



Síndrome de cotard em paciente oncológica: relato de caso

DOI: 10.56238/isevjhv3n4-003

Recebimento dos originais: 11/06/2024

Aceitação para publicação: 31/07/2024

Samuel Augusto Ferreira Aurelio

Universidade do Oeste Paulista

<http://lattes.cnpq.br/8383054496702128>

Rafael França Muntoreanu

Universidade do Oeste Paulista

<http://lattes.cnpq.br/6076757500222887>

Alana Alves Ibanhes Valejo

Otavio Zamae Pacheco

Maria Carolina Costa Marangoni

Marcelo de Jesus Garcia Júnior Fernanda Tomé

Bertholina Rosa Lopes Guimarães

Ana Tereza Martins Medeiros

Guilherme Guardachoni de Padua Calixto

João Pedro Jacometo Lima

RESUMO

A síndrome de Cotard foi descrita na França após Jules Cotard observar que alguns pacientes apresentavam delírios de sensopercepção, negando a própria existência ou a de pessoas próximas. Atualmente, ainda se sabe pouco sobre essa afecção psiquiátrica, e a literatura carece de informações mais robustas. Neste artigo, relatamos o caso clínico de uma paciente que, após um stress emocional relevante, passou a acreditar que estava morta e solicitava que fosse devolvida ao seu túmulo. O tratamento medicamentoso foi instituído e a paciente seguiu internada, e com o passar do tempo apresentou remissão dos sintomas.

Palavras chave: Cotard, depressão, delírio.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Cotard (SC) foi descrita originalmente por um neurologista chamado Jules Cotard, na França. Cotard observou uma característica atípica em pacientes com transtornos depressivos graves, mais especificamente delírios niilistas, envolvendo alterações da autopercepção; os pacientes comprometidos relatavam estar mortos ou com membros amputados, e apresentavam, muitas vezes, esse argumento para justificar recusas aos tratamentos¹.

Quando descreveu a síndrome oficialmente, Jules Cotard acreditou se tratar de um novo tipo de depressão profunda, que se baseava num intenso discurso de negação e ideias hipocondríacas, acompanhada de ansiedade e comportamento de automutilação².

Por se tratar de uma condição clínica psiquiátrica bastante incomum e complexa, geralmente associada a transtornos afetivos, a SC não tem classificação no cadastro internacional de doenças (CID-10/11), e seu diagnóstico e tratamento são direcionados de acordo com a patologia de base identificada previamente ou, em alguns casos, posteriormente a manifestação dos sintomas da síndrome em si¹.

Anteriormente, acreditava-se que a síndrome de Cotard estava intrincada a transtornos de humor, contudo, novos casos foram observados em pacientes com outras doenças psiquiátricas, como esquizofrenia, e até mesmo em pacientes nunca diagnosticados com patologias de ordem psiquiátrica, surgindo após episódios de insultos ao sistema nervoso central, como após intensas convulsões, por exemplo².

Embora não seja amplamente descrita na literatura, artigos recentes mostram que o quadro é mais frequentemente percebido no sexo feminino, em faixas etárias mais avançadas, sendo raros os relatos em pacientes jovens, e quase nunca antes da fase da adolescência².

Um evento recente que chamou atenção novamente para síndrome de Cotard foi a pandemia de coronavírus; diversas manifestações se seguiram após a resolução do quadro respiratório em diversos pacientes afetados pelo vírus, e em casos mais graves, houve alteração da sensopercepção, que a longo prazo se deteriorou e levou a delírios tipicamente observados na SC³.

O objetivo deste artigo científico é relatar um caso clínico de síndrome de Cotard, em uma paciente do sexo feminino, de 75 anos, com depressão crônica em tratamento, com piora dos sintomas após o falecimento do esposo, recebeu um diagnóstico oncológico e, dias após, apresentou delírios existenciais e adotou um discurso de que já estava morta e precisava voltar ao túmulo junto ao marido.

2 METODOLOGIA

Foram realizadas pesquisas em prontuários médicos para coleta de informações pertinentes a este estudo, como evoluções médicas, exames de imagem e anamneses. Em paralelo, foi realizada uma revisão de literatura em bases de dado como PubMed e Lilacs, utilizando artigos publicados nos últimos 5 anos para elaboração deste. Este trabalho científico conta com aprovação do Comitê de Ética do hospital onde o atendimento foi prestado, e seguiu as orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 75 anos, trazida por acompanhante ao pronto socorro, após apresentar comportamentos bizarros que estavam piorando depois de receber o diagnóstico de linfoma há 5 dias. Segundo o acompanhante, a paciente não tira comorbidades prévias, exceto por uma depressão de longa data já em tratamento.

Ao conversar com a paciente para compreender melhor o caso, a equipe da psiquiatria percebeu que a mesma apresentava ideais de negação de sua vida, afirmando que havia morrido há cerca de 1 semana, e então a retiraram do túmulo onde estava descansando junto ao seu marido, já falecido, de fato.

Ao ser questionada sobre como havia morrido, a mesma não sabia dizer, afirmando apenas que acreditava ter sido por câncer e não se lembrava de como havia chegado ao hospital, já que estava ótima até então. A mesma estava chorosa, com lesões descamativas e hiperemiadas em face, além de presença de linfonomegalia importante em ambas as axilas.

Foi optado pela internação da paciente em leito da psiquiatria para estabilização dos sintomas, haja visto que foi identificada uma tentativa de suicídio há alguns meses, relatada pelo acompanhante, e confirmada pela paciente, que negou estar com esse desejo no momento. Na internação, permaneceu clinicamente bem, sendo avaliada pela dermatologia e oncologia clínica para segmento das demais comorbidades, e da parte de psiquiatria, foi iniciado o uso de risperidona, sertralina e clonazepam.

Durante a internação, a paciente desenvolveu delírios persecutórios com outros pacientes do mesmo quarto e também com alguns profissionais de saúde do setor, afirmando que os mesmos estavam contaminados por energias espirituais malignas e que algumas medicações poderiam matá-la. Em um episódio isolado, ela não se levantava para ir ao banheiro, urinando sobre o leito, pois afirmava estar desmaiada, embora conseguisse conversar com a equipe normalmente.

Foi realizada uma tomografia computadorizada de crânio, sinais retrativos associados a microleucoangiopatia supratentorial. Com o passar dos dias, os sintomas psíquicos regrediram, e a paciente passou a apresentar discurso mais elaborado e coeso. Teve alta 33 dias após a internação, em bom estado geral, dentre outros motivos, para poder continuar o seguimento pela oncologia clínica, que posteriormente passou o acompanhamento para nível ambulatorial.

4 DISCUSSÃO

Por não estar classificada no CID-10, a síndrome de Cotard não é considerada uma doença propriamente dita, e por conta disso, o diagnóstico e os tratamentos são limitados a abordar a causa de base, estabilizando o paciente e aguardando remissão dos sintomas¹.

Existem diversas teorias que visam elucidar a fisiopatologia para a instalação da síndrome de Cotard, uma das mais aceitas propõe que um déficit neurológico no hemisfério direito causa uma variação da autopercepção do indivíduo, e, posteriormente, o hemisfério esquerdo interpreta essa percepção alterada de maneira incorreta, levando a distúrbios e delírios persistentes⁴.

Embora seja mais comum encontrar a SC associada a patologias psiquiátricas, alguns relatos recentes evidenciam que esta não é uma exclusividade; há medicações e outras condições médicas, não psiquiátricas, que podem estar envolvidas nessa complicação neuropsíquica, e, uma vez que a fisiopatologia não é completamente compreendida, entender os mecanismos que vinculam essas comorbidades com a síndrome de Cotard se torna um desafio complexo^{2,4}.

Uma das possíveis causas da síndrome de Cotard, não associada a causas psiquiátricas, é a neurotoxicidade induzida pela antibioticoterapia com cefepime. Essa droga é conhecida como neurotóxica a depender da dose e da sensibilidade dos pacientes, pois tem capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica, causando encefalopatia⁴.

Outra causa estudada para a síndrome de Cotard são as intervenções cirúrgicas, sobretudo as cirurgias de cabeça e pescoço. Esses procedimentos, geralmente extensos, na região da cabeça são um fator conhecido de delírium pós-operatório; embora não seja considerada uma complicação frequente, há relatos na literatura de pacientes, previamente hábeis psicologicamente, que desenvolveram quadros transitórios da SC após procedimentos cirúrgicos⁵.

O período pós-ictal também abre margem para o aparecimento de delírios da autopercepção, como a síndrome de Cotard; há relatos de pacientes que, após intensas crises convulsivas, de diferentes tipos, apresentaram quadros de delírios nilistas, negando a sua própria existência e a de amigos e familiares também. Em casos como esse, os sintomas costumam ser transitórios, regredindo em cerca de 24h, diferentemente do caso relatado, onde o quadro se estendeu para além de uma semana⁶.

Psicoses pós-infecção pelo coronavírus foram observadas em diversos pacientes, sobretudo os que desenvolveram quadros mais severos. De maneira similar àqueles que desenvolveram SC após neurointoxicação por medicação ou pós-ictal, na infecção pelo coronavírus os quadros foram autolimitados e breves. Há ainda descrições de SC por tumores cerebrais, hemorragias subdurais, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, entre outras.^{4,7,8}



Além de delírios relacionados a sensopercepção, a síndrome de Cotard tem forte relação com ansiedade e morte; por vezes, as complicações da doença não são precoces, e podem surgir através da não adesão correta a tratamentos medicamentosos importantes, como o visto no caso da paciente do caso relatado, que em determinado momento passou a não aceitar o tratamento medicamentoso por acreditar que estaria sendo envenenada. Há relatos na literatura de pacientes que desenvolveram cetoacidose diabéticas por acreditarem que, por estarem mortos, não necessitavam de insulina^{9,4}.

Em relação ao tratamento, a paciente do caso recebeu sertralina e risperidona, além de clonazepam para controle de crises de ansiedade ou insônia. Mundo afora, o tratamento empírico mais bem sucedido é a eletroconvulsoterapia, embora não haja estudos robustos comprovando sua eficácia. Apesar dos sucessivos relatos de sucesso, o acesso a esse tratamento não é amplo no Brasil, e não foi usado na paciente pela ausência de centros especializados na região, por questões culturais e financeiras brasileiras¹.

Por se tratar de uma síndrome rara, há poucos dados consistentes na literatura relacionadas à Cotard, o que implica em dificuldade de traçar estratégias objetivas de diagnósticos e tratamentos eficazes. A maior parte dos estudos encontrados são casos relatados, e os estudos maiores geralmente contam com uma amostra pequena de pacientes. Conclui-se, contudo, que é de extrema importância reconhecer os sinais de pacientes que apresentem os delírios de autopercepção, sobretudo os expostos aos fatores de risco abordados neste artigo, de modo a evitar complicações de qualquer natureza aos pacientes e seus familiares e amigos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores deste artigo declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que afete a imparcialidade deste estudo.



REFERÊNCIAS

1. ECT ved Cotards syndrom hos en 13-årig [Internet]. Ugeskriftet.dk. [cited 2024 May 22]. Available from: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/ect-ved-cotards-syndrom-hos-en-13-arig>
2. Dihingia S, Bhuyan D, Bora M, Das N, Dihingia S, Bhuyan D, et al. Cotard's Delusion and Its Relation With Different Psychiatric Diagnoses in a Tertiary Care Hospital. *Cureus* [Internet]. 2023 May 25;15(5). Available from: <https://www.cureus.com/articles/156678-cotards-delusion-and-its-relation-with-different-psychiatric-diagnoses-in-a-tertiary-care-hospital#>
3. Yesilkaya UH, Sen M, Karamustafalioglu N. New variants and new symptoms in COVID-19: First episode psychosis and Cotard's Syndrome two months after infection with the B.1.1.7 variant of coronavirus. *Schizophrenia Research*. 2021 Jun;
4. Orr S, Lazris D, Very B, Onyekweli T, Frear A, Leyens K, et al. The Talking Dead: Cefepime-Induced Cotard Syndrome. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* [Internet]. 2023 Dec 7 [cited 2024 May 23];25(6):50612. Available from: <https://www.psychiatrist.com/pcc/talking-dead-cefepime-induced-cotard-syndrome>
5. Thakur N, Gupta M, Gupta R, Mishra S. Cotard's syndrome in the postoperative period following head and neck cancer surgery – A case report. *Indian Journal of Cancer* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2024 May 23];59(2):273. Available from: https://journals.lww.com/indiancancer/fulltext/2022/59020/cotard_s_syndrome_in_the_postoperative_period.19.aspx
6. Gil YE, Choi JY, Kim TJ, Park SA, Huh K. Post-ictal Cotard delusion in focal epilepsy patients. *Seizure*. 2019 Oct;71:80–2.
7. Ignatova D, Krasteva K, Akabalieva K, Alexiev S. Post-COVID -19 psychosis: Cotard's syndrome and potentially high risk of harm and self-harm in a first-onset acute and transient psychotic disorder after resolution of COVID -19 pneumonia. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021 Nov 18;
8. Ignatova D, Krasteva K, Akabalieva K, Alexiev S. Post-COVID -19 psychosis: Cotard's syndrome and potentially high risk of harm and self-harm in a first-onset acute and transient psychotic disorder after resolution of COVID -19 pneumonia. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021 Nov 18;
9. Robertson C, Dunn T. “A ghost doesn't need insulin,” Cotard's delusion leading to diabetic ketoacidosis and a body-mass index of 15: a case presentation. *BMC psychiatry*. 2023 Jul 31;23(1)