

# Adoecer por (com)paixão: um caso de Delírio de Cotard *Sickness due to (com)passion: A case of Cotard's Syndrome*

Diana Malheiro Mota\*, Mário Marques dos Santos\*, Ângela Venâncio\*, Lima Monteiro\*, Lúcia Ribeiro\*

## RESUMO

**Introdução:** O delírio de *Cotard* corresponde a um subtipo de delírio depressivo pouco frequente e que ocorre mais frequentemente em indivíduos idosos e do sexo feminino.

**Objetivos:** Reportar um caso de delírio de *Cotard* elaborando uma revisão sobre o tema e as suas características clínicas.

**Métodos:** Apresentação de um caso clínico sobre Delírio de *Cotard* bem como uma discussão do tema e suas características clínicas.

**Resultados e Conclusões:** O caso clínico corresponde a uma mulher de 80 anos de idade com desenvolvimento de um quadro depressivo *major* e que foi internada no contexto de sintomas depressivos graves e sintomatologia psicótica. Durante o seu internamento foi medicada com sertralina, mirtazapina e risperidona com total esbatimento da sintomatologia psicótica e depressiva. O correto diagnóstico da depressão psicótica e a sua diferenciação de outros quadros psicopatologicamente semelhantes são essenciais para uma abordagem e tratamento adequados.

**Palavras-Chave:** Delírio de Cotard; Síndrome de Cotard; Perturbação Depressiva *Major*; Idoso; Psicose.

## ABSTRACT

**Background:** *Cotard's Delusion* is a rare subtype of depressive delusion which tends to occur in the elderly and female individuals.

**Aims:** To report a case of *Cotard's delusion* and to review the concept and clinical features of the condition.

**Methods:** A clinical case of *Cotard's delusion* is presented and a discussion of this theme and clinical characteristics were broached.

**Results and Conclusions:** The clinical case presents a 80 year old -female with a major depressive episode admitted to hospital with severe -psychotic and depressive symptoms. During her hospitalization she was medicated with sertraline, mirtazapine and risperidone with a fully response. A correct diagnosis of *Cotard's delusion* and its differentiation from other psychopathologically similar conditions are essential for an adequate approach and treatment.

**Key-Words:** *Cotard's Delusion*; *Cotard's Syndrome*; Depression; Elderly; Psychosis.

\* Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.

✉ [dianamalheiomota@gmail.com](mailto:dianamalheiomota@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-5697-3050>

Recebido / Received: 08/02/2018 - Aceite / Accepted: 24/01/2020

## INTRODUÇÃO

O delírio de negação de *Cotard* é um tipo pouco frequente de delírio depressivo, descrito pela primeira vez por Jules Cotard em 1880<sup>1</sup>. A descrição de Cotard corresponde a um delírio negativo caracterizado por ideias hipocondríacas e niilistas de negação do funcionamento ou da existência de órgãos do corpo, por vezes acompanhadas de ideias de imortalidade<sup>2,3</sup>. Este autor descreve o delírio como parte de uma doença depressiva grave que inclui ideias de culpa, insensibilidade à dor e tendência ao suicídio, apesar da preservação da personalidade prévia<sup>2-4</sup>.

Nas formas mais comuns e menos graves o quadro é geralmente incompleto, baseando-se em queixas hipocondríacas atribuídas ao mau funcionamento e à oclusão dos órgãos (sobretudo respeitantes ao sistema gastrointestinal). Na sua forma clássica e mais grave o doente apresenta a convicção fixa e inabalável de não existência/ morte do próprio<sup>2-4</sup>.

Berrios e Luque propuseram uma divisão desta entidade em três tipos distintos: depressão psicótica, delírio de *Cotard* tipo I e tipo II<sup>5</sup>. O primeiro grupo inclui doentes com melancolia e alguns delírios niilistas. Os doentes do grupo *Cotard* tipo I não mostram sintomas depressivos, constituindo um quadro mais do tipo delirante do que afetivo. Os doentes do grupo *Cotard* tipo II apresentam queixas de ansiedade, depressão e alucinações auditivas, e constituem um grupo misto<sup>2,5</sup>. Devido à ausência de especificidade nosográfica deste delírio, diversos autores recomendam o uso genérico do termo *Síndrome de Cotard*<sup>2</sup>.

Apesar de classicamente descritos como parte de um quadro depressivo, muitos casos têm

sido reportados em doentes com outras patologias psiquiátricas (perturbação delirante crónica, psicoses atípicas, esquizofrenia, psicose reativa breve) e mesmo em patologias orgânicas, sobretudo naquelas com deterioração cognitiva<sup>2-5</sup>.

## CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso clínico de uma mulher (Sra. R.) de 80 anos de idade, casada e mãe de duas filhas, sem antecedentes de sintomatologia psiquiátrica até setembro de 2014.

Os familiares relataram início do quadro em setembro de 2014 no contexto de um episódio de urgência médica no qual foi diagnosticada anemia ferropénica à Sra. R. Desde essa data, a doente terá iniciado sintomatologia depressiva com choro fácil, isolamento social, anedonia, clinofilia e irritabilidade em agravamento progressivo que se manteve após a resolução da anemia. Neste período não foi avaliada por psiquiatria nem medicada para a sintomatologia depressiva.

Em novembro de 2015, o marido da Sra. R. foi diagnosticado com um carcinoma renal. A doente terá tido dificuldade em aceitar a notícia e desde então apresentou agravamento significativo da sintomatologia depressiva. Neste contexto, em dezembro de 2015, foi levada por familiares à Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto, por quadro de alterações do comportamento e inquietação psicomotora.

Ao longo das últimas semanas teria desenvolvido ideação deliróide de ruína, “dizia que íamos perder a casa e a herança da família... que íamos todos morrer” (*sic*), de culpa “dizia que o meu pai estava doente por causa dela,

que era má pessoa, um lixo e que íamos ser castigados”(sic), hipocondríaca, afirmando ter uma doença incurável, e niilista “afirmava que cheirava mal, que estava podre e ia desaparecer” (sic).

Ao exame psicopatológico a doente apresentava-se com mau estado geral, aspeto emagrecido, hipomímica e com ligeira lentificação psicomotora. Encontrava-se vígil, orientada no tempo e espaço, auto e alopsiquicamente. Durante a entrevista, a atitude foi pouco colaborante alternando entre períodos em que se apresentava defensiva e outros em que adotava postura provocatória com humor disfórico e escassa ressonância afetiva. Apurou-se a presença de solilíquios atribuíveis a provável atividade pseudo-alucinatória auditiva que descrevia como uma voz única, localizada no interior da cabeça que se lhe dirigia com conteúdos insultuosos e que afirmava ser a voz do demónio “palavrões horrorosos, insulta-me todo o dia” (sic). Apresentava ideação deliróide de ruína, culpa e hipocondríaca verbalizando queixas em relação com o aparelho digestivo “tenho cancro no estômago, estou toda contaminada” (sic). Verbalizava que estava a apodrecer e que apresentava um cheiro nauseabundo. Apresentava ainda ideias niilistas dizendo que se sentia a modificar, descrevendo uma sensação de que estava prestes a desaparecer. Exprimia sentimentos de menos valia, centrando grande parte do discurso na preocupação com a saúde do seu marido, julgando que tinha uma doença incurável e que por isso não ia conseguir ajudá-lo. Evidenciava anedonia e ideias passivas de morte com fraca capacidade de projeção no futuro. Insónia

inicial. Apetite diminuído. O exame neurológico sumário foi normal, sem evidência clínica de deterioração cognitiva ou alterações mnésicas.

Foram obtidos os seguintes resultados analíticos: hemoleucograma normal; bioquímica: hipercolesterolemia, restantes parâmetros dentro da normalidade; sedimento urinário normal; hormonas tiroideias: T3, T4 e TSH normais; níveis de vitamina b12 e ácido fólico normais; serologias víricas negativas; VDRL e TPHA negativos. TC-CE: “Parênquima encefálico sem alterações densitométricas ou morfológicas valorizáveis, para além de ligeira leucoencefalopatia isquémica periventricular supratentorial (...) Sulcos corticais e sistema ventricular com amplitude e configuração adequadas ao grupo etário da doente. Não são evidentes alterações endocranianas que indiquem a presença de lesões de natureza expansiva”.

Iniciou-se tratamento em regime de internamento com risperidona 2mg/dia e sertralina 50mg/dia. Observou-se melhoria da irritabilidade e do humor disfórico assim como progressivo esbatimento da ideação deliróide. Por manutenção de queixas marcadas de menos valia foi aumentada a dose de sertralina para 100mg/dia com boa resposta clínica. Para regularização do sono e do apetite foi introduzida mirtazapina 15mg/dia. Não se observaram efeitos secundários significativos. A doente permanece estável e assintomática após dois anos de terapêutica.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os autores apresentam o caso de uma doente de 80 anos de idade com *Síndrome de Co-*

*tard* inserida num quadro depressivo com um ano de evolução. Inicialmente caracterizado por anedonia, anorexia com emagrecimento, insónia, isolamento, irritabilidade e humor disfórico, verificou-se um agravamento após a notícia de um diagnóstico oncológico ao marido da doente com surgimento de sintomatologia psicótica.

Enquadrar a *Síndrome de Cotard* como uma entidade distinta ou como um sintoma de outras perturbações psiquiátricas tem sido objeto de debate, havendo progressivamente um maior consenso a favor da segunda hipótese<sup>4</sup>. Apesar de não constar dos principais manuais de diagnóstico psiquiátricos, o delírio niilista é referido como um exemplo de delírio congruente com o humor incluído no episódio depressivo com sintomas psicóticos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição (DSM-5)<sup>6</sup>.

Os delírios presentes na *Síndrome de Cotard* têm sido mais frequentes encontrados em mulheres de meia-idade pelos 50-60 anos e/ou em idosos<sup>7</sup>.

O diagnóstico diferencial desta síndrome coloca-se, portanto em decurso das características previamente apresentadas não só a nível das manifestações psicopatológicas, mas também em relação com as características relacionadas com a faixa etária e género em que surge com mais frequência. Desta forma o diagnóstico de *Síndrome de Cotard* pode incluir-se numa variedade de doenças psiquiátricas desde a depressão psicótica unipolar à depressão bipolar, mas também a perturbações psicóticas como a perturbação delirante crónica. Adicionalmente algumas condições neurológicas foram também associadas a esta síndrome,

nomeadamente os quadros demenciais, a epilepsia do lobo temporal, a esclerose múltipla e a doença de Parkinson<sup>4</sup>.

Relativamente ao tratamento, a terapêutica combinada de um antidepressivo e um antipsicótico é geralmente a 1ª linha recomendada pelas principais *guidelines*, sendo comprovadamente mais eficaz do que qualquer um destes fármacos isoladamente<sup>8,9</sup>. Os antidepressivos tricíclicos são por vezes referidos como os antidepressivos mais eficazes no tratamento da depressão psicótica<sup>8-10</sup>. Em relação à terapêutica antipsicótica vários têm sido os fármacos propostos, sendo que os antipsicóticos atípicos, nomeadamente a olanzapina têm suscitado particular interesse considerando a sua ação antidepressiva<sup>8-10</sup>. A eletroconvulsoterapia é também um tratamento com eficácia demonstrada nestes quadros além de ser bastante segura<sup>11</sup>.

No caso da doente apresentada, a evolução paulatina da sintomatologia desde um quadro de perturbação depressiva major com agravamento marcado e surgimento de sintomas psicóticos, a ausência de défices cognitivos, a inexistência de alterações analíticas ou imagiológicas significativas, bem como a boa resposta à terapêutica antidepressiva e antipsicótica com total esbatimento do quadro, favorecem a hipótese de uma *Síndrome de Cotard* no contexto de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. O perfil individual da doente, nomeadamente a sua idade, condicionou a terapêutica a implementar, quer antidepressiva quer antipsicótica, que se revelaram eficazes, mantendo-se a doente livre de sintomas após um ano deste episódio.

**Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:***

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

**Fontes de Financiamento / *Funding:***

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

**Bibliografia / *References***

1. Pearn J, Gardner-Thorpe C. Jules Cotard (1840-1889) His life and the unique syndrome which bears his name. *Neurology*. 2002;58(9):1400-1403.
2. Gramary A, Romero JM, Venâncio A, Moreira M, Oliveira MJ. Delírio de Negação de Cotard. *Acta Médica Portuguesa*. 2004;17: 106-108.
3. Debruyne H, Portzky M, Peremans K, Audenaert K. Cotard's Syndrome. *Mind & Brain, The Journal Of Psychiatry*. 2011; 2(1): 67-72.
4. Debruyne H., Portzky M., Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's Syndrome: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2009 Jun;11(3):197-202.
5. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases (review). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995; 91 (3):185-8.
6. American Psychiatry Association (APA). Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5), 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2014. p.155-189.
7. German E. Berrios. Affect and its disorders, In: Berrios G. *History of Mental Symptoms*. Cambridge, GBR: Cambridge University Press; 2010. p. 289-331.
8. Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry Essential Clinical Anatomy*. 12ª ed. Wiley Blackwell & Wilkins; 2015. p.266-267.
9. Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2008;22(4):343-96.
10. Wijkstra J, Lijmer J, Balk FJ, Geddes JR, Nolen WA. Pharmacological treatment for unipolar psychotic depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2006;188:410-45.
11. Birkenhager TK, van den Broek WW, Mulder PG, de Lely A. One-year outcome of psychotic depression after successful electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2005; 21(4):221-6.