CHAPTER X

SEVERE RHABDOMYOLYSIS DUE TO ACUTE EXPOSURE TO VENLAFAXINE: A CASE REPORT

RABDOMIÓLISE GRAVE DEVIDO À EXPOSIÇÃO AGUDA À VENLAFAXINA: RELATO DE CASO

DOI: 10.51859/amplla.sset.3225-10

Talitieli Vicente de Sousa [1]
Dário Luís do Nascimento Magalhães [2]
Geysa Aguiar Romeu [3]
Gislei Frota Aragão [4]
Hendyelle Rodrigues Ferreira e Silva [5]
Kelma Maria Maia [6]

[1] Graduanda do curso de Medicina. Universidade Estadual do Ceará - UECE. ORCID: http://orcid.org/0009-0004-6767-0348
[2] Bacharel em Medicina. Universidade Estadual do Ceará - UECE. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0885-5473
[3] Centro de Informação e Assistência Toxicológicas do estado do Ceará - CIATox. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4899-1072
[4] Doutor em Farmacologia. Professor adjunto do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará - UECE. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4899-1072
[5] Mestre em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará – UFC. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-4357-5302
[6] Centro de Informação e Assistência Toxicológicas do estado do Ceará - CIATox. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6758-8289.

ABSTRACT

Rhabdomyolysis (RML) is a severe clinical condition characterized by sarcolemma damage leading to the release of creatine kinase and myoglobin into the bloodstream. Among the external causes associated with RML are medication use, intense physical exertion, seizures, and coma. Exogenous drug intoxication is a significant public health issue, defined as a pathological process triggered by substances that disrupt the body's homeostasis, mediated by specific biochemical reactions. Venlafaxine, a widely prescribed antidepressant, when ingested in high doses, can lead to serious complications, including seizures, ventricular tachycardia, serotonin syndrome, neuroleptic malignant syndrome, and, in rarer cases, rhabdomyolysis. In this report, we describe a case of RML associated with acute venlafaxine ingestion, which resulted in massive skeletal muscle breakdown without progression to acute kidney injury, a complication often observed in this context. Serum creatine kinase (CPK) levels peaked at 155,435 U/L within 72 hours after drug ingestion. Despite the diagnosis of rhabdomyolysis with extremely elevated CPK levels, the patient did not develop acute kidney failure. Early identification and appropriate clinical management are essential to reduce complications and improve prognosis, considering that rhabdomyolysis may progress silently until the onset of severe symptoms such as renal failure and electrolyte disturbances. Prompt and effective therapeutic intervention was decisive for the favorable outcome in this case, preventing the development of acute kidney injury.

Keywords: Acute Poisoning. Venlafaxine. Rhabdomyolysis. Acute Kidney Injury. Poison Control Centers.

RESUMO

A rabdomiólise (RML) é uma condição clínica de alta gravidade, caracterizada

pela lesão do sarcolema que leva à liberação de creatina quinase e mioglobina na circulação. Entre as causas externas associadas à RML, destacam-se o uso de medicamentos, prática de exercícios intensos, episódios de convulsões e estados de coma. A intoxicação exógena por medicamentos é um relevante problema de saúde pública, sendo definida como um processo patológico desencadeado por substâncias que provocam desequilíbrio na homeostase corporal, mediado por reações bioquímicas específicas. A venlafaxina, antidepressivo amplamente utilizado, quando ingerida em doses elevadas, pode ocasionar complicações graves, incluindo convulsões, taquicardia ventricular, síndrome serotoninérgica, síndrome neuroléptica maligna e, em casos mais raros, rabdomiólise. Neste relato, descrevemos um caso de RML associada à ingestão aguda de venlafaxina, no qual houve lise maciça da musculatura esquelética, sem progressão para lesão renal aguda, complicação frequentemente observada nesse contexto. Os níveis séricos de creatinoquinase (CPK) atingiram um pico de 155.435 UI/L em 72 horas após a ingestão do fármaco. Apesar do diagnóstico de rabdomiólise, com valores de CPK extremamente elevados, a paciente não evoluiu com insuficiência renal aguda. A identificação precoce e o manejo adequado são essenciais para reduzir complicações e melhorar o prognóstico, considerando que a rabdomiólise pode evoluir de forma silenciosa até o aparecimento de sintomas graves, como insuficiência renal e distúrbios hidroeletrolíticos A instituição da terapêutica rápida e eficaz foi decisiva para o sucesso deste caso, evitando a lesão renal aguda.

Palavras-chave: Intoxicação Aguda. Venlafaxina. Rabdomiólise. Lesão Renal Aguda. Centros de Controle de Intoxicações.

1 INTRODUÇÃO

A rabdomiólise (RML) é uma condição aguda causada por uma lesão direta ou indireta no músculo esquelético, resultando no extravasamento do conteúdo intracelular, como a mioglobina, na circulação sistêmica. A liberação de íons intracelulares, mioglobina, creatinofosfoquinase (CPK) e uratos no sangue pode resultar em distúrbios eletrolíticos, acidemia, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda (IRA) e, nos casos mais graves, insuficiência de múltiplos órgãos. As principais causas da RML incluem deficiências enzimáticas hereditárias e etiologias externas, como exercício físico intenso, abuso de álcool, medicamentos, convulsões e coma (LEONI *et al.*, 2024).

O diagnóstico da RML é baseado na elevação dos níveis séricos de CPK acima de cinco vezes o limite superior da normalidade (>1000 UI/L) e na presença de mioglobinúria. Um importante diagnóstico diferencial, sobretudo em um contexto relacionado a medicamentos, é a síndrome neuroléptica maligna ou hipertermia maligna. A IRA representa a principal complicação clínica da rabdomiólise, sendo o diagnóstico precoce essencial para a implementação de medidas terapêuticas

eficazes. Níveis de CPK superiores a 5.000U/L estão altamente associados ao desenvolvimento de IRA (RABELO *et al*., 2016).

A RML possui múltiplas etiologias, destacando-se o uso de medicamentos. A intoxicação aguda é o conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas (sinais e sintomas) ou laboratoriais que aparecem imediatamente após uma exposição aguda única ou, no máximo, em 24 horas. Essa exposição desencadeia um desequilíbrio orgânico pela interação entre o agente tóxico com o organismo. Esses agravos são causas frequentes de admissão hospitalar e apresentam elevada mortalidade quando não são reconhecidos e tratados de maneira adequada. De modo geral, são efeitos potencialmente graves e com evolução que pode culminar em óbito, recuperação parcial ou lesões persistentes, como a insuficiência renal (RABELO *et al*., 2016; ARAUJO *et al*., 2022).

As intoxicações medicamentosas representam um grande problema de saúde pública no Brasil. Entre 2015 e 2017, foram registrados mais de 80.000 casos e 200 óbitos por essa causa. Os medicamentos são os principais agentes envolvidos nas intoxicações agudas e ocupam o segundo lugar em número de óbitos, sendo superados apenas pelos agrotóxicos (ARAUJO *et al*., 2022).

Os achados deste estudo reforçam a gravidade do problema, evidenciando que a intoxicação medicamentosa não é uma realidade isolada do estado do Ceará, mas uma preocupação de âmbito nacional. O perfil predominante das vítimas inclui mulheres, com idade entre 20 a 39 anos, pardas, residentes da zona urbana, e que têm a tentativa de suicídio como circunstância de exposição (ARAUJO *et al*., 2022).

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relato de caso clínico de uma paciente atendida, em 2024, no Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Ceará (CIATox-CE), localizado em Fortaleza, após tentativa de suicídio por ingestão de venlafaxina.

O Centro de Informação e Assistência Toxicológicas do Ceará (CIATox-CE) é um serviço público que funciona por teleconsultoria e de modo assistencial, em regime de plantão ininterrupto (24 horas). É formado por uma equipe interprofissional de farmacêuticos, médicos e enfermeiros, localizado nas dependências de um hospital de nível terciário da rede de assistência à saúde de urgência e emergência da Prefeitura de Fortaleza, integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2025).

Os dados foram obtidos exclusivamente do Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (DATATOX), uma plataforma utilizada pelos CIATox para registro padronizado das ocorrências relacionadas a intoxicações em todo o território nacional (ABRACIT, 2017).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer nº 5.936.031, vinculado ao CAAE nº 67210323.90000.5054, e foi elaborado em concordância com o preconizado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RELATO DE CASO

Em 27 de abril de 2024, uma mulher de 20 anos, com peso estimado de 90kg, foi admitida em pronto-socorro aproximadamente 10 horas após uma tentativa de suicídio por ingestão de 90 cápsulas de venlafaxina 75 miligramas. A dose total ingerida corresponde a 6.750 mg, o que representa cerca de 75 mg/kg, valor significativamente superior à dose considerada tóxica (7 mg/kg), segundo Bekka (2022). Conforme relato da genitora, a paciente foi encontrada ao solo de sua residência, desacordada e com presença de vômitos, sendo levada à unidade de saúde. A familiar relata que a paciente faz acompanhamento há 2 anos em um Centro de Atenção Psicossocial e que havia cometido outra tentativa de autoextermínio na semana anterior com ingestão de clonazepam.

Na admissão, apresentava-se consciente, algo desorientada, agitação psicomotora, boca seca, rubor facial, pupilas midriáticas e sem diurese. Alguns sinais vitais apresentavam alterações: frequência cardíaca: 122 bpm, pressão arterial: 142 x 106 (118) mmHg, saturação de oxigênio 96% (em ar ambiente), glicemia capilar: 64 mg/dL. A gasometria arterial revelou acidose metabólica (pH: 7,31; HCO3-: 16,9 mmol; excesso de base: -8,3; lactato: 4,86 mmol/L) (quadro 1).

Imediatamente após a admissão, a paciente evoluiu com dois episódios convulsivos que cederam com administração endovenosa de 10 miligramas de diazepam. Após estabilização, correção de glicemia com 40 mL de glicose a 50%, alcalinização com bicarbonato de sódio 2 mEq/Kg e hidratação venosa em fase rápida com soro fisiológico 0,9%, 30 mL/kg em 30 minutos, foram solicitados exames laboratoriais e a paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva pelo risco elevado de complicações e necessidade de monitorização cardiorrespiratória.

Em 28 de abril, apresentava-se estável hemodinamicamente, com presença de diurese reduzida em volume e com aspecto de colúria, associada a níveis de CPK de 14.473 U/L (valor de referência: <200 U/L). Diante do quadro, as equipes médica e técnica do CIATox-CE optaram por intensificar a hidratação venosa (1mL/Kg/h), com rigoroso controle do balanço hídrico, monitoramento eletrocardiográfico seriado e acompanhamento laboratorial da função renal, glicemia e níveis de CPK.

No dia 29 de abril, os exames laboratoriais revelaram elevação da CPK para 43.953 U/L, e no seguinte, atingiu o pico de 155.435U/L, porém sem evidências de disfunção renal, distúrbio hidroeletrolítico ou piora de quadro clínico. Foi mantida a hidratação venosa vigorosa e a monitorização clínico-laboratorial. Em 4 de maio, a CPK reduziu para 1.359 U/L. Diante da estabilidade clínica e hemodinâmica da paciente, que se encontrava afebril, consciente, orientada e com diurese presente, foi indicada a alta hospitalar em 6 de maio de 2024, com encaminhamentos ambulatoriais para acompanhamento em nefrologia e psiquiatria.

O quadro 1 demonstra os resultados dos exames laboratoriais, com destaque para a curva crescente da concentração sérica da CPK.

4 DISCUSSÃO

O CIATox-CE realiza cerca de 10 mil atendimentos de intoxicação exógena aguda por ano. Esses atendimentos envolvem uma ampla variedade de agentes tóxicos, como medicamentos, saneantes domissanitários, praguicidas, drogas de abuso, animais peçonhentos e em diversificadas circunstâncias de exposição, como acidental, ocupacional, intencional, entre outras (ABRACIT, 2017).

Nos últimos cinco anos, foram registrados 20.981 atendimentos presenciais por intoxicação pelo CIATox-CE. Desse total, 280 casos envolveram medicamentos antidepressivos, e em 59 (21%) casos, a venlafaxina foi o único agente tóxico empregado para tentativa de autoextermínio. Apesar da alta frequência desse medicamento em intoxicações, este foi o único caso documentado com evolução para rabdomiólise grave (PEREITA *et al*., 2021).

A venlafaxina é um antidepressivo da classe dos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina e é considerada um medicamento recente. Geralmente, está associada a um perfil de segurança superior ao de antidepressivos tradicionais. No entanto, overdoses de venlafaxina foram relatadas com complicações graves,

como convulsões, taquicardia ventricular, síndrome serotoninérgica, síndrome neuroléptica maligna e rabdomiólise (SUNG *et al*., 2018).

O mecanismo preciso pelo qual alguns medicamentos levam à rabdomiólise ainda não está completamente elucidado. No entanto, fatores predisponentes, como o índice de massa corporal (IMC) a partir de 30 kg/m2, têm sido associados a maior risco de desenvolvimento da condição (NPIS, 2025). A paciente de que trata este relato de caso tinha 1,60m de altura e 90kg de peso corporal, resultando em um IMC em 35,15 kg/m², o que pode ter contribuído para a evolução clínica observada.

Inicialmente, suspeitou-se de um quadro típico de toxíndrome extrapiramidal, hipótese que justificaria o uso de biperideno. No entanto, após entrevista com familiares e da análise do quadro clínico pela equipe do CIATox-CE, concluiu-se que se tratava, na verdade, de uma síndrome serotoninérgica, descartando a necessidade do uso deste medicamento. Cabe destacar que tanto os antipsicóticos quanto os antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina podem ocasionar distonias, tremores e rigidez muscular, embora por mecanismos distintos: os antipsicóticos atuam por bloqueio dopaminérgico em receptores do tipo D2 de dopamina, enquanto os antidepressivos promovem aumento do tônus serotoninérgico por ativação dos receptores 5HT1A localizados no tronco encefálico e na medula espinhal (PIERACCI *et al*., 2006).

O quadro 1 apresenta os resultados de exames laboratoriais da admissão até a alta hospitalar. Infelizmente, alguns marcadores bioquímicos de lesão hepática, como aspartato transaminase (AST), alanina transaminase (ALT) e bilirrubinas, bem como o lactato-desidrogenase (LDH), um marcador de dano ao miócito, foram dosados uma ou duas vezes ao longo do internamento, impossibilitando uma análise aprofundada. A proteína C reativa (PCR) alcançou um pico de 68,6 mg/dl, evidenciando intensa resposta inflamatória.

Os níveis de CPK, um marcador laboratorial de rabdomiólise, apresentaram a seguinte evolução: 14.473 UI/L na admissão (10 horas após a ingestão do medicamento), 43.953 UI/L em 24 horas após a ingestão, 155.435 UI/L em 72 horas após a ingestão, atingindo o seu pico, 31.822 UI/L (4º dia após ingestão), e 1.354 UI/L na alta hospitalar.

Essa cinética laboratorial está em concordância com a literatura, que aponta elevação dos níveis de CPK entre 12 e 24 horas após a lesão muscular, com pico

entre o primeiro e o terceiro dia, seguido de declínio progressivo após 3 a 5 dias da interrupção do dano muscular (LEONI *et al*., 2024).

Apesar do diagnóstico de rabdomiólise, com níveis de CPK extremamente elevados, a paciente não evoluiu com insuficiência renal aguda. O débito urinário permaneceu dentro dos limites adequados (100–200 mL/h) e os níveis séricos de creatinina mantiveram-se dentro da faixa de normalidade para o sexo e a faixa etária (tabela 1).

Tabela 1 – Exames laboratoriais realizados durante a internação hospitalar, e seus respectivos valores de referência.

DATA	**Parâmetro**	**Valor de referência**	**27/04/24**	**28/04/24**	**29/04/24**	**30/04/24**	**01/05/24**	**04/05/24**
HORA	**-**	**-**	**21:37**	**08:55**	**08:00**	**-**	**07:36**	**07:00**
GASOMETRIA ARTERIAL E ELETRÓLITOS	pH	7.350 a 7.450	7,311	7,384	7,342	-	-	-
	pCo2	35.0 a 45.0 mmHg	34,3	31,2	43,2	-	-	-
	pO2	80.0 a 100.0 mmHg	108,9	88,8	20,2	-	-	-
	BE	-	-8,3	-5,6	-2,8	-	-	-
	Bic	-	16,9	18,2	22,9	-	-	-
	SAT	>95%	97,6	96,6	34,6	-	-	-
	Na	135.0 a 140.0 mmol/L	137,7	141,1	139,4	-	-	-
	K	3.5 a 5.10 mmol/L	5,13	3,79	4,39	-	-	-
	Ca	1.12 a 1.32 mmol/L	1,09	1,14	1,2	-	-	-
	Cloro	98 a 107 mmol/L	105	109	107	-	-	-
	Lact.	0.0 a 2.00 mmol/L	4,86	1,95	0,96	-	-	-
HEMOGRAMA	Hb	11.3 a 15.2 g/dL	13,3	13,5	11,8	-	12,2	12,6
	Hematócritos	35 a 47%	40,8	41	36,3	-	36,6	37,5
	Leucocitos	3.600 a 10.000/mm3	16580	16090	9970	-	7650	7430
	Bastões	0 a 5%	0	0	0	-	0	0
	Segmentados	37 a 76%	15038	13579	7397	-	4681	4435
	Eosinófilos	0 a 700/mm3	116	16	149	-	436	312
	Linfócitos	1.200 a 4.000/mm3	930	1498	1708	-	1807	2134
	Monócitos	0 a 1.000/mm3	480	981	707	-	711	520
	Plaquetas	150.000 a 450.000 mm3	314000	263000	222000	-	221000	251000

DATA	Parâmetro	Valor de referência	27/04/24	28/04/24	29/04/24	30/04/24	01/05/24	04/05/24
HORA	**-**	**-**	**21:37**	**08:55**	**08:00**	**-**	**07:36**	**07:00**
	PCR	Até 5.0 mg/L	3,9	52,2	68,6	58,9	42,7	-
COAGULAÇÃO	INR	0,8 a 1,2	1,06	1,06	1,1	-	-	-
	TTPA	22 a 28 segundos	0,95	0,99	0,89	-	-	-
BIOQUÍMICA	Uréia	10 a 50 mg/dL	22	28	22	32	28	35
	Creatinina	0,6 – 1,1 mg/dL	1,0	1,2	1,2	1,1	1,0	1,1
	Sódio	135 a 148 mmol/L	134	139	138	134	136	136
	Potássio	3,5 a 5,3 mEq/L	5,2	3,9	4,5	4,4	4,4	3,9
	Cálcio	8,5 a 10,5 mg/dL	8,2	8,7	9,0	9,1	9,2	-
	TGO	Até 32 U/L	78	-	-	-	-	72
	TGP	Até 31 U/L	28	-	-	-	-	133
	BT	Até 1,0 mg/dL	0,34	-	-	-	-	-
	BD	Até 0,2 mg/dL	0,07	-	-	-	-	-
	BI	Até 0,9 mg/dL	0,27	-	-	-	-	-
	LDH	230 a 460 U/L	1282	-	-	-	-	-
	CPK	Até 170 U/L	14473	-	43953	155435	31822	1354

Fonte: Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (DATATOX).

O manejo da rabdomiólise inclui a identificação e o tratamento da causa subjacente, correção de distúrbios eletrolíticos, tratamento da acidose metabólica e preservação da função renal com terapia de fluidos intravenosos. Nesse caso, a otimização do tratamento conservador impediu a necessidade de terapia substitutiva renal da paciente. A hipercalemia é a anormalidade eletrolítica mais temida na rabdomiólise, no entanto, a paciente manteve níveis normais de potássio, provavelmente em razão do controle eficaz da hipoglicemia com glicose intravenosa a 50%, mantendo níveis glicêmicos entre 85 e 118 mg/dL (RABELO *et al*., 2016).

Há razões teóricas pelas quais a alcalinização da urina pode ser útil na prevenção ou redução da gravidade da insuficiência renal induzida por rabdomiólise (ARAUJO *et al*., 2022; RICHARD *et al*., 1997). Assim, a equipe optou por manter a alcalinização para reduzir o risco de injúria renal e obstrução renal tubular causada pela ocorrência de mioglobina em ambiente ácido.

A paciente recebeu hidratação venosa com soluções isotônicas, associada à administração de bicarbonato de sódio para manter débito urinário entre 100 e 200 mL/h e pH urinário acima de 7,0. Essa conduta objetiva solubilizar os cilindros de mioglobina e minimizar a conversão de hemoglobina em metemoglobina — esta última com maior potencial nefrotóxico (NPIS, 2025). Embora não exista evidência clínica clara de sua eficácia, provocou-se a diurese alcalina forçada pelo bicarbonato de sódio, com a finalidade de reduzir a toxicidade renal (LEONI *et al*., 2024; Richard *et al*., 1997). Portanto, sua aplicação neste caso contribuiu para o desfecho positivo.

Mesmo com valores de CPK superiores a 150.000 U/L, a paciente não evoluiu para IRA. A literatura sugere que níveis de CPK acima de 20.000 U/L têm uma elevada relação com IRA (LEONI *et al*., 2024). A maioria dos relatos existentes na literatura demonstram comprometimento da função renal por rabdomiólise, podendo até necessitar de hemodiálise, fato que não ocorreu neste caso. A instituição da terapêutica rápida e eficaz foi decisiva para o sucesso deste caso, evitando a IRA e a necessidade de hemodiálise.

A atuação diligente da equipe, com ênfase na hidratação intensiva, alcalinização urinária e rigoroso controle do balanço hídrico, foi decisiva para prevenir a disfunção renal, evitando a hemodiálise. Apesar da gravidade da intoxicação, especialmente a rabdomiólise, a paciente apresentou boa evolução e recebeu alta em tempo relativamente curto, sem comprometimento renal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato descreve um caso de rabdomiólise induzida por superdosagem de venlafaxina, uma condição rara, porém potencialmente grave. Considerando a frequência com que esse fármaco é utilizado em tentativas de autoextermínio, é fundamental reforçar a importância do reconhecimento precoce e do manejo adequado da rabdomiólise, com ou sem injúria renal. O monitoramento laboratorial, a intervenção clínica em tempo oportuno e a atuação integrada da equipe multiprofissional no reconhecimento de sinais e sintomas de intoxicação são fatores essenciais para a definição do desfecho clínico positivo, como evidenciado neste caso.

REFERÊNCIAS

Araujo, J. V. G., *et al*. (2022). Intoxicação aguda: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico para as principais substâncias envolvidas. ***Brazilian Journal of Development***, *8*(9), 62845–62856. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52190

Associação Brasileira dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica. (2017). ***DATATOX: Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações***. http://datatox.abracit.org.br

Bekka, E., & Eyer, F. (2022). Dose-related hypoglycemia in venlafaxine poisoning: a retrospective cohort study. ***Clinical Toxicology***, *60*, 1336–1344. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36332110/

Brasil. Ministério da Saúde. (2025). ***Centro de Informação e Assistência Toxicológica***. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-ambiental/vigipeq/ciatox

Leoni, D., *et al*. (2024). Rabdomiólise e suas complicações renais: mecanismos, diagnóstico e tratamento. ***Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences***, *6*(7), 2443–2451. https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2665

National Poisons Information Service. (n.d.). ***TOXBASE: The National Poisons Information Service's Premier Clinical Toxicology Database***. http://www.toxbase.org

Pereira, M. J. A., *et al*. (2021). Perfil dos casos notificados de intoxicação exógena por medicamentos no estado do Ceará. ***Revista Psicologia***, *15*(54), 457–477. https://doi.org/10.14295/idonline.v15i54.2984

Pieracci, F. M., *et al.* (2006). Critical care of the bariatric patient. ***Critical Care Medicine***, *34*(6), 1796–1804. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000217216.84983.0A

Rabelo, I. B., *et al*. (2016). Rabdomiólise com altos níveis de creatinofosfoquinase, sem evolução para insuficiência renal. ***Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica***, *14*(1), 38–40. https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/17

Richard, I. H., *et al.* (1997). Serotonin syndrome and the combined use of deprenyl and an antidepressant in Parkinson's disease. ***Neurology***, *48*(4), 1070–1077. https://doi.org/10.1212/wnl.48.4.1070

Sung, D. J., *et al*. (2018). Combination of antidepressant and alcohol intake as a potential risk factor for rhabdomyolysis. ***Iranian Journal of Public Health***, *47*, 1424–1425. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6174052/pdf/IJPH-47-1424.pdf