

## Catatonía como uma síndrome inespecífica\*

Sidnei S. Schestatsky<sup>1</sup>, Alice Cacilhas<sup>2</sup>, Édson Cechin<sup>2</sup>, Fernando M. Schneider<sup>3</sup>,  
Anahy F.D. Fonseca<sup>4</sup> e Maria C. Garcia<sup>5</sup>

A literatura especializada internacional tem acumulado evidências de que os sintomas catatônicos, por muito tempo considerados patognomônicos de um subtipo de esquizofrenia, podiam ter variadas etiologias. O presente trabalho trata de revisar, retrospectivamente, os diagnósticos finais de diversos casos internados na UIP-HCPA, nos últimos três anos, com diagnóstico inicial de síndrome catatônica ou diagnóstico final de esquizofrenia catatônica. Os achados confirmam a impressão atual de que a catatonía é uma síndrome inespecífica e não restrita à esquizofrenia.

### *Catatonía as an inespecific syndrome*

Cummulated evidences have appeared in the international literature pointing out that the catatonic symptoms — for long time considered as a pathognomonic of a subtype of schizophrenia — could have different etiologies. This paper reviews — retrospectively — the initial and final diagnosis of patients hospitalized in the Psychiatric Inpatient Unit of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, for the last three years. The findings confirm the present conceptualization of catatonía as an inespecific syndrome, neither restricted nor predominant to schizophrenia.

Palavras-chaves: *Catatonía; Esquizofrenia catatônica; Transtorno afetivo.*

Key words: *Catatonía; Catatonic schizophrenia; Affective disorder.*

## INTRODUÇÃO

O DSM-III coloca a catatonía como subtipo de esquizofrenia que tem como achados predominantes pelo menos um dos seguintes sintomas: estupor ou mutismo, negativismo, rigidez, excitação ou postura catatônica. A

\* Trabalho realizado na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UIP-HCPA) e apresentado na Sessão de Temas Livres do I Congresso de Psiquiatria da Região Sul, agosto de 1987.

1. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, médico responsável pela UIP-HCPA.
2. Médicos Residentes (R<sub>1</sub>) de Psiquiatria do HCPA.
3. Médico graduado pela Faculdade de Medicina da UFRGS.
4. Doutoranda da Faculdade de Medicina da UFRGS, monitora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.
5. Doutoranda da Faculdade de Medicina da UFRGS.

característica essencial é uma perturbação psicomotora, que pode ou não apresentar estereotípias, maneirismos ou flexibilidade cêrea (APA, 1986).

Desde a descrição clássica da esquizofrenia por Kraepelin, no final do século passado, a síndrome catatônica esteve quase que exclusivamente associada a um dos seus subtipos básicos (junto com a paranóide e a hebefrênica). Ainda em 1985, LEHMANN e CANCRO, em extensa revisão sobre os quadros clínicos esquizofrênicos para a última edição do prestigiado *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, não fazem mais que breve menção sobre a possível inespecificidade da síndrome catatônica. Mas os últimos anos têm trazido numerosos trabalhos apontando dois fatos principais: a diminuição da incidência do tipo catatônico de esquizofrenia e a crescente identificação de outras etiologias variadas para esta síndrome, entre elas, principalmente, as doenças afetivas. O presente trabalho pretende examinar a apresentação das síndromes catatônicas nas 816 internações na UIP-HCPA nos últimos três anos (1984-1987), comparando-as com achados recentes da literatura especializada.

## MATERIAL E MÉTODOS

Revisou-se o registro de todos os pacientes internados no período de 01/05/1984 a 30/04/1987 na UIP-HCPA, uma unidade psiquiátrica com 22 leitos, localizada em hospital geral escola. Estudaram-se, então, retrospectivamente, os oito prontuários dos pacientes cujo diagnóstico inicial na internação fora de síndrome catatônica ou cujo diagnóstico final fora esquizofrenia catatônica. Tabularam-se os sintomas que apresentavam, os tratamentos realizados e os diagnósticos formulados. Acrescentaram-se, como ilustração, breves vinhetas clínicas de três casos.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de oito pacientes (Tabela 1), quatro homens e quatro mulheres, com idades variando entre 18 e 44 anos (idade média de 28 anos). A síndrome diagnosticada como catatonía nos casos estuda-

TABELA 1 — Dados da amostra.

Caso	Sexo	Idade	Cor	Estado civil
1	Masculino	19 anos	Branca	Solteiro
2	Masculino	32 anos	Branca	Solteiro
3	Feminino	26 anos	Branca	Solteira (com companheiro)
4	Masculino	43 anos	Branca	Solteiro
5	Feminino	19 anos	Branca	Solteira
6	Masculino	18 anos	Branca	Solteiro
7	Feminino	23 anos	Branca	Solteira
8	Feminino	44 anos	Mista	Casada

TABELA 2 — Sintomas (DSM-III) dos pacientes estudados

Sintoma	Caso								%
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Estupor e mutismo	x	x	x	x	x	x	x	x	100
Negativismo	x		x	x		x	x	x	75
Rigidez	x								12,5
Excitação	x					x			25
Postura	x	x	x		x		x	x	75

TABELA 3 — Sintomas (Gelenberg) dos pacientes estudados.

Sintoma	Caso								%
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Postura	x		x		x				37,5
Mutismo	x	x	x	x	x	x	x	x	100
Estupor	x			x	x				37,5
Maneirismos									—
Estereotípi						x			12,5
Negativismo	x		x	x		x	x	x	75
Ambitendência									—
Excitação	x				x	x			37,5
Ecopraxia									—
Ecolalia									—
Obediência automática		x							12,5

dos incluía pelo menos dois dos sintomas exigidos pelo DSM-III e por GELENBERG (1976) (Tabelas 2 e 3).

Os diagnósticos (com os presumíveis fatores etiológicos associados) estão demonstrados na Tabela 4.

Evidencia-se que 50% dos casos eram de desordens afetivas (37,5% de bipolar e 12,5% de unipolar), enquanto o restante se distribuía entre esquizofrenia catatônica (25%), desordem de personalidade (12,5%) e síndrome cerebral orgânica (12,5%). Em dois casos (casos 7 e 8) os sintomas regrediram em questão de dias, sem nenhum tratamento. Dois casos (casos 2 e 5) necessitaram de duas sessões de ECT para terem seus sintomas rapidamente esbatidos; em um caso (caso 6), o paciente obteve me-

TABELA 4 — Diagnósticos inicial e final dos pacientes estudados.

Caso	Diagnóstico		%
	Inicial	Final	
1	Estupor catatônico	Transtorno afetivo bipolar	37,5
2	Estupor depressivo	Transtorno afetivo bipolar	
3	Síndrome catatônica	Transtorno afetivo bipolar	
4	Estupor depressivo	Depressão maior e transtorno de personalidade histriônico	12,5
5	Estupor catatônico	Esquizofrenia catatônica	25,0
6	Esquizofrenia paranóide e deficiência mental	Esquizofrenia catatônica	
7	Síndrome catatônica	Intoxicação ciproheptadina e deficiência mental	12,5
8	Síndrome catatônica	Transtorno de personalidade histriônico-paranóide	12,5

TABELA 5 — Tratamento para remissão sintomática dos pacientes.

Tratamento	Caso							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Neurolépticos	x		x		x	x		
Lítio		x						
Antidepressivos		x		x				
ECT		x			x	x		
Nenhum							x	x

lhora parcial após uma sessão de ECT. Três casos de doenças afetivas necessitaram, respectivamente, de neurolépticos (casos 1 e 3) e antidepressivos (caso 4) para resolução do quadro (Tabela 5).

Seguem três vinhetas ilustrativas:

**Caso 1:** G.C., 19 anos, sexo masculino, solteiro, internou-se na UIP-HCPA porque havia uma semana apresentava-se em mutismo, negativismo, alimentando-se pouco, com rigidez muscular, flexibilidade cérea, intercalando períodos de agitação com estupor catatônico. Os exames laboratoriais revelaram um hemograma infeccioso e EQU com intensa bacteriúria. Os demais exames eram normais. Após 15 dias de internação com uso de antipsicóticos, saiu do estupor catatônico. A partir de então passou a referir alucinações auditivas, delírios de perseguição, dismnésia, bloqueio de pensamento, idéias delirantes de referência. O diagnóstico na alta foi de

transtorno esquizofreniforme tipo catatônico ou indiferenciado. Tinha história familiar de esquizofrenia (pai e mãe). Um ano após este episódio, G. reinternou-se no HCPA em surto maníaco. Recebeu carbonato de lítio com remissão completa do quadro. Diagnóstico final: transtorno afetivo bipolar.

**Caso 5:** G.A.S., 19 anos, sexo feminino, solteira, internou-se com um quadro de estupor catatônico que durava sete meses e que se iniciou durante o último trimestre de gestação. Havia dois anos teve duas internações psiquiátricas com quadro semelhante. Na baixa apresentava-se em mutismo, com olhar fixo no entrevistador, sorrisos esporádicos e ausência de movimentos espontâneos. Os exames laboratoriais revelaram bacteriúria intensa (cultura positiva para *Proteus vulgaris*). Para tratamento do estupor catatônico fizeram-se duas sessões de ECT, sendo que após a primeira a paciente fez um quadro de agitação que piorou com a administração de carbonato de lítio (900 mg/dia): iniciou com alucinações auditivas e visuais e idéias delirantes de morte e ruína. Voltou a entrar em catatonia e fez a segunda sessão de ECT seguida de uso de haloperidol (10 mg/dia), tendo os sintomas esbatidos. Recebeu alta com diagnóstico de esquizofrenia tipo catatônico.

**Caso 7:** A.R.T., 23 anos, sexo feminino, solteira, chegou à internação apresentando um quadro de mutismo, negativismo, imobilismo, perda de controle esfinteriano e tendo de ser alimentada pelos familiares. Na história, relato de ingestão, cinco dias antes, de cinco vidros de Peridex, num total de 360 ml de xarope (160 mg de cipro-heptadina). Os sintomas iniciais foram confusão, desorientação, alucinações visuais e auditivas, ideação e conduta paranóide, que evoluíram para o quadro catatônico da internação. Durante a internação, permaneceu em observação, sem qualquer medicação, por seis dias, quando rapidamente todos os sintomas começaram a regredir. Deu alta assintomática, com diagnóstico de deficiência mental limítrofe e síndrome cerebral orgânica aguda por intoxicação pela cipro-heptadina.

## COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO

Entre as causas mais comuns de catatonia citadas na literatura estão as neurológicas, psiquiátricas, metabólicas, tóxicas e farmacológicas (Quadro 1) (ABRAMS e TAYLOR, 1976; GELENBERG, 1976; GOLDMAN, 1984; JENSEN, 1984; JOHNSON, 1984; JOSEPH e col., 1985; LEHMANN e CANCRO, 1985; LINN, 1984; PELLEGRINI, 1984; RIES, 1985; TAYLOR e ABRAMS, 1977).

A incidência de catatonia (e de esquizofrenia catatônica) tem diminuído nas últimas décadas. CHANDRA-

QUADRO 1 — Etiologia da síndrome catatônica.

Neurológicas	Désordens em gânglios basais, diencéfalo, sistema límbico e lobos temporais, tronco cerebral e vermis cerebelar Encefalite viral Trauma cerebral difuso Epilepsia Encefalopatia de Wernike
Psiquiátricas	Esquizofrenia Doenças afetivas Histeria/simulação
Metabólicas	Cetoacidose diabética Hipercalemia Encefalopatia hepática Pelagra Porfíria
Tóxicas	Álcool etílico Anfetaminas Fluorados orgânicos Gás de iluminação
Farmacológicas	Aspirina Lítio Fenotiazinas de liberação lenta Valproato de sódio ACTH Flufenazina

SENA (1986) sugere que o uso de neurolépticos é responsável pela menor incidência de esquizofrenia catatônica em países desenvolvidos (comparada à incidência em países subdesenvolvidos). JOHNSON (1984) atribui ao uso de fenotiazinas e à melhora no manejo dos pacientes a redução na ocorrência de estados catatônicos. A frequência de estupor depressivo, que também tem se reduzido, é atribuída por este mesmo autor à terapia com antidepressivos e ao ECT, que evitam a piora dos quadros a este ponto. WILCOX e NASRALLAH (1986), em um estudo retrospectivo, sugerem que há associação entre algumas formas de catatonia e injúria cerebral na infância, e que a mudança na epidemiologia da catatonia está relacionada à melhora no estado de saúde geral de crianças nos últimos 50 anos, sendo este — segundo os referidos autores — um fator mais importante que a introdução de terapias psicofarmacológicas. Tal teoria, porém, requer mais estudos, conforme sugerem os próprios autores e FREEDMAN (1987).

Em muitos trabalhos, a doença afetiva surge como importante etiologia da catatonia (Quadro 2).

ABRAMS e TAYLOR (1976), estudando 55 pacientes catatônicos, encontraram como doenças subjacentes a doença afetiva (71% dos casos), a doença cerebral orgânica (16%), a esquizofrenia (7%) e psicose reativa (5%). JOHNSON (1984), estudando 25 pacientes inter-

QUADRO 2 — Dados de bibliografia.

Autor	Ano	Amostra	Resultados
Joyston-Bechal	1966	100 pacientes	Esquizofrenia: 35% Doenças afetivas: 28% Doenças orgânicas: 20% Outros: 17%
Abrams e Taylor	1976	55 pacientes	Esquizofrenia: 7% Doenças afetivas: 71% Doenças orgânicas: 16% Outros: 6%
Johnson	1984	23 pacientes	Esquizofrenia: 16% Doenças afetivas: 40% Doenças orgânicas: 40% Outros: 4%
Altshuler	1986	22 pacientes	Esquizofrenia: 27% Doenças afetivas: 23% Doenças orgânicas: 18% Outros: 32%

nados em estupor, encontrou depressão em 40% dos casos, causas orgânicas em outros 40%, esquizofrenia ou psicose reativa em 16% dos pacientes e causas psicogênicas em 4% da amostra. ALTSHULER e col. (1986), estudando 22 pacientes com mutismo, diagnosticaram esquizofrenia em seis (27%), doença afetiva ou psicose atípica com achados paranóides em cinco (23%) cada uma, doença cerebral orgânica em quatro (18%) e quadro tóxico e síndrome orgânica delirante em um paciente (4,5%) cada um. O mesmo autor, citando Joyston-Bechal, refere estudo em 100 pacientes com estupor, dos quais 35% eram esquizofrênicos, 28% eram deprimidos, 20% tinham desordens orgânicas, 10% apresentavam perturbações neuróticas e 7% tinham diagnóstico incerto.

Quando se examinam os achados sobre os pacientes internados nos últimos três anos na UIP-HCPA, as tendências encontradas na literatura mundial parecem confirmar-se: a diminuição de quadros catatônicos em geral (oito pacientes em 816), a diminuição da apresentação esquizofrênica (dois com diagnóstico definitivo) e a principal incidência de desordens afetivas subjacentes à síndrome (50% da amostra). Também se confirma na nossa amostra, portanto, a etiologia variada da síndrome (doença afetiva, esquizofrenia, desordens de personalidade, síndrome cerebral orgânica) e, assim, sua inespecificidade.

Coerente com esta inespecificidade e com os quadros clínicos diferentes a ela associados, também houve diversidade nas intervenções terapêuticas que os pacientes tiveram: neurolépticos, lítio, antidepressivos, ECT. Finalmente, é importante ressaltar que, por ser a UIP-HCPA uma unidade psiquiátrica em hospital geral, para internações breves e com limitação na internação de quadros com esquizofrenia crônica, é possível que os casos de ca-

tatonia estejam subrepresentados. Ressalta-se, no entanto, que todos os trabalhos consultados foram realizados em grandes hospitais psiquiátricos, com resultados semelhantes.

## CONCLUSÃO

Dado o fato de que a principal função do diagnóstico médico é possibilitar o estabelecimento de um plano eficaz e de uma adequada previsão prognóstica, vê-se a importância de se estar atento às crescentes evidências da inespecificidade da síndrome catatônica. Levando-se em conta a alta mortalidade desta síndrome (16% segundo JOHNSON), e mesmo a sua morbidade, torna-se imprescindível a obtenção de uma cuidadosa história clínica seguida de não menos detalhada investigação laboratorial-clínica de cada paciente catatônico. O mesmo JOHNSON, por exemplo, sugere como essenciais radiografias de crânio e tórax, *screening* bioquímico e hematológico, eletroencefalograma e tomografia computadorizada cerebral, desde que se suspeite de etiologias orgânico-cerebrais associadas. Outros autores mencionam a possibilidade de se realizar o teste de supressão da dexametasona para discriminar os casos de catatonia ligados a desordens afetivas (GREDEN e CARROLL, 1979), enquanto se tem usado também a entrevista com amital sódico para se diferenciar doença orgânica de funcional (ALTSHULER e col., 1986; GELENBERG, 1976; JOHNSON, 1984; PELLEGRINI, 1984; PERRY e JACOBS, 1982).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS, R. e TAYLOR, M.A. (1976). "Catatonia — A prospective clinical study". *Archives of General Psychiatry* 33: 579-581.
2. ALTSHULER, L.L. et al. (1986). "Mutism: Review, differential diagnosis, and report of 22 cases". *American Journal of Psychiatry* 143: 1409-1414.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1986). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*. 3.ª ed. Ed. Port. de Livros Técnicos e Científicos, Lisboa.
4. CHANDRASENA, R. (1986). "Catatonic schizophrenia: A international comparative study". *Canadian Journal of Psychiatry* 31: 249-252.
5. FREEDMAN, I. (1987). "Organic factors in catatonia" (letter). *British Journal of Psychiatry* 150: 562.
6. GELENBERG, A.J. (1976). "The catatonic syndrome". *Lancet* i: 1339-1341.
7. GOLDMAN, H.H. (1984). *Review of General Psychiatry*. Lange Medical Publ., Los Altos.
8. GREDEN, J.F. e CARROLL, B.J. (1979). "The dexamethasone suppression test as a diagnostic aid in catatonia". *American Journal of Psychiatry* 136: 1199-1200.
9. JENSEN, P.S. (1984). "Case report of conversion catatonia: Indi-

- cation for hypnosis". *American Journal of Psychotherapy* 38: 566-570.
10. JOHNSON, J. (1984). "Stupor: A review of 25 cases". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 70: 370-377.
11. JOSEPH, A.B. et al. (1985). "Brainstem and vermis atrophy in catatonia". *American Journal of Psychiatry* 142: 352-354.
12. LEHMANN, H.E. e CANCRO, R. (1985). "Schizophrenia: Clinical features". In: H.I. Kaplan e B.J. Sadock (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4th ed. Williams & Wilkins, Baltimore.
13. LINN, L. (1984). "Intravenous sedatives and catatonia" (letter). *American Journal of Psychiatry* 141: 1135-1136.
14. PELLEGRINI, A.J. (1984). "The amytal interview in the diagnosis of late psychosis with cultural features presenting as catatonic stupor". *Journal of Nervous and Mental Disease* 172: 502-504.
15. PERRY, J.C. e JACOBS, D. (1982). "Overview: Clinical applications of the amytal interview in psychiatric emergency settings". *American Journal of Psychiatry* 139: 552-559.
16. RIES, R.K. (1985). "DSM-III implications of the diagnoses of catatonia and bipolar disorder". *American Journal of Psychiatry* 142: 1471-1474.
17. TAYLOR, M.A. e ABRAMS, R. (1977). "Catatonia — Prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness". *Archives of General Psychiatry* 34: 1223-1225.
18. WILCOX, J.A. e NASRALLAH, H.A. (1986). "Organic factors in catatonia". *British Journal of Psychiatry* 149: 782-784.

---

Sidnei S. Schestatsky  
Travessa Tuiuti, 88/305  
CEP 90050 Porto Alegre — RS  
BRASIL

---