

DELÍRIO DE NEGAÇÃO DE COTARD

ADRIÁN GRAMARY, J.M. ROMERO, A. VENÂNCIO, MÁRIO MOREIRA, MARIA JOSÉ OLIVEIRA
Hospital de Magalhães Lemos. Porto.

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de doente do sexo feminino de 62 anos de idade, com delírio de negação de Cotard num episódio depressivo major de um ano de evolução. A doente foi medicada com clomipramina e olanzapina com rápida normalização do humor e desaparecimento da actividade delirante.

Palavras chave: Cotard. Depressão. Delírio de negação.

SUMMARY

COTARD'S DELUSION OF NEGATIONS

The authors report a clinical case of a sixty-two-year-old woman admitted to hospital because Cotard's nihilistic delusion in a one year major depressive episode. The patient was treated with clomipramine and olanzapine with a rapid improvement and normalisation of humor and delusions.

Key words: Cotard. Depression. Delusion of negations.

INTRODUÇÃO

O delírio de negação de Cotard é um tipo pouco frequente de delírio depressivo, de predomínio nas idades avançadas e no sexo feminino. Foi descrito por primeira vez por Jules Cotard em 1880 como um *delírio negativo sistematizado autónomo*, caracterizado por *ideias hipocondríacas e niilistas de negação* do funcionamento ou da existência de órgãos do corpo, às vezes acompanhadas de ideias de imortalidade^{1, 2}. Este autor descreve o delírio como sintomático de uma forma particular de doença depressiva que também incluiria ideias de culpa, *insensibilidade à dor e tendência ao suicídio*, destacando ainda a preservação da personalidade prévia. Estes doentes rejeitavam habitualmente os alimentos devido à negação dos diferentes órgãos digestivos. Nas formas mais habitualmente observadas na prática clínica aparece um quadro de Cotard *incompleto*, reduzido a queixas hipocondríacas atribuídas ao *mau funcionamento e a oclusão dos órgãos*, que têm a ver fun-

damentalmente com o *tubo digestivo* e com as vísceras abdominais, e menos frequentemente com os órgãos da respiração e da circulação³. Apesar do conceito tradicional deste delírio como um subtipo de melancolia delirante (Ey)⁴, têm sido comunicados casos de aparecimento noutras doenças psiquiátricas (perturbação delirante crónica, psicoses atípicas, esquizofrenia, boufeés delirantes, psicose reactiva breve)⁵ e secundariamente a febre tifóide⁶, epilepsia temporal⁷, neoplasias⁸ e traumatismos do SNC⁹, atrofia das regiões mesofrontais¹⁰ e demência do tipo Alzheimer¹¹. Numa revisão recente de 100 casos de síndrome de Cotard, Berrios e Luque¹² referem que foi encontrada depressão em 89% dos indivíduos. Os delírios niilistas mais frequentes estavam relacionados com o corpo (86%) e com a existência (69%). A ansiedade (65%) e a culpa (63%) foram também comuns, seguidas dos delírios hipocondríacos (58%) e dos delírios de imortalidade (55%). Neste estudo, uma análise factorial conseguiu obter três grupos de pacientes denomi-

nados: *depressão psicótica, Cotard tipo I e Cotard tipo II*. O grupo depressão psicótica incluía doentes com melancolia e alguns delírios niilistas. Os doentes do grupo Cotard tipo I não mostravam depressão ou outra doença e mais provavelmente constituíam uma síndrome de Cotard pura, nosologicamente mais perto das perturbações delirantes do que das afectivas. Os doentes do grupo Cotard tipo II mostravam ansiedade, depressão e alucinações auditivas e constituíam um grupo misto. Devido a inespecificidade nosográfica deste delírio, diversos autores recomendam o uso do termo *síndrome de Cotard*¹³. As classificações diagnósticas actuais (DSM-IV e CID-10) omitem este quadro, confirmando a tendência actual a negar-lhe entidade nosológica. Os AA descrevem o caso de uma mulher com delírio de Cotard, a sua evolução clínica e abordagem terapêutica.

CASO CLÍNICO

E.M.C., doente do sexo feminino de 62 anos, é orientada pelo seu Psiquiatra para o Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António com recomendação de internamento dado apresentar ideias delirantes de ruína, recusa alimentar e da medicação e tentativa de suicídio recente com a medicação instituída. O quadro actual iniciou-se há um ano com astenia, adinamia, anedonia, desinteresse e tendência ao isolamento de instalação progressiva e que surgiram sem motivo aparente. Posteriormente, começou a apresentar insónia total e anorexia com emagrecimento, altura em que recorre ao seu Psiquiatra, que medica com ansiolítico e antidepressivo. A situação não melhora e um mês depois a doente começa a dizer que *o seu corpo está atrofiado*, referindo que tem *a garganta e o ânus tapados*, motivo pelo qual começa a recusar a alimentação. É internada durante três dias numa Clínica Privada para despiste de doença médica, devido a quadro de dor na fossa ilíaca esquerda. Fez diversos exames (ECO abdominal, ECO pélvica, TAC crânio encefálico e RX de tórax normais / ECG: alteração da repolarização ventricular sugestiva de isquemia de miocárdio, a valorizar pela clínica / Ecocardiograma: insuficiência mitral discreta aparentemente sem significado clínico). Teve alta sem alterações na situação clínica e medicada com Clomipramina (75 mg/dia) e Maprotilina (75 mg/dia). Tinha como antecedentes psiquiátricos dois episódios depressivos adaptativos, aos 44 e 51 anos, reactivos a mudanças no emprego, que tinham respondido a medicação antidepressiva e ansiolítica (Amisulpiride e Clorazepato dipotássico). A doente é a segunda filha de uma fratria de duas, nascida a termo, por parto prolongado sem complicações perinatais. O desenvolvimento psicomotor parece ter decorrido sem alterações. Menarca aos 12 anos, com ciclos regulares. Comple-

tou a quarta classe sem aparentes dificuldades de aprendizagem. Trabalhou como costureira, desenvolvendo posteriormente a sua actividade profissional como auxiliar de acção educativa. A doente é solteira e vive com a mãe em domicílio próprio. A situação laboral actual é de reformada. Sem alergias medicamentosas conhecidas ou hábitos tóxicos, apresentando antecedentes médicos de rinite atrofica, hipercolesterolemia e xantelasmas. A personalidade premórbida é adaptada. Entre os antecedentes psiquiátricos familiares encontram-se: história de quadro depressivo no pai, aos 56 anos, que precisou de terapia electroconvulsiva; avó paterna que *faleceu por provável quadro demencial*; tia paterna com história de duas tentativas de suicídio; tio paterno com internamento psiquiátrico aos 70 anos por quadro não especificado; irmã de 63 anos com diagnóstico de Perturbação Bipolar I, com história de vários internamentos.

Exame psicopatológico: Na altura do internamento a doente apresentava aspecto cuidado, olhar directo e mímica escassa, com aparente lentificação psicomotora. Vigil, orientada no tempo e espaço, autopsíquica e situacionalmente. Durante a entrevista, a atitude foi inicialmente defensiva e pouco colaborante, apresentando humor disfórico, com irritabilidade fácil e escassa ressonância afectiva. Sem actividade alucinatória detectável. Actividade delirante de ruína e hipocondria, verbalizando queixas hipocondríacas em relação com o mau funcionamento e a oclusão dos órgãos do aparelho digestivo. Referia que tinha *a garganta tapada*, explicando que *tinha ido mais para abaixo e que o céu da boca estava colado à língua. O ânus estava obstruído*, motivo pelo qual, quando evacuava *saía um líquido escuro, mistura de urina e fezes, que ia pela vagina*. Apresentava também ideias niilistas relativas a diferentes órgãos do corpo, dizendo que *não tinha coluna, nem costas, nem barriga*. Explicou que não chorava nem podia cuspir porque *não tinha lágrimas nem saliva*. Sentia o corpo transformado, descrevendo que estava *tudo atrofiado, morto, podre, desfeito e queimado*, explicando *é o corpo de alguém que foi enterrado e desenterrado*. Os órgãos estavam reduzidos no tamanho: *os ossos eram muito pequenos, os dedos muito finos e as varizes que tinha nas pernas quase não se notavam, todo o corpo estava metade do que era*. Referia ter insensibilidade à dor, acrescentando *não sentir nada quando batia nas pernas ou nos braços*. Expressava sentimentos de incapacidade e desânimo, julgando que tinha *uma doença incurável e desconhecida* e que *não tinha salvação possível*. Quando lhe perguntámos pelo futuro, apenas respondeu que *não podia fazer nada*, temendo *acabar no meio da rua*. Não apresentava alterações da forma do pensa-

mento. Anedonia e desinteresse marcado pelo quotidiano. Sem ideação suicida. Sono regularizado. Apetite conservado. Foram pedidos os seguintes exames complementares: hemoleucograma normal; bioquímica: hipercolesterolemia (257,3 mg/dL), restantes parâmetros analíticos dentro da normalidade; sedimento urinário normal; cálcio sérico discretamente diminuído (8,6 mg/dL); fósforo normal; hormonas tiroideias: T3, T4 e TSH normais; PTH aumentada (80,8 pg/mL); VDRL e TPHA negativos. O exame neurológico sumário foi normal, sem evidência clínica de deterioração mental. Devido à alteração do valor da PTH, foi solicitada a avaliação do endocrinologista após a alta.

Iniciou-se tratamento com Olanzapina 10 mg/dia e Lorazepam 2,5 mg/dia, não se observando nenhuma resposta, motivo pelo qual foi decidida a introdução do antidepressivo duas semanas depois. Iniciou-se tratamento com Clomipramina 75 mg/dia, sendo posteriormente aumentadas de forma gradual as doses até atingir as 250 mg/dia.

Duas semanas depois da introdução do antidepressivo, observou-se uma progressiva melhoria do humor, com desaparecimento da irritabilidade e do humor disfórico. Começou a sair do seu isolamento, melhorando a comunicação e o contacto com os outros doentes e manifestando maior interesse pelo seu ambiente. Dois ou três dias depois começou a desaparecer a actividade delirante de ruína e hipocondria. Surgiram ligeiros efeitos secundários (tremor, secura de boca), que foram bem tolerados pela doente.

DISCUSSÃO

Os AA apresentam o caso de uma doente de 62 anos com Síndrome de Cotard inserido num quadro depressivo de um ano de evolução, caracterizado por anedonia, desinteresse, anorexia com emagrecimento, insónia, tendência ao isolamento, irritabilidade e humor disfórico. É destacável, neste caso, a história familiar pesada de perturbações afectivas (pai, irmã, tios paternos). Relativamente ao tratamento, diversos autores¹⁴⁻¹⁶ recomendam como primeira escolha na depressão psicótica a terapia electroconvulsiva e, em segundo lugar, o uso de antidepressivos e antipsicóticos (em particular, as combinações de amitriptilina + perfenazina ou imipramina + haloperidol)^{16,17}. Neste caso, observou-se inicialmente falta de resposta aos antidepressivos tricíclicos (em doses baixas) e ao novo antipsicótico atípico olanzapina. A resolução do quadro apenas foi possível com a introdução do tricíclico em doses mais altas (clomipramina 250 mg/dia) associado ao antipsicótico atípico (olanzapina 10 mg/dia).

BIBLIOGRAFIA

1. COTARD J: Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Ann Méd Psychol* 1880; 4: 168-74
2. COTARD J: Du délire des négations. *Arch Neurol* 1882; 4: 152-70, 282-96
3. ALONSO FERNÁNDEZ F: Fundamentos de la psiquiatria actual. 3.ª ed. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1976
4. EY H, BERNARD P, BRISSET CH: Manuel de Psychiatrie. 5.ª ed. Masson. Paris
5. PULL CP. Atypical psychotic disorders in Schizophrenie. Em: HIRSCH SR, WEINBERGER DR (ed). Blackwell Science 1995: 58-72
6. CAMPBELL S, VOLLOW MR, CAVENAR JO: Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 1377-8
7. DRAKE ME: Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. *Psychiatr J Unvers Ottawa* 1988; 13: 36-9
8. BHATIA MS: Cotard's syndrome in parietal lobe tumor. *Indian Pediatr* 1993; 30/81019-21
9. YOUNG AW, ROBERTSON IH, HELAWELL DJ, DE PAUW KW, PENTLAND B: Cotard delusion after brain injury. *Psychol Med* 1992; 22/3: 799-804
10. JOSEPH AB, O'LEARY DH: Brain atrophy and interhemispheric tissue enlargement in Cotard's syndrome. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 518-20
11. BARBE A: Idées des négations dans la senilité. *L'encephale* 1912; 7: 74-5
12. BERRIOS GE, LUQUE R: Cotard's syndrome: analysis of 100 cases (review). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91 (3) 185-8, 1995 Mar.
13. HUERTAS D et al: Delirio de negaciones de Cotard: síndrome versus trastorno. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1997; 25, 5: 333-340
14. ABRAMS R: Electroconvulsive therapy. 3.ª ed. New York. Oxford University Press. 1977
15. FLINT AJ, RIFAT SL: Two-year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatry* 1972; 26: 57-63
16. VALLEJO RUILOBA J, GASTO FERRER G: Trastornos afectivos: ansiedad y depresão. Masson. Barcelona. 2000
17. CHARNEY DS, NELSON JC: Delusional and nondelusional unipolar depression: further evidence for distinct subtypes. *Am J Psychiatry* 1981; 138:328-333