



Catatonia e estupor em paciente adulto

Catatonia and stupor in an adult patient

Victor Su Junhan

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

victorsu00@gmail.com

Claudio Henrique Oliveira Machado Filho

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

claudiofilho97@hotmail.com

Giovanna Nascimento dos Santos

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

giovanna.mocores00@gmail.com

Gustavo Carreira Henriques

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

guscarreira.gh@gmail.com

RESUMO

A catatonia e o estupor são formas graves de transtornos mentais, caracterizadas por lentificação psicomotora. Devido à sua raridade destaca-se a importância dos relatos de casos para estudos. Relatamos o caso de um homem de 30 anos admitido no Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ, com sintomas de lentificação psicomotora, afasia, desorientação e perda de memória, após término de relacionamento. Exames laboratoriais e de imagem não mostraram alterações significativas, levando ao diagnóstico provável de catatonia. O paciente recebeu cuidados clínicos e medicamentosos com atuação essencial de uma equipe multidisciplinar, incluindo o uso empírico de bromidrato de vortioxetina, um modulador serotoninérgico. Após nove dias de internação, o paciente apresentou melhora progressiva e recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. A evolução foi satisfatória, mas não há estudos suficientes para atribuir a melhora ao bromidrato vortioxetina, destacando a necessidade de mais pesquisas sobre a fisiopatologia e tratamento da catatonia

Palavras-chave: catatonia. estupor. abordagem multidisciplinar da assistência. transtornos mentais.

ABSTRACT

Catatonia and stupor are severe forms of mental disorders characterized by psychomotor retardation. Due to their rarity, case reports are important for studies. We report the case of a 30-year-old man admitted to Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ, with symptoms of psychomotor retardation, aphasia, disorientation, and memory loss following a relationship breakup. Laboratory and imaging tests showed no significant changes, leading to a probable diagnosis of catatonia. The patient received clinical and pharmacological care with the essential involvement of a multidisciplinary team, including the empirical use of vortioxetine hydrobromide, a serotonergic modulator. After nine days of hospitalization, the patient showed progressive improvement and was discharged with outpatient follow-up. The outcome was satisfactory, but there are not enough studies to attribute the improvement to vortioxetine hydrobromide, highlighting the need for further research on the pathophysiology and treatment of catatonia.

Keywords: catatoni. Stupor. multidisciplinary care approach. mental disorders

1 CONTEXTO

A catatonia e o estupor são uma das formas mais graves e intrigantes de apresentação dos transtornos mentais, ambos fazem parte do espectro de síndrome de lentificação psicomotora. Considerando a raridade do quadro clínico citado, grande parte das informações sobre o diagnóstico e seu respectivo tratamento são obtidas através de estudos observacionais, justificando a importância de publicações de relatos de casos de catatonia e estupor, facilitando o estudo e consequentemente aperfeiçoando o manejo do quadro.

Este relato de caso, descritivo e observacional, em acordo com o Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinque) e com a Resolução do Conselho Federal de Medicina em 1595/2000, contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da protagonista do caso, e encontra-se sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Relatamos o caso de um paciente admitido no pronto atendimento do Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ, Brasil, com sintomas clínicos de lentificação psicomotora. Um homem de 30 anos, paro, solteiro, engenheiro, natural e residente de Volta-Redonda-RJ, que comparece a unidade acompanhado da mãe que relata interrupção súbita de fala e deambulação há 6 horas, somada a negativismo passivo, pseudoflexibilidade cerácea, perda ponderal (8Kg em 4 meses) e episódios prévios de perda de memória.

Acompanhante relata que há 4 meses paciente passou por um término de relacionamento e obteve diagnóstico de depressão, sem início de tratamento. Quanto ao estilo de vida é relatado ser um jovem sedentário, de alimentação saudável, nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas; Quanto a patologias pregressas, nega alergias e comorbidades além do quadro depressivo. Ao exame físico paciente apresentava-se em regular estado geral, normocorado, normocárdico, eupneico em ar ambiente, desidratado e hipertenso; afásico, desorientado e irresponsivo, pressão arterial de 150x100 mmHg, frequência cardíaca de 75 bpm, frequência Respiratória de 16 irpm, saturação de O₂ de 98% em ar ambiente. Ao exame neurológico realizado dentro das limitações apresentadas pelo paciente, calcula-se Glasgow de 9/15. (resposta ocular +4, resposta verbal +2, resposta motora +3), paciente irresponsivo aos estímulos motores e dolorosos.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Foram realizados exames laboratoriais: hemograma completo, prova de função hepática e renal, exames de função endócrina, Vitamina B12 e ácido fólico, que não evidenciaram nenhuma alteração digna de nota com todos os parâmetros dentro da normalidade, além disso coleta de liquor cefalorraquidiano que evidenciou hiperproteinorraquia de 104,8 mg/dl (Valor de Referência: 15-45 mg/dl); Ademais foram solicitados exames de imagem para investigação do caso, dentre eles Raio-X de tórax, tomografia computadorizada de crânio e tórax sem contraste e ressonância magnética, todos com os respectivos laudos sem alterações visíveis ao método, além de sorologias e rastreio infeccioso, todos sem alterações que justificassem o caso.

4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A partir da anamnese, história clínica, exame físico e exames laboratoriais direcionados a queixa, diversas hipóteses diagnósticas foram consideradas, dentre elas: catatonismo, esquizofrenia, acidente vascular cerebral, meningite e encefalite viral. No entanto, o acidente vascular encefálico foi descarta-

do como hipótese diagnóstica devido tomografia computadorizada em tempo não mostrar sangramento ativo e após 48h não evidenciar sinais de isquemia. A meningite e a encefalite viral foram descartadas devido ausência de alterações em exames laboratoriais, coleta de liquor cefalorraquidiano e ressonância magnética. Dessa forma, o diagnóstico de catatonismo por doença psiquiátrica mostrou-se mais provável.

5 TRATAMENTO

Ao primeiro atendimento no pronto socorro, médico responsável encaminha o paciente para sala vermelha onde inicia-se os cuidados clínicos e medidas gerais, sendo eles: monitorização, hidratação, início de nutrição parenteral, sondagem nasogástrica e instrução de movimentação no leito para prevenção de úlceras por pressão. Aos cuidados medicamentosos foram administrados: anticoagulante para prevenir a formação de trombos e Bromidrato de Vortioxetina 5mg, onde foi administrado 1 comprimido/dia, durante 5 dias, após, 2 comprimidos/dia.

A abordagem do caso foi realizada de forma multidisciplinar entre as equipes de clínica médica, neurologia, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia e nutrição.

6 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Após início de esquema terapêutico, do 1º ao 3º dia de internação, não há evolução do quadro do paciente, porém manteve-se o esquema medicamentoso e suportes clínicos; No 2º dia ele recebe alta da sala vermelha e é internado em leito de enfermaria. A partir do 4º dia o paciente evolui com início de interação moderada com familiares de forma motora, mantendo afasia. Entre o 4º e o 7º dia de internação paciente evolui com aumento de interação, acordado, respondendo a estímulos motores com mais vigor. Além disso, paciente evolui com retirada da sonda nasogástrica e nutrição oral. No 9º dia de internação, recebe alta hospitalar, com prescrição dos seguintes fármacos: Bromidrato de Vortioxetina 10mg/dia e Olanzapina 5mg com 2 comprimidos à noite. Além de acompanhamento com psiquiatra em serviço especializado.

7 DISCUSSÃO

O diagnóstico da catatonía mostra-se complexa visto que se apresenta por meio de sintomas específicos e não específicos, além da necessidade de excluir outras condições, ser uma patologia rara e por isso haver uma falta de familiaridade dos profissionais de saúde. A catatonía apresenta como uma síndrome clínica/psicomotora associada a diversas condições psiquiátricas, caracterizada por anormalidades comportamentais que podem incluir imobilidade ou excitação motora, negativismos profundo, ecolalia e ecopraxia (WALTHER et al., 2019). Dessa forma, a necessidade de mais pesquisas e relatos sobre o tema revela-se de suma importância acadêmica e prática.

O estado catatônico mesmo sendo uma condição incomum na população psicologicamente saudável, é de grande importância em pacientes com doenças primárias do humor ou transtornos psicóticos avançados, levando em consideração uma prevalência que nos mostra que dos 25% a 50% dos pacientes internados por problemas de transtorno de humor, aproximadamente 10% vão apresentar estado catatônico ou esquizofrenia (KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Eds). Por essa razão o diagnóstico de catatonía é clínico e multidisciplinar, realizado por meio de critérios diagnósticos da Escala de Classificação Bush Francis Catatonía (BFCRS) e os critérios do DSM-5 que vão avaliar quadro clínico (NUNES et al., 2017) the Bush-Francis Catatonía Screening Instrument (BFCSI, evidências na história e exame físico; Alguns sintomas e sinais como estupor, catalepsia, mutismo, negativismo, maneirismo, caretas, ecolalia, ecopraxia, agitação,

entre outros; Vale ressaltar sinais patognomônicos como verborragia e flexibilidade cérea, úteis para o diagnóstico. Exames complementares possuem importância para descarte de diagnósticos diferenciais de catatonia, como rastreio infeccioso por meio de exames laboratoriais para afastar causas orgânicas, exames de imagem como Tomografia Computadorizada para afastar acidente vascular encefálico, ressonância magnética para afastar encefalites e meningites, juntamente ao exame de coleta de liquor cefalorraquidiano. Uma vez descartada a possibilidade dos diagnósticos diferenciais, a permanência do quadro com sinais e sintomas clínicos torna possível o diagnóstico de catatonia.

Devido à incapacidade do paciente que apresenta catatonia cuidar de si mesmo, é de suma importância o suporte clínico com uma abordagem multidisciplinar contando com equipes de clínica médica, neurologia, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia e nutrição. A principal terapêutica é identificar a etiologia do estado catatônico e corrigir a causa subjacente, benzodiazepínicos podem melhorar os sintomas de forma temporária, outra técnica que se mostra eficiente é a eletroconsulvoterapia (ECT), que possui mecanismo de eficácia ainda desconhecido, porém indicado para paciente com catatonia refratária e com risco de evolução para quadros letais (LLOYD et al., 2020) common syndrome of motoric and behavioral dysfunction, which carries high morbidity and mortality. Electroconvulsive therapy (ECT).

Levando em consideração a realidade e as limitações do serviço único de saúde (SUS) vivenciado no Hospital São João Batista, foi empregado de maneira empírica o fármaco bromidrato de vortioxetina que consiste em um inibidor da recaptação da serotonina aumentando a disponibilidade do neurotransmissor na fenda sináptica (BANG-ANDERSEN et al., 2011). A serotonina modula diversos processos comportamentais humanos, como ansiedade, sono e humor, logo, inibir a recaptação da serotonina interfere de forma positiva no paciente com efeitos ansiolíticos, antidepressivos e melhora da função cognitiva. A evolução do quadro foi visível, porém não existe embasamento suficiente para se afirmar a melhora do quadro de catatonia relatado como resultado da ação do Bromidrato de Vortioxetina ou se houve uma melhora espontânea.

Portanto, fica clara a necessidade de ampliar o conhecimento quanto a fisiopatologia e tratamento por meio de mais pesquisas e estudos a respeito da patologia catatonia afim de deixar menos complexa o manejo clínico, além de aumentar a familiaridade dos profissionais de saúde com a síndrome, visto que é rara.

8 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. Assinale a alternativa correta a cerca do tema catatonia:
 - a) Apenas os psiquiatras têm a capacidade de diagnosticar catatonia.
 - b) O tratamento requer múltiplas intervenções simultâneas que abrangem diferentes aspectos de saúde do paciente.
 - c) A catatonia é exclusivamente uma condição psicológica, sem implicação física.
 - d) Terapias alternativas são o suficiente para tratar a catatonia sozinhas.
2. Diante de um paciente com diagnóstico de catatonia que não melhora com o tratamento inicial com benzodiazepínicos, qual seria a próxima opção terapêutica mais indicada?
 - a) Suspender todos os medicamentos e observar.

- b) Iniciar tratamento com um antipsicótico atípico de forma isolada.
- c) Introduzir amantadina ou memantina.
- d) Realizar eletroconvulsoterapia (ECT).

3. 3) Explique a importância da abordagem multidisciplinar no manejo de pacientes com catatonia, detalhando como cada especialidade pode contribuir para o tratamento e recuperação do paciente.

Respostas

1) Letra b: O tratamento requer múltiplas intervenções simultâneas que abrangem diferentes aspectos de saúde do paciente.

Letra d: Realizar eletroconvulsoterapia (ECT).

2) A abordagem multidisciplinar é crucial no manejo de pacientes com catatonia devido à complexidade da condição, que afeta tanto a saúde física quanto mental. Cada especialidade contribui de forma única: Psiquiatria: Lidera o diagnóstico e manejo farmacológico, prescrevendo medicamentos e considerando a eletroconvulsoterapia (ECT) em casos refratários; Clínica Médica: Monitora condições físicas e gerencia complicações como desidratação, desnutrição e úlceras de pressão; Neurologia: Exclui causas neurológicas como encefalite e AVC através de exames clínicos e de imagem; Psicologia: Fornece suporte emocional e terapias comportamentais; Fonoaudiologia: Avalia e trata dificuldades de comunicação e deglutição; Nutrição: Garante nutrição adequada para prevenir desnutrição; Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Mantém a mobilidade e previne complicações físicas decorrentes da imobilidade.

3) Esta abordagem integrada aborda todos os aspectos da saúde do paciente, promovendo uma recuperação completa e coordenada

REFERÊNCIAS

BANG-ANDERSEN, B. et al. Discovery of 1-[2-(2,4-dimethylphenylsulfanyl)phenyl]piperazine (Lu AA21004): a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder. *Journal of Medicinal Chemistry*, v. 54, n. 9, p. 3206–3221, 12 maio 2011. Disponível em: <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/jm101459g>

KAPLAN, H.I; SADOCK,B.J. (Eds). Compêndio de Psiquiatria Clínica – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9^a edição. Porto Alegre:Artmed,2007.

LLOYD, J. R. et al. Electroconvulsive Therapy for Patients with Catatonia: Current Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 16, p. 2191–2208, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33061390/>

NUNES, A. L. S. et al. Development and validation of the Bush-Francis Catatonia Rating Scale – Brazilian version. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 75, p. 44–49, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/6PSXJWM3GZCtvxsPR4GCY5d/?lang=en>

WALTHER, S. et al. Structure and neural mechanisms of catatonia. *The lancet. Psychiatry*, v. 6, n. 7, p. 610–619, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31196794/>