

SÍNDROME DE COTARD: A DOENÇA DA IMORTALIDADE

COTARD SYNDROME: THE DISEASE OF IMMORTALITY

Resumo

A síndrome de Cotard é uma condição rara caracterizada por melancolia ansiosa, delírios de não existência relativos ao próprio corpo e delírios de imortalidade. Neste artigo, relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, com 66 anos de idade, com síndrome de Cotard refratária a psicofármacos e tratado com eletroconvulsoterapia. São discutidas algumas peculiaridades do manejo diagnóstico e terapêutico desta condição.

Palavras-chave: Síndrome de Cotard, diagnóstico, tratamento, eletroconvulsoterapia.

Abstract

Cotard syndrome is a rare condition characterized by anxious melancholy, delusions of non-existence of one's own body, and delusions of immortality. In this article, we report the case of a 66-year old male patient diagnosed with Cotard syndrome resistant to pharmacological treatment and treated with electroconvulsive therapy. Some peculiarities of the diagnosis and treatment of this condition are discussed.

Keywords: Cotard syndrome, diagnosis, treatment, electroconvulsive therapy.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Cotard (SC) é uma condição rara caracterizada por melancolia ansiosa, delírios de não existência relativos ao próprio corpo e delírios de imortalidade¹. Esses delírios foram relatados primeiramente em 1788², sendo a síndrome descrita pela primeira vez por Jules Cotard em uma conferência proferida por ele em 28 de junho de 1880. Cotard descreveu a síndrome como um delírio de negação, que podia variar desde a negação de partes do corpo do paciente até a negação de sua própria existência ou de

todo o mundo^{3,4}. Em 1893, Emil Régis cunhou o epônimo "síndrome de Cotard"⁵. O termo foi popularizado por Jules Séglas, que relatou o caso de um homem com delírios de negação de órgãos, de condenação e de imortalidade^{5,6}. Em 1995, pela primeira vez, foi proposta uma classificação da síndrome com base em evidências, usando análise fatorial dos casos publicados (Tabela 1)^{7,8}.

Tabela 1 - Classificação da síndrome de Cotard segundo Berrios & Luque⁸

Depressão psicótica	Melancolia e poucos delírios niilistas
Síndrome de Cotard tipo I	Delírios niilistas e hipocondríacos sem alterações de humor
Síndrome de Cotard tipo II	Grupo heterogêneo que cursa com delírios niilistas e de imortalidade e apresenta ansiedade, depressão e alucinações auditivas

Por ser uma condição rara, há poucos estudos sobre a SC⁷, e bons dados epidemiológicos inexistem. No entanto, pode-se afirmar que, geralmente, a SC é encontrada em pessoas de meia idade ou mais velhas⁹ – embora alguns casos afetando jovens também tenham sido relatados na literatura¹⁰. Um estudo de Hong Kong encontrou prevalência de 3,2% de SC ao analisar apenas idosos gravemente deprimidos. Por outro lado, em uma amostra mexicana de pacientes psiquiátricos, 0,62% apresentaram SC⁷.

Neste artigo, relatamos, com o consentimento da família, o caso de um paciente com SC internado na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

¹ Médica residente de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. ² Professor de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 66 anos de idade, foi internado na enfermaria de psiquiatria do HC-UFPE em 2 de outubro de 2012, transferido da enfermaria de clínica médica do Hospital Universitário B (HUB), onde esteve internado por 32 dias devido a quadro depressivo grave com sintomas psicóticos sem resposta aos psicofármacos.

O quadro havia iniciado 2 anos antes do internamento, depois de o paciente ter sido enganado por um cliente. Nesse período, passou a apresentar tristeza, anergia, desânimo, anedonia e diminuição do apetite (perdeu 30 quilos). Dizia que sua comida estava envenenada e que não se alimentava porque sua garganta estava “tapada”. Verbalizava que estava sendo perseguido, ameaçado, e que todos queriam lhe roubar. Passou a se isolar, começou a negligenciar a higiene pessoal e evoluiu com recusa total de ingestas alimentar e hídrica. O paciente não tinha histórico psiquiátrico e havia sido submetido a lobectomia pulmonar direita 45 anos atrás devido a tuberculose. Também não tinha história de trauma. A pesquisa de antecedentes familiares revelou um irmão com um transtorno psiquiátrico que os acompanhantes não souberam especificar.

O paciente foi inicialmente avaliado por psiquiatra de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife, que prescreveu escitalopram 5 mg/dia e mirtazapina 15 mg/dia e providenciou transferência para o HUB devido à desidratação e caquexia. No hospital, o esquema medicamentoso foi alterado para quetiapina 150 mg/dia e mirtazapina 60 mg/dia, e foi iniciada alimentação por sonda nasoenteral. O paciente evoluiu com infecção respiratória e recebeu moxifloxacino 400 mg/dia por 10 dias, apresentando resolução clínica e tomográfica da infecção. Ainda no referido internamento, foi feita investigação clínica para afastar depressão secundária a outras doenças, mas não foram encontradas morbididades. Tomografia de crânio foi realizada e resultou normal. Após 32 dias de internamento no HUB, o paciente não apresentou melhora do quadro psiquiátrico, sendo, assim, transferido para a enfermaria de psiquiatria do HC-UFPE.

No exame mental de admissão, o paciente estava vígil, orientado auto e alopsiquicamente, com atenção global prejudicada. Permaneceu cabisbaixo durante

quase toda a entrevista, falava com um volume de voz muito baixo, compreendia o que era perguntado e respondia adequadamente às perguntas, porém não tinha iniciativa no discurso; ficava alheio ao ambiente e apresentava intensa lentificação motora. Além disso, tinha grande desesperança, dizendo não ter qualquer perspectiva no futuro: “não existe médico, nem médico velho pra me salvar”, “eu não tenho mais jeito”, “vou sofrer pra sempre”. Apresentava-se com pensamento um pouco lentificado e sem alteração na forma, porém dizia que não tinha mais organismo e que não se alimentava porque não tinha mais garganta. Afirmava que não tinha mais órgãos, pois eles haviam se transformado em pedra, que não tinha mais veias no corpo, e que este queimava como fogo. Dizia, ainda, que estava morto e que era um morto-vivo. Ao exame físico, apresentou estado geral regular. Estava com sonda nasoenteral, eupneico, hipocorado (1/4+), hidratado, anictérico, acianótico, afebril, emagrecido (índice de massa corporal: 17 m/kg²), com abdome escavado e murmúrio vesicular ausente em hemitórax direito.

Após reunião clínica, firmou-se o diagnóstico de SC secundária a episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Optou-se por iniciar sessões de eletroconvulsoterapia (ECT), tendo em vista a gravidade do quadro. Foi solicitado consentimento da família por escrito.

Foram realizados os seguintes exames e avaliações previamente à estimulação de ECT: hemograma completo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, funções renal, hepática e tireoidiana, ionograma, albumina, VDRL (*venereal disease research laboratory*), teste rápido de HIV, parecer cardiológico, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Mostraram alterações apenas a hemoglobina, que estava um pouco baixa (10,5 g/dl), e a radiografia de tórax, que apresentava hipertransparência em hemitórax direito.

O tratamento consistiu em oito sessões de ECT bitemporal, com carga de 110 V, por 2 segundos, em dias alternados. Após a primeira sessão, o paciente passou a se alimentar por via oral regularmente. Após as oito sessões, o paciente evoluiu com remissão total dos sintomas, recebendo alta após 1 mês e 7 dias de internamento no HC-UFPE, em uso de nortriptilina 75

mg/dia e com acompanhamento ambulatorial mensal programado no HC-UFPE. Durante o seguimento, permaneceu com melhora clínica.

Em 19 de fevereiro de 2013, o filho entrou em contato com a médica residente informando que o pai estava internado em unidade de terapia intensiva, pois havia tido uma parada cardiorrespiratória. Menos de 1 mês depois, no dia 3 de março de 2013, o paciente faleceu devido a choque séptico secundário a pneumonia.

DISCUSSÃO

A SC não é classificada como transtorno isolado na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5), nem na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No DSM-5, delírio niillista é classificado como delírio congruente com o humor inserido em um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos¹⁰.

Do ponto de vista etiológico, a SC está associada a condições psiquiátricas primárias, incluindo esquizofrenia e depressão psicótica, bem como a distúrbios neurológicos, incluindo infartos cerebrais, malformações arteriovenosas, esclerose múltipla, doenças neurodegenerativas¹¹ e traumatismo cranioencefálico – nesta última situação, sobretudo quando o traumatismo produz lesões temporoparietais no hemisfério não dominante¹². Também há descrições de SC secundária ao uso de *ecstasy*¹³.

Descrevemos aqui um paciente com SC secundária a depressão grave com sintomas psicóticos. No entanto, é preciso enfatizar que deveríamos ter realizado ressonância magnética do crânio e outras avaliações, como análise de liquor e parecer neuropsicológico, para uma melhor análise das causas da depressão secundária, já que o paciente era idoso e não tinha passado de doença psiquiátrica. Apesar de o paciente ter se tratado em um serviço universitário de referência, o HC-UFPE, não foi possível realizar essas avaliações por falta de recursos financeiros do hospital. Além disso, a interrupção do acompanhamento ambulatorial a longo prazo, devido ao óbito por outras causas clínicas, limitou a observação da evolução de possíveis quadros demenciais ou de outras condições neurodegenerativas.

A ECT, atualmente, é o principal tratamento biológico na psiquiatria, apresentando altas taxas de eficácia terapêutica, sobretudo em quadros depressivos graves. Esse tipo de tratamento apresenta indicação precisa em casos refratários ao tratamento farmacológico, em algumas populações específicas, como gestantes e idosos, e quando há necessidade de resposta rápida¹⁴. No nosso caso, o tratamento com ECT foi de extrema importância, já que o paciente era idoso, apresentava resistência ao tratamento farmacológico e estava desnutrido.

Infelizmente, a falta de financiamento da ECT pelo Sistema Único de Saúde é um limitador bastante poderoso no acesso da população a esse tratamento, precisando os pacientes contarem com serviços universitários, filantrópicos ou privados. Porém, quando bem indicada, a ECT pode abreviar longos períodos de sofrimento desnecessário¹⁵. Atualmente, em Pernambuco, o único serviço público onde se realiza esse tipo de tratamento é no HC-UFPE. Com isso, o acesso de pacientes com transtornos mentais atendidos em outras instituições a esse tipo de tratamento fica limitado.

É verdade que, mesmo nos casos mais graves, a SC pode ter resolução espontânea e repentina. Entretanto, ela envolve grande risco de suicídio, e, por isso, recomenda-se instituir tratamento o mais breve possível, direcionado para a doença de base¹⁰. A ECT é o tratamento de primeira linha mais reportado na literatura¹⁶. No entanto, psicofármacos, sobretudo antidepressivos e antipsicóticos, também são indicados, com sucesso terapêutico relatado em situações em que a ECT não é possível, seja por dificuldade de acesso ou por contra-indicação¹⁷.

CONCLUSÃO

Apesar de rara, a SC é uma condição ainda presente nos serviços de psiquiatria e possui características clínicas que lhe dão certa peculiaridade nos manejos diagnóstico e terapêutico. Por isso mesmo, os clínicos devem estar atentos ao seu rápido reconhecimento e tratamento, a fim de evitar sofrimentos desnecessários.

Agradecimentos

Os autores agradecem pelos ensinamentos ministrados, inclusive neste caso, pelo Prof. Osmar Gouveia.

¹ Médica residente de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. ² Professor de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Leonardo Machado, Rua Francisco da Cunha, 796, sala 9, Boa Viagem, CEP 51020-041, Recife, PE. E-mail: leomachadoT@gmail.com

Referências

1. Grover S, Aneja J, Mahajan S, Varma S. Cotard's syndrome: two case reports and a brief review of literature. *J Neurosci Rural Pract.* 2014;5:S59-62.
2. Gardner-Thorpe C, Pearn J. The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of "délire des négations". *Eur J Neurol.* 2004;11:563-6.
3. Weiss C, Santander J, Torres R. Catatonia, neuroleptic malignant syndrome, and cotard syndrome in a 22-year-old woman: a case report. *Case Rep Psychiatry.* 2013;2013:452646.
4. Cotard J. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Memoire lu à la société médico-psychologique dans la séance du 28 Juin 1880. Ann Med Psychol.* 1880;4:168-74.
5. Berrios GE, Luque R. Cotard's delusion or syndrome? A conceptual history. *Compr Psychiatry.* 1995;36:218-23.
6. Sías J. Note sur un cas de mélancolie anxieuse (délire des négations). *Arch Neurol.* 1884;22:56-68.
7. Debruyne H, Audenaert K. Towards understanding Cotard's syndrome: an overview. *Neuropsychiatry.* 2012;2:481-6.
8. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatry Scand.* 1995;91:185-8.
9. Wani ZA, Khan AW, Baba AA, Khan HA, Wani QA, Taploo R. Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. *Int J Ment Health Syst.* 2008;2:1.
10. Tavares LM. A doença da imortalidade: uma revisão sobre a síndrome de Cotard e relato de 2 casos clínicos [dissertation]. Recife: Hospital Ulysses Pernambucano; 2013.
11. Perez DL, Fuchs BH, Epstein J. A case of cotard syndrome in a woman with a right subdural hemorrhage. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014;26:E29-30.
12. McKay R, Cipolotti L. Attributional style in a case of Cotard delusion. *Conscious Cogn.* 2007;16:349-59.
13. Nicolato R, Pacheco J, Boson L, Leite R, Salgado JV, Romano-Silva MA, et al. Síndrome de Cotard associada ao uso de ecstasy. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56:64-6.
14. Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF. Clínica psiquiátrica. São Paulo: Manole; 2011.
15. Shiozawa P, Netto GTM, Cordeiro Q, Ribeiro RB. Eletroconvulsoterapia para o tratamento da depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ECT? *Rev Debates Psiquiatr.* 2014;4:6-10.
16. Mahgoub NA, Hossain A. Cotard's syndrome and electroconvulsive therapy. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1319.
17. Machado L, Peregrino A, Azoubel S, Cerqueira H, Lima Filho LE. Cotard's syndrome and major depression with psychotic symptoms. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:212.