

A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME DE COTARD

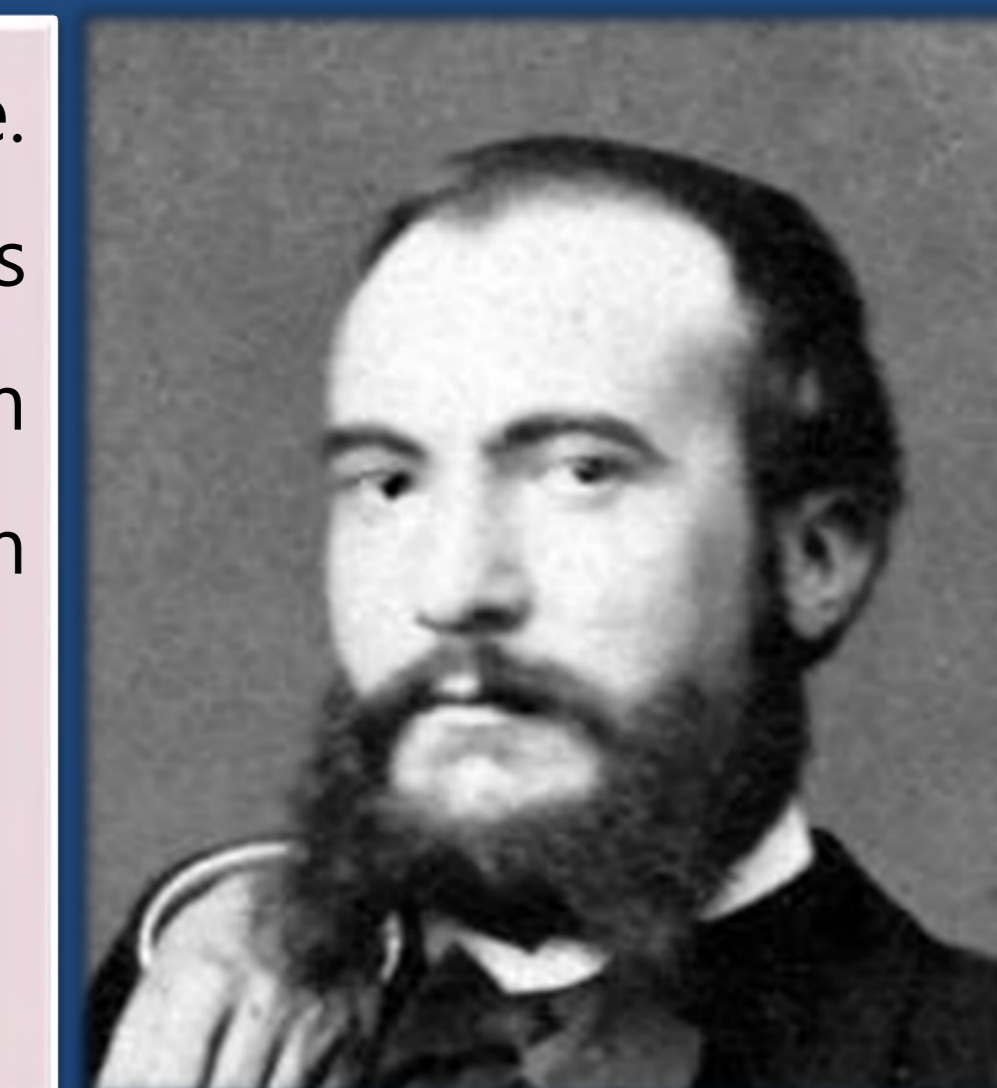
Aguiar C¹, Bernardo F², Paixão L³, Sousa M⁴,

¹Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Irmãs Hospitaleiras Lisboa

²Psicólogo Clínico

³Médica Especialista em Psiquiatria, Irmãs Hospitaleiras Lisboa

⁴Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Irmãs Hospitaleiras Lisboa



INTRODUÇÃO

Jules Cotard (1840-1889) foi um psiquiatra, neurologista e cirurgião militar parisiense que descreveu e sistematizou os delírios de negação (délire des negations)¹ um subtipo de doença depressiva pautada por delírios hipocondríacos em contexto de melancolia². Poderiam surgir tanto na depressão agitada como na paralisia³. O síndrome cunhado com o seu nome, Síndrome de Cotard, diz respeito a uma série de ideias delirantes ou deliróides, que vão desde a convicção inabalável de que o próprio perdeu órgãos, sangue ou partes do corpo, até à convicção de que perdeu a alma ou está morto. Na sua

forma mais profunda, o delírio pode ter uma intensidade tal que faz o doente crer que não existe. Pode por este motivo, é também chamado delírio niilista. Foi primeiramente encontrado em doentes com perturbações psicóticas, como Psicose Esquizofrénica e Doença Bipolar, mas também em indivíduos com lesões orgânicas, nomeadamente do córtex temporoparietal não dominante e em pacientes com enxaqueca¹.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 79 anos de idade, solteira, sem filhos, sem apoio de familiares, trabalhou como Administrativa num Hospital. Teve o primeiro episódio depressivo aos 17 anos, seguida desde então em psiquiatria com múltiplos internamentos por Perturbação Depressiva Major, Síndrome de Cotard, de Diógenes, Hording associado.

Aspeto cuidado, idade aparente coincidente com a real. Postura calma e

adequada, pouco colaborante. Contacto sintónico. Humor ligeiramente ansioso, subdepressivo. Discurso organizado, sem alterações semânticas ou da prosódia. Ideação delirante/deliróide niilista. Não se apuram alterações da sensorio-percepção.

Internada numa unidade de Longo Internamento desde 2012, por quadro grave de deterioração pessoal e social, com negligência do autocuidado e desorganização das AVD's. Encontra-se medicada com Lorazepam 6mg/dia,

Mirtazapina 30 mg/dia, Vortioxetina 20 mg/dia, Quetiapina 20 mg/dia e Donepezilo 10 mg/dia.

Com o internamento apresenta melhoria no nível de funcionalidade pessoal e social, embora mantenha discurso niilista "estou morta por dentro" "perdi a afetividade, não tenho sentimento, tenho um buraco no coração, morro hoje, sinto a morte" – sic.

DISCUSSÃO

Berrios e Luque (1995) analisaram estatisticamente 100 casos de Síndrome de Cotard para avaliar como este conceito clínico evoluiu desde que primeiramente foi descrito. Em termos clínicos, não houve diferenças entre géneros ou entre categorias diagnósticas; uma idade avançada pareceu aumentar a probabilidade de desenvolver délire de négations.

Vários foram os sintomas observados nestes doentes, nomeadamente depressivos, além de delírios niilistas relacionados com o corpo e com a existência. Ansiedade e culpa também foram comumente observados,

assim como delírios hipocondríacos e delírios de imortalidade.

Os casos foram divididos em três grupo, atendendo às características clínicas: Depressão psicótica: melancolia e delírio niilista.

Cotard tipo I: não apresentam sintomas depressivos ou outra doença e estarão mais perto do Cotard puro, cuja nosologia se aproxima mais do delírio propriamente dito do que a uma perturbação afectiva.

Cotard tipo II: mostraram ansiedade, depressão e alucinações auditivas, constituindo assim um grupo misto⁴.

Esta nova visão do síndrome afasta-se da forma tradicional, podendo ter

implicações a nível terapêutico. Para o Cotard tipo depressão psicótica, a electroconvulsivoterapia provou ser o método de tratamento mais eficaz; para o Cotard tipo I, a terapêutica com antipsicóticos parece ser suficiente⁵.

Os autores em geral consideram o délire de négations um síndrome mais do que uma entidade clínica⁶, e não consideram que a sua presença seja um factor de severidade da doença.

CONCLUSÕES

O Síndrome de Cotard pode surgir no contexto de diversas situações clínicas de etiologia diferente. Pode surgir no contexto de uma Psicose

Esquizofrénica, numa perturbação do humor ou no contexto de uma lesão cerebral orgânica. Desta forma, deve explorar-se a etiologia de forma a adequar a melhor abordagem terapêutica.

Seria interessante analisar melhor este síndrome já que a maioria das publicações se referem a casos particulares, havendo pouca informação sobre prevalência, contexto etiológico e tratamento.

BIBLIOGRAFIA

¹Pearn J, Gardner-Thorpe C, Jules Cotard (1840-1889): his life and the unique syndrome which bears his name, Neurology, 2002 May 14;58(9):1400-3; ²Berrios GE, Luque R, Jules Cotard (1840-1889): his life and the unique syndrome which bears his name, Compr Psychiatry, 1995 May-Jun;36(3):218-23; ³Luque R, Valls Blanco JM, Cotard's syndrome: historical and conceptual aspects, Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines, 1994 Jul-Aug;22(4):178-88; ⁴Berrios GE, Luque R, Cotard's syndrome: analysis of 100 cases, Acta Psychiatr Scand, 1995 Mar;91(3):185-8; ⁵Madani Y, Sabbe BG, Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification, Tijdschr Psychiatr. 2007;49(1):49-53; ⁶Debruyne H, et al, Cotard's syndrome: a review, Curr Psychiatry Rep 2009 Jun;11(3):197-202.