

# SÍNDROME TIGRÓIDE HUMANA

Autor: Leandro A. Diehl, MD

Email: drgaucho@yahoo.com

## RESUMO

A STH (Síndrome Tigróide Humana) é um conjunto de sinais e sintomas provocado pela concentração sérica anormalmente elevada de tigrina, um neuropeptídeo de ações metabólicas e neuro-hormonais extremamente complexas. Clinicamente, tal entidade nosológica caracteriza-se por uma ampla gama de manifestações, que vão desde a fácies tigróide típica até severas alterações comportamentais responsáveis pela acentuada deterioração da relação médico-paciente. É uma síndrome de alta prevalência e fácil diagnóstico, mas de difícil manejo e terapêutica, o que se deve, em boa parte, à completa falta de aderência dos hipertigrinêmicos a qualquer esquema de tratamento proposto.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

A STH (Síndrome Tigróide Humana) é a causa mais comum de mau atendimento, uma vez que o paciente com STH clássica (o chamado "tigrão") apresenta graves distúrbios de comunicação com o atendente médico, com deficiência acentuada da capacidade de relato ordenado e cronológico de sintomas e, tipicamente, incapacidade de nomear medicações em uso.

Estima-se que a STH seja a principal responsável por superlotação nos pronto-socorros, pois o hipertigrinêmico, apesar de não conseguir explicar ao seu médico o que está sentindo, e de nunca ficar satisfeito com o tratamento recebido, tem uma tendência a procurar compulsivamente atendimento médico, por qualquer pretexto ou motivo. No entanto, um subgrupo de pacientes com hipertigrinemia, notadamente aqueles com comorbidades (alcoolismo) comporta-se de maneira evitativa, preferindo impossibilitar qualquer diálogo com o médico; estes indivíduos manifestam-se com cacolalia (xingam todo o pessoal do hospital, da faxineira ao diretor clínico, sem nunca esquecer da enfermagem), agressividade verbal e tendência a fuga do hospital. Compreende-se, portanto, a grande dificuldade no manejo destes pacientes, o qual constitui um dos maiores desafios atuais à boa prática da medicina.

A primeira descrição da síndrome foi feita por estudantes de medicina da Universidade Estadual de Londrina há alguns anos, com o nome de TIGROSE; no entanto, uma descrição mais detalhada é feita a seguir.

## EPIDEMIOLOGIA

A prevalência da STH em hospitais gerais varia, segundo os diferentes autores, entre 1 e 99% dos atendimentos. As diferenças de prevalência devem-se a características dos serviços estudados, sendo mais comum em hospitais públicos, nas periferias, nos setores de pronto-socorro, à noite, em finais de semana

e feriados prolongados, e é mais frequentemente diagnosticada por plantonistas com mau humor e muitas horas seguidas de plantão. Não há diferenças significativas entre grupos raciais ou faixas etárias, mas mostra-se mais comum em mulheres que em homens (4:1) e em homens embriagados. Também é mais comum em grupos de classe social mais baixa, com níveis educacionais e culturais limitados. Há marcada agregação familiar da síndrome. Surpreendentemente, os médicos, quando tornam-se pacientes, costumam apresentar características tigróides acentuadas, antes insuspeitas ou não diagnosticadas; é o chamado fenômeno de tigrinização médica.

## ETIOLOGIA

A STH é um distúrbio de origem multifatorial. Fatores genéticos, como já foi citado, incluem a mutação tigrinóide do rabo do cromossoma meia-dúzia-6, de herança autossômica dominante, com alta penetrância. A hipertigrinemia decorrente dessa alteração é chamada STH essencial, ou "clássica", e manifesta-se comumente já nos primeiros anos de vida, infernizando a vida dos pobres pediatras. No entanto, alguns casos de STH essencial só se manifestam na adolescência ou idade adulta, o que sugere que a síndrome também depende de alguns fatores precipitantes ambientais, dos quais alguns já foram identificados: uso de álcool etílico, baixa escolaridade, baixas condições sócio-econômicas, comorbidades psiquiátricas, falta de cinta (na faixa etária pediátrica) e, no sexo feminino, carência de ferro.

Já foram também descritos casos de tumores das glândulas tigrinóides (tigrinoma), que produzem manifestações clínicas muito mais severas e prejudiciais que a STH essencial, a qual geralmente cursa com quadros clínicos leves a moderados.

## FISIOPATOLOGIA

A tigrina é um neuropeptídeo recentemente descoberto, graças aos esforços mundiais do Projeto Genoma, que identificou em indivíduos portadores de STH (Síndrome Tigróide Humana) o gene da hipertigrinemia, facilmente identificável no estudo de cariótipo pelo seu aspecto característico: uma região listrada de laranja e preto no rabo do cromossomo meia-dúzia-6. A tigrina é produzida por estruturas microscópicas situadas no encéfalo supratentorial, na região do lobo límbico, as chamadas glândulas tigrinóides, em número variável, e compostas por dois tipos de células (laranjas e pretas) dispostas em camadas alternantes. Age em diversos receptores neuronais do sistema nervoso central, parecendo exercer efeito inibitório sobre algumas áreas corticais importantes, e é inativada no fígado (razão pela qual sua concentração sérica geralmente aumenta em situações de doença hepática) e eliminada pelo cuspe. Ainda não se conhecem as ações fisiológicas da tigrina, mas sabe-se que ela está presente no plasma, em níveis basais, na maioria da população, e que seu aumento acima de níveis críticos produz o complexo de manifestações clínicas clássicas da STH. A fórmula estrutural da tigrina pode ser vista na Figura 1.

Dados experimentais sugerem que a concentração sérica de tigrina varia com o ciclo circadiano, estando mais aumentada no período noturno (notavelmente entre as 2 e as 5 da manhã, quando a maioria dos plantonistas só quer saber de dormir) e nos finais de semana, inclusive feriados. Além disso, há fortes indícios de que a tigrinemia varia de acordo com fatores ambientais: é aumentada no etilismo agudo ou crônico e em pacientes moradores de regiões mais periféricas, com baixo nível educacional. Fatores hormonais também podem estar envolvidos, uma vez que, em populações sóbrias, a STH é 4 vezes mais comum no sexo feminino em relação ao masculino, o que sugere que o estrógeno é um fator contribuinte importante para a patogênese da síndrome. No entanto, em indivíduos etilizados, essa proporção masculino/feminino passa a ser de 1:1, o que sugere que o álcool etílico pode ter efeitos fisiológicos bastante semelhantes ao estrógeno (o que é confirmado pela observação empírica de que homens muito bêbados ficam mais parecidos com mulheres: falam bobagens sem parar e dirigem mal).

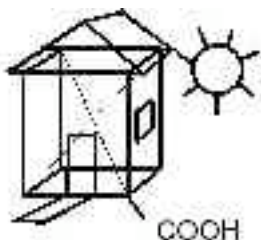


Figura 1. Fórmula estrutural da tigrina.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas são as mais variadas possíveis, variando ao longo de um amplo espectro que vai desde manifestações discretas e quase imperceptíveis até casos gravíssimos, com risco real à vida e à integridade física do médico atendente. De forma geral, todos os distúrbios de linguagem ou comportamento, apresentados por determinado indivíduo, que dificultam ou mesmo impossibilitam uma boa relação médico-paciente, podem ser encaixados na categoria de manifestação tigróide.

Geralmente, os indivíduos com STH têm tendência a andar em bandos. É típico o que acontece quando o membro de um bando apresenta algum problema de saúde qualquer e procura um serviço médico; nesses casos, um ou mais dos demais membros do grupo também mostra desejo de ser atendido e procura atendimento, para "aproveitar a viagem", mesmo que esteja se sentindo perfeitamente bem. É o chamado "check-up social".

Já foi descrita uma fácies tigróide típica, que pode estar presente em casos graves de STH; no entanto, o achado não é específico da síndrome. As características da fácies tigróide são: dentes em mau estado de conservação, cabelos despenteados ou extremamente oleosos (a presença de caspa grau 4 é

um indicativo bastante fiel), orelhas de abano, barba por fazer, e, principalmente, a impressão, ao primeiro exame, de que o paciente aparenta muito mais idade do que ele realmente possui. (Figura 2)

Quanto à linguagem, existem frases típicas pronunciadas por hipertigrinêmicos durante o atendimento médico. Algumas dessas frases podem ser visualizadas no Quadro 1.

Outras características marcantes da STH estão listadas e sucintamente descritas no tópico "Critérios diagnósticos".



Figura 2. Fácies tigróide.

## ANAMNESE TÍPICA

Frases típicas de um paciente hipertigrinêmico:

- Médico:** "O que houve, dona Maria?"  
**Paciente:** "Arruinei."
- M:** "Mas o que é que arruinou?"  
**P:** "Esse meu pobrema."
- M:** "Mas que problema a senhora tem?"  
**P:** "Ih, um pobrema antigo."
- M:** "Há quanto tempo você tem isso?"  
**P:** "Ah, já faz uns par de tempo."
- M:** "Mas quanto tempo? Uma semana? Um mês? Um ano?"  
**P:** "Isso."
- M:** "Como é que começou?"  
**P:** "Começou bem fraquinho."

7. **M:** "Mas o que é que a senhora tem?"  
**P:** "Ah, não sei direito."
8. **M:** "Mas o que é que a senhora sente?"  
**P:** "Eu fui num outro doutor que pediu uns exames e mandou eu tomar uns remédios."
9. **M:** "Que exames?"  
**P:** "De sangue."
10. **M:** "Que remédios?"  
**P:** "Uns comprimidinhos."
11. **M:** "Que comprimidinhos?"  
**P:** "Uns branquinhos, redondinhos..."
12. **M:** "A senhora sente dor em algum lugar?"  
**P:** "Em que lugar?"
13. **M:** "A senhora sente dor?"  
**P:** "Não, minha dor melhorou, agora não tenho mais."
14. **M:** "Mas tinha dor antes?"  
**P:** "Ah, era bem fraquinha."
15. **M:** "Onde?"  
**P:** "O quê?"
16. **M:** "Onde tinha dor?"  
**P:** "Ah, agora não tenho mais."
17. **M:** "Porque a senhora veio aqui?"  
**P:** "Porque piorei."
18. **M:** "Piorou do quê?"  
**P:** "Desse meu pobrema."
19. **M:** "A senhora tem pressão alta?"  
**P:** "Tenho, mas nunca medi."
20. **M:** "A senhora tem diabetes?"  
**P:** "Acho que uma vez eu tive um comecinho de diabetes, faz tempo, mas aí tomei uns chazinho e melhorou, agora não sei, nunca fiz exame."
21. **M:** "Mas o que é que aconteceu, afinal?"  
**P:** "Eu gorfei uns par de veiz ontem."
22. **M:** "E melhorou?"  
**P:** "Disso eu melhorei, mas do meu pobrema tô pior."
23. **M:** "Tomou remédio ontem?"  
**P:** "Tomei uns tibioto e uns anargético."
24. **M:** "Qual?"  
**P:** "Catafram e dipironha."
25. **M:** "E a senhora tá muito ruim?"  
**P:** "Não, era só o meu pobrema, mas agora tô melhor."
26. **M:** "Dá pra ir pra casa?"  
**P:** "Dá, sim, senhor, se o senhor achar que eu posso."
27. **M:** "Então continua tomando os remédios que a senhora estava tomando e volta aqui se piorar."  
**P:** "Mas não vai receitar nada?"
28. **M:** "Mas me fala só uma coisa: porque a senhora veio às 3 da manhã?"  
**P:** "É que a essa hora tá todo mundo dormindo, aí atende mais rápido."
29. **M:** "Então tá bom. Entendeu o que é pra fazer?"  
**P:** "Mais ou menos, doutor, mas em casa meu filho me explica."
30. **M:** "Então tchau, tudo de bom."  
**P:** "Obrigada, viu, dotor?"
31. (Do lado de fora do hospital)  
**P:** "Nossa, esse médico é muito bão, falou direitinho o que o outro já tinha falado ontem."

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

1. Pelo menos 3 dos seguintes:
  - a) Discronofasia - dificuldade extrema ou incapacidade absoluta de relatar o aparecimento dos sinais ou sintomas em ordem cronológica ou lógica.
  - b) Anomia medicamentosa - incapacidade de falar o nome da medicação em uso, mas ainda mantendo a capacidade de dizer a cor, formato, tamanho e preço do medicamento. Este sintoma se acompanha invariavelmente do esquecimento da receita médica anterior, que sempre fica onde é menos útil: na casa do paciente.
  - c) Amnésia prescricional - tendência a esquecer tudo o que o médico prescreveu ou orientou passados poucos minutos da consulta; nesses casos, é comum o paciente desenvolver uma forma perigosa de delirium automedicativo, passando a praticar exercícios, seguir dietas ou mesmo tomar medicações que o médico jamais prescreveu, uma vez que o paciente "acha" que é aquilo que ele tenha que fazer, mesmo que seu médico tenha dito exatamente o oposto. E, o que é pior, faz tudo isso dizendo que foi o médico que mandou.
  - d) Supermedicação - busca incessante e compulsiva por atendimento médico em mais de 2 ou 3 serviços de saúde diferentes, com pouco intervalo de tempo entre elas, e devido à mesma queixa. É importante ressaltar que a supermedicação só está caracterizada quando o paciente pratica esse comportamento mesmo na vigência de melhora da sintomatologia; algumas vezes o paciente justifica tal atitude dizendo que tinha intenção de "conferir" se um médico vai falar a mesma coisa que o outro falou, ou prescrever o mesmo tratamento. Geralmente, o paciente evolui, após essas múltiplas consultas, de duas formas: ou seguindo todas as receitas conseguidas, mesmo que isso implique em tomar 7 ou 8 medicações ao mesmo tempo, ou não

seguindo nenhuma delas (o mais comum).

- e) Delírio de conhecimento médico - interessante distúrbio no qual o paciente chega ao serviço de saúde com o desejo incontável de impôr ao médico o diagnóstico que o próprio paciente já formulou, mesmo que todas as queixas e sinais clínicos indiquem algo totalmente diferente.
- f) Delírio de conhecimento médico por procuração - o paciente ouve o que o médico diz, mas não segue a prescrição, preferindo obedecer a um tratamento esdrúxulo, não-científico ou até prejudicial, proposto por pessoas não-médicas, em geral vizinhos, colegas ou conhecidos. A simpatomania é um subtipo especial deste distúrbio, caracterizada pela adesão imediata e irrestrita a qualquer "simpatia" relatada por pessoas do seu círculo social.
- g) Disanamnese hipernarrativa - o paciente insiste em contar ao médico tudo o que a vizinha falou, o outro médico fez, o cunhado aprontou, a filha deixou de fazer, etc, etc, etc... e torna-se extremamente difícil obter dele o que ele está sentindo.
- h) Associações espúrias - tendência a associar sinais ou sintomas atuais a acontecimentos ocorridos num passado remoto, sendo que não há, na verdade, qualquer relação consistente ou lógica entre eles. Por exemplo: afirmar que a gonorréia atual é devida a uma micose na virilha, tratada, ocorrida há 25 anos.
- i) Atestadomania - o paciente pede atestado médico antes começar a relatar os sintomas.
- j) Hiperqueixia - sintomas e queixas muito numerosas e/ou intensas em relação aos sinais apresentados no exame clínico.
- k) Hipoqueixia - ao contrário do anterior, pacientes com este sinal geralmente são trazidos ao serviço médico contra a vontade, pelos familiares ou por serviços de atendimento de emergência, e afirmam categoricamente que não sentem absolutamente nada e estão ótimos e perfeitos para ir para casa, mas ao exame demonstram alguma entidade clínica importante.
- l) Sim-mania - o paciente afirma que tem tudo o que o médico lhe pergunta, mesmo que sejam as queixas mais absurdas e inesperadas possíveis ou imagináveis. Responde "sim" sempre que lhe questionam se sente alguma coisa.
- m) Verborragia anti-prescricional - situação em que o paciente simplesmente não permite que o médico lhe explique como deve tomar a medicação ou lhe dê as orientações adequadas ao caso em questão, interrompendo o profissional de saúde com histórias e/ou comentários excessivos ou inadequados sempre que o médico tenta começar a lhe falar sobre o tratamento. Em casos graves, o médico simplesmente desiste de explicar qualquer coisa

e apenas se deixa ficar, com o olhar parado, ouvindo a história da cunhada e do vizinho do paciente, contada com grande riqueza de detalhes.

- n) Heroísmo paradoxal - caracteriza-se pelo fato de que o paciente, que já passou por diversos serviços de saúde, se acha muito mais esperto do que o outro médico que lhe atendeu no outro serviço, e se vangloria ao atendente atual de não ter feito absolutamente nada do que "aquele médico" mandou. Esta é uma atitude extremamente dolorosa para o profissional de medicina, pois ele tem a plena consciência de que vai ser duramente criticado perante o próximo colega que atender este mesmo paciente, por melhor que seja seu atendimento e mais acertada sua conduta.
- o) Morbo-exibicionismo - o paciente parece adorar a situação de "doente", e sente um imenso prazer em comentar com outras pessoas como está sofrendo, quantos litros de soro já recebeu e quantas vezes já lhe furaram o braço para tirar sangue. Aprecia sobremaneira a oportunidade de mostrar uma cicatriz cirúrgica ou um grande ferimento a qualquer um que passe por perto da sua maca. Também fica muito satisfeito em fazer muitos e muitos exames.
- p) Pseudo-abstinência - o paciente, antigamente usuário de aguardente em grandes quantidades, torna-se consumidor de cerveja em quantidades igualmente grandes, mas afirma categoricamente que parou de beber e não aceita a explicação de que sua cirrose hepática se deve ao uso de álcool, pois tem a crença, firmemente arraigada, de que a cerveja não possui etanol na sua constituição química.
- q) Metamorfose sintomática - quando o paciente conta uma história diferente para cada médico que o atende.

2. Duração de mais de 24 horas dos sintomas acima, ou persistência em 2 ou mais consultas diferentes.
3. História familiar positiva.
4. Ausência de comorbidades que possam estar causando perturbações mentais significativas no momento do exame (em geral, etilismo agudo; os pacientes que são atendidos pela primeira vez em estado de embriaguez podem ter sintomas que indiquem fortemente o diagnóstico de STH, mas essa hipótese só pode ser confirmada com certeza quando o paciente mantém tais características após um período de observação suficiente para curar o porre).

## EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico da STH é essencialmente clínico, considerando os critérios diagnósticos acima. De forma geral, é válida a regra: "Se o paciente parece tigrão,

então é". Ou seja: é praticamente certo o diagnóstico de STH nos pacientes que, logo ao chegarem para atendimento, já produzem comentários de desagrado por parte da equipe de saúde, do tipo "ah, não, de novo esse cara..." ou outros do gênero. No entanto, pode haver alguns casos (raros) de diagnóstico duvidoso, quando alguns exames complementares podem ser úteis.

A dosagem da tigrina plasmática é feita pelo método de rádio-TV-videocassete-imunoensaio. Valores acima de 2 unidades Tiger por mililitro (UT/ml) são diagnósticos, e acima de 1.000 UT/ml indicam casos graves, de mau prognóstico para o médico. Foi descrito um caso severo, cuja manifestação inicial foi um extermínio em massa, com metralhadora, de toda a equipe hospitalar de plantão, no qual a tigrinemia atingiu o impressionante índice de 9 trilhões de UT/ml. O sangue deste paciente mostrava-se, à macroscopia, laranja com listras pretas, e com forte aroma de aguardente (Figura 3).

Em casos de manifestações severas, deve-se afastar a existência de tigrinoma. Os exames de imagem atuais, como TC, RNM, SPECT, PET-SCAN e outros não conseguem visualizar o tumor. O diagnóstico, portanto, deve ser feito por biópsia através de craniotomia exploradora (preferivelmente sem anestesia); o espécime de biópsia deve incluir pelo menos um hemisfério cerebral inteiro, o corpo caloso, meio cerebelo, um olho, uma orelha, a língua, o apêndice vermiforme, a vesícula biliar, as amígdalas palatinas, uma verruga, um cisto sebáceo, uma unha encravada, uma miíase secundária, o prepúcio (em homens) ou o hímen (em mulheres), 100 reais mais o dinheiro do busão. A biópsia, quando bem realizada, costuma diminuir muito a sintomatologia, pois o paciente entra em estado vegetativo permanente.

Exames inespecíficos, tais como a gama-glutamilttransferase, transaminases, ultrassonografia de fígado e outros afins, podem fortalecer a hipótese de STH, pois cerca de 87,934523091874% dos alcoolistas são também hipertigrinêmicos.



**Figura 3.** Um paciente em estágio terminal.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Piti.

## TRATAMENTO

Não há tratamento específico. Aliás, por mais que se prescreva qualquer tipo de tratamento, o paciente vai abandoná-lo e começar a tomar um chazinho que a vizinha recomendou ou fazer compressas com folhas de manga ou qualquer coisa parecida, por indicação da tia. Na melhor das hipóteses, o paciente vai tomar a medicação prescrita, mas na dose errada, com intervalos equivocados, ou no esquema "dia-sim-dia-não", sempre argumentando com o médico que o remédio é "muito forte".

Pode haver benefício com a psicoterapia por tempo prolongado - para o médico.

## PROGNÓSTICO

Ninguém conhece a evolução natural da doença, pois o paciente com STH não se deixa acompanhar a longo prazo. Frequentemente, o paciente reaparece no ambulatório 20 anos depois de ter recebido o diagnóstico de alguma doença terminal e ter tido seu prognóstico fechado, e sente grande prazer em estar lá com o objetivo único e exclusivo de reclamar da demora no atendimento.

## BIBLIOGRAFIA

DIEHL, L. A. Human tigroid syndrome. In: TIERNEY, L. M.; McPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A. Current Medical Diagnosis and Treatment - 2001 (Uma odisséia no espaço). 40th ed. Lange/McGraw-Hill: New York, 2001. p. 1920-3537.