brooks J, Fos LA, Greve KW. Assessment of executive function in patients with mild traumatic brain injury. *J Trauma*, 46(1):159-63, 1999.
- Kush K, Cox BJ, Evans RJ. Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: a multidisciplinary overview. *Can J Psychiatry*, 41(7):429-434, 1996.
- Bryant RA, Harvey AG. Acute stress response: a comparison of head injured and non-head injured patients. *Psychol Med*, 25(4):869-74, 1995.
- Bryant RA, Harvey AG. Acute stress disorder after mild traumatic brain injury. *J Nerv Ment Dis*, 186 (6):333-37, 1998.
- Crespo de Souza CA, Mattos P. As dificuldades para diagnosticar a síndrome pós-concussional. *Rev Bras Neurol*, 35(6):167-72, 1999.
- Epstein RS, Ursano RJ. Anxiety disorders. In: Silver J, Yudofsky S, Hales R (eds.). *Neuropsychiatry of traumatic brain injury*. Washington-London, American Psychiatric Press, 1994, p. 285-311.
- Bryant RA, Harvey AG. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*, 155(5):625-29, 1998.
- McClelland RJ. The postconcussional syndrome: a rose by any other name. *J Psychosom Res*, 40:563-8, 1996.
- Crespo de Souza CA, Mattos P. Traumatismos cranianos fechados: implicações neuropsiquiátricas e clínicas. *J Bras Psiqui*, 48(7):325-31, 1999.
- Warden DL, Labbate, LA, Salazar, AM *et al*. Posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury and amnesia for the event? *J Neuropsychiatry Clin Neurosc*, 9:18-22, 1997.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- Bijur PE, Haslum M, Golding J. Cognitive outcomes of multiple mild head injuries in children. *J Dev Behav Pediatr*, 17:183-5, 1996.
- Kelly JP, Rosenberg JH. Diagnosis and management of concussion in sports. *Neurology*, 48:575-80, 1997.
- Kraus J, Sorenson S. Epidemiology of traumatic brain injury. In: Silver J, Yudofsky S, Hales R (eds.). *Neuropsychiatry of traumatic brain injury*. Washington-London, American Psychiatric Press, 1994, p. 3-41.
- Silver JM, McAllister TW. Forensic issues in the neuropsychiatric evaluation of the patient with traumatic brain injury. *J Neuropsych and Clin Neurosciences*, 9:102-13, 1997.
- Bryant RA, Harvey, AG. Processing threatening information in posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*, 104(3):537-41, 1995.
- Bryant RA, Harvey AG. The influence of posttraumatic stress disorder on acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Brain Inj*, 13:15-22, 1999.
- Bryant RA, Harvey AG. Postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *J Nerv Ment Dis*, 187(5):302- 305, 1999.

### Endereço para correspondência:

Carlos Alberto Crespo de Souza  
 Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de  
 Porto Alegre  
 Rua Sarmento Leite, 245  
 CEP 90050-170 – Porto Alegre, RS