

Remissão de Um Quadro de Mutismo Após 38 Anos – Um Estudo de Caso

The Remission of Mutism 38 Years Later – A Case Report

Catarina Jesus*, Ricardo Duque*, Amélia Aleixo**, António Cruz Neves*

RESUMO

Introdução: As perturbações conversivas são condições somáticas sem base fisiopatológica identificada e a probabilidade de resolução do quadro clínico diminui com o aumento do tempo de evolução.

Objetivos: Pretendemos reportar um caso de mutismo conversivo que remitiu ao fim de 38 anos e rever de modo resumido a literatura científica sobre esta entidade nosológica.

Métodos: Informação clínica obtida em entrevista e consulta de processo clínico. Revisão bibliográfica na plataforma Pubmed realizada em outubro de 2018, de artigos escritos em inglês, sem limite para data de publicação, utilizando as expressões “mutism”, “conversion disorder”, “functional disorder” e “aphonia”, tendo os artigos sido selecionados de acordo com a sua relevância.

Resultados e Conclusões: Relativamente ao mutismo conversivo, a literatura sugere a existência de uma disfunção na conectividade entre as vias relacionadas com a linguagem e as vias responsáveis pela regulação da ansiedade. O caso apresentado por nós é raro e atí-

pico no que diz respeito à sua remissão, tendo em conta o tempo de evolução.

Palavras-Chave: Mutismo; Afonia Funcional; Perturbação Conversiva; Histeria.

ABSTRACT

Background: Conversion disorders are somatic conditions that have no observable physiological basis for the complaint. The probability of recovery diminishes with time.

Aims: We report a clinical case of conversion mutism that remitted 38 years after its establishment and review the scientific literature on this entity.

Methods: Clinical information was obtained in interview and clinical process consultation. Bibliographic review performed in October 2018, on Pubmed, of articles written in English, with no publication date limitation and using the search expressions “mutism”, “conversion disorder”, “functional disorder” and “aphonia”. The retrieved articles were selected according to their relevance.

* Departamento de Psiquiatria, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ✉ acatarinajesus@gmail.com.

** Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

 <https://orcid.org/0000-0001-9141-3836>

Recebido / Received: 07/12/2018 - Aceite / Accepted: 04/03/2019

Results and Conclusions: *Little is understood about the neural networks associated with conversion disorders. There is literature suggesting possible impairment of the connectivity between speech networks and networks regulating anxiety. The reported case is rare and atypical considering its total remission after almost four decades of evolution.*

Key-Words: *Mutism; Functional Aphonia; Conversion Disorder; Hysteria.*

INTRODUÇÃO

A perturbação conversiva é definida, de acordo com os critérios de diagnóstico apresentados na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pela ausência de evidência de perturbação física que explique a presença de sintomas que caracterizam um determinado quadro clínico assim como pela associação convincente entre os sintomas apresentados e eventos, problemas e/ou necessidades indutoras de stress¹.

Foi historicamente associada, à luz da teoria psicodinâmica, a repressão de memórias traumáticas.

De um ponto de vista neurobiológico, a perturbação conversiva parece resultar da combinação de influências de elevada ordem (como atenção e expectativa) e influências límbicas *bottom-up* (por exemplo, trauma e vigília) que interagem e influenciam funções motoras básicas (como intenção e inibição), com implicações para as regiões associativas complexas e para o processamento de informação a nível cortical sensorial e motor².

O mutismo corresponde à incapacidade de expressão verbal e quando é de natureza con-

versiva está associado a preservação de função das cordas vocais³ e a ausência de lesões neurológicas. Pode ser total ou parcial⁴. Na CID-10 é incluída nas perturbações conversivas motoras¹. Parece ser mais prevalente no género feminino e a incidência ocorre habitualmente entre os 30 e os 40 anos. A maioria dos casos remite nos primeiros três meses após o seu aparecimento, mas a recorrência é frequente e quanto maior o tempo de evolução, menor a probabilidade de resolução⁵. Do ponto de vista neurobiológico, existe um estudo de caso que mostrou inibição na conexão entre o cíngulo anterior e o giro frontal inferior (regiões essenciais para o percepção e regulação emocional⁶) que desapareceu após a resolução do quadro de mutismo, o que aponta para uma eventual conectividade disfuncional entre as vias relacionadas com a linguagem e as vias reguladoras da ansiedade⁷. Em termos terapêuticos, há na literatura casos de sucesso reportados com a terapia manual circunlaríngea^{3,8}, com psicoterapia cognitivo-comportamental⁷, hipnose⁹ e acupuntura¹⁰.

OBJECTIVOS

Pretendemos reportar um caso de mutismo conversivo que remitiu ao fim de 38 anos e rever de modo resumido a literatura científica sobre esta entidade nosológica.

MATERIAL E MÉTODOS

A informação clínica foi obtida em entrevista e através da consulta do processo clínico. A revisão bibliográfica foi feita na plataforma Pubmed, em outubro de 2018, de artigos escritos em inglês, sem limite para data de publicação, utilizando as expressões “*mutism*”, “*con-*

version disorder”, “*functional disorder*” e “*aphonia*”, tendo os artigos sido selecionados de acordo com a sua relevância.

RESULTADOS

Relatamos o caso de uma doente que se apresentou pela primeira vez na nossa consulta em abril de 2016. Caucasiana, com 67 anos, autónoma, encontrava-se casada com um homem com uma doença oncológica terminal, com quem vivia e de quem era cuidadora. Reformada desde os 33 anos, tendo trabalhado até então como assistente administrativa.

Aparentemente bem até aos 32 anos, altura em que, de modo abrupto, desenvolveu um quadro clínico caracterizado por cefaleia intensa seguida de gaguez e hemiparésia esquerda. A doente associou o desenvolvimento deste quadro a um luto difícil relativamente ao seu pai que havia falecido quatro meses antes e que caracterizou como sendo a sua principal figura de apoio na altura. Foi observada em contexto hospitalar sem evidência de lesão orgânica.

Nos meses seguintes, a doente recuperou da hemiparésia mas a gaguez evoluiu para mutismo. Desde então a comunicação foi conseguida através de gemido, escrita e gesticulação. Por se sentir transtornada com esta dificuldade de expressão, a doente consultou vários médicos que não identificaram qualquer justificação somática para o mutismo, não tendo sido possível a sua reversão. Esta informação foi corroborada pelo marido em consulta de neurologia, a partir de onde a doente nos foi referenciada.

A doente já tinha sido medicada com benzodiazepinas e antidepressivos, sujeita a electroconvulsivoterapia e acompanhada em psicoterapia.

No momento desta primeira consulta conosco, foi pedido à doente que comunicasse gestualmente e limitando quanto possível a utilização da escrita. A doente aceitou e nós fizemos, por períodos, resumos do que pensávamos ter sido comunicado, de modo a que o pudesse confirmar ou corrigir. Tratou-se de uma consulta lenta, mas frutuosa, uma vez que a doente introduziu na sua comunicação pequenos fragmentos de discurso como “eu já tenho” (*sic*), “mas” (*sic*) e “não percebo” (*sic*). Foi possível perceber que a doente apresentava, para além do mutismo, um quadro de depressão de humor e choro fácil com vários anos de evolução, sem outra sintomatologia apreciável associada.

Como antecedentes pessoais psiquiátricos apresentava distímia, atraso de fase do ciclo circadiano, perturbação de coordenação e diminuição de acuidade visual (ambas investigadas do ponto de vista médico e sem evidência de etiologia somática) e pseudo-criSES epilépticas na adolescência. Como outros antecedentes pessoais patológicos apresentava enxaqueca, urticária idiopática, asma, apneia do sono, hipertensão primária, ulcera gástrica, colite ulcerosa e fibromialgia.

Cumpria diariamente medicação com fluoretina, pregabalina, clorazepato dipotássico, salmeterol e propionato de fluticasona, montelucaste, candesartan, bisoprolol, nifedipina, esomeprazol, dicloridrato de beta-histina, metformina, trimetazidina, ebastina e bezafibrato.

Exame do estado mental: mulher com aspeto cuidado e adequado ao contexto, com idade aparente inferior à real, sem alterações do movimento. Postura relaxada, expressiva, estabe-

lecendo contacto visual frequentemente, vígil, orientada em todos os referenciais, atenção captável e fixável. Sem alterações aparentes da memória. Discurso de débito quase ausente, no entanto quando pressionada a comunicar gestualmente, verbalizou “eu já tenho”(sic) “mas”(sic) “não percebo”(sic) apenas no início de frases, nasalando a voz posteriormente e deixando de articular qualquer palavra. Sem alteração da compreensão da linguagem, da escrita ou leitura. Pensamento de curso, forma, conteúdo e posse sem alterações. Sem alteração da percepção. Humor ligeiramente deprimido, afetos ressonantes. Sem crítica para o patológico.

Exame neurológico: sem alterações.

Foi feito ajuste de medicação com aumento de dose da fluoxetina de 20 mg para 40 mg por dia. A doente mostrou-se indisponível para avaliação neuropsicológica formal assim como para qualquer tipo de intervenção terapêutica não farmacológica.

Passados quatro meses da primeira consulta conosco e de modo espontâneo, não associado a alteração de medicação ou outro tipo de intervenção terapêutica próximas, a doente recomeçou a falar. Inicialmente com alguma disartria que resolveu ao fim de dias. Este fenómeno ocorreu 20 a 25 dias depois do falecimento do marido, caracterizado pela doente como um evento “traumático”(sic). Desde então e passados dois anos, mantém-se sem qualquer alteração da fala.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Durante a primeira consulta, a doente falou mesmo que de modo escasso, o que nos fez pensar na possibilidade de simulação. No

entanto, a apresentação consistente de mutismo ao longo do tempo foi corroborada pelo marido, a duração da perturbação e os esforços apresentados pela doente no sentido da sua resolução pendem no sentido de se tratar de uma perturbação conversiva. É também possível observar que para além de mutismo, esta doente apresenta outras manifestações de perturbação conversiva: alteração de acuidade visual e de coordenação actualmente e pseudo-criises epilêpticas no passado.

Em modo de conclusão é relevante referir que a doente identificou que um evento emocionalmente intenso precedeu a instalação da perturbação conversiva, concordante com o reportado previamente na literatura. Não reportado previamente, e presente neste caso, é a resolução da perturbação conversiva após 38 anos da sua instalação e a sua proximidade a um evento emocionalmente importante, o falecimento de seu marido.

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. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders:

- diagnostic criteria for research. Geneva. World Health Organization; 1993.
2. Voon V, Cavanna AE, Cohurn K, Sampson S, Reeve A, LaFrance WC Jr. Functional Neuroanatomy and Neurophysiology of Functional Neurological Disorders (Conversion Disorders). *J Neuropsychiatry ClinNeurosci*. 2016;28:168-90.
 3. Spengler FB, Becker B, Kendrick KM, Conrad R, Hurlemann R, Schade G. Emotional Dysregulation in Psychogenic Voice Loss. *PsychotherPsychosom*. 2017;86:121-123.
 4. Kent RD. The MIT Encyclopedia of Communication Disorders. Massachusetts Institute of Technology; 2004.
 5. Schuster JP, Mouchabac S, Le Strat Y, Limosin F. Le Mutism hystérique. *L'Encéphale*. 2011;37:339-344.
 6. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1476–1488.
 7. Bryant RA and Das P. The Neural Circuitry of Conversion Disorder and Its Recovery. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012;121(1):289-296.
 8. Roy N. Functional dysphonia. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;11:144–148.
 9. Neeleman J, Mann AH. Treatment of hysterical aphonia with hypnosis and prokaletic therapy. *Br J Psychiatry*. 1993;163:816-819.
 10. Shen X. Acupuncture treatment of hysteric aphonia - a report of 27 cases. *J Tradit Chin Med* 1998;18:253-255.