

DISTONIA PSICOGÊNICA

RELATO DE DOIS CASOS

ANTONIO PEDRO VARGAS, FRANCISCO JAVIER CAROD-ARTAL*,
MARIA CRISTINA DEL NEGRO*, MAIRA PINTO CAUCHIOLI RODRIGUES**

RESUMO - Desordens de movimento raramente podem ser devidas a distúrbios psiquiátricos. A distonia psicogênica caracteriza-se pela inconsistência dos achados, presença de fatores precipitantes, manifestar-se inicialmente nos membros inferiores, associar-se a dor, a outros movimentos anormais incomuns e a somatizações múltiplas. Descrevemos duas pacientes com diagnóstico de distonia psicogênica clinicamente estabelecida. Paciente 1, feminina, apresentou episódio súbito de perda de força dos quatro membros, evoluiu com distonia nos pés, laterocolo alternante, tremor generalizado, irregular, e hipertonia dos membros inferiores que desapareciam a distração; a avaliação psicológica evidenciou depressão, hipocondria, transtorno obsessivo. Paciente 2, feminina, há nove anos começou a ter tremor irregular nos membros inferiores, que desaparecia com a distração, e distonia no pé esquerdo associada a dor; progressivamente perdeu a marcha; a avaliação psicológica revelou comportamento infantilizado, com baixa tolerância a frustração, impulsividade e auto-agressão. Os exames complementares de ambas não mostraram alterações e a resposta ao tratamento farmacológico foi nula. Distonia raramente é de origem psicogênica. A inconstância e a incongruência com o quadro clássico, associadas a outras somatizações ou a distúrbios psiquiátricos, sugerem o diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: distonia, desordem de movimento psicogênica, distúrbio somatoforme.

Psychogenic dystonia: report of two cases

ABSTRACT - Movement disorders have rarely been the result of psychiatric disturbances. Psychogenic dystonia is characterized by inconsistent findings, a known precipitant factor, onset in legs, pain, multiple somatizations and incongruent association with other movement disorders. We report two patients with clinically established psychogenic dystonia. Patient 1: a female that presented sudden loss of strength in her four limbs; she developed feet dystonia, alternant laterocollis, generalized and irregular tremor, and limb hypertonia that disappeared with distraction; psychological examination showed severe depression, hypochondria and obsessive disorder. Patient 2: a female that presented with irregular limb tremors that disappeared with distraction and left foot dystonia nine years ago; she gradually lost her walk capacity; she complained pain in lumbar area and in her left limb, psychological examination showed infantile behaviour, low frustration tolerance, impulsivity and self-aggression. Their complementary exams showed no alterations and they had no response to specific pharmacological treatment. Dystonia is rarely psychogenic, but this etiology is suggested when clinical characteristics are inconsistent and incongruous with a classical disorder. It should be part of differential diagnosis when appears in association with other somatization or psychiatric disorders.

KEY WORDS: dystonia, psychogenic movement disorders, somatoform disorders.

Distonia é um distúrbio de movimento caracterizado por contrações musculares relativamente lentas, sustentadas, causando espasmos, movimentos repetitivos e posturas anormais, que podem acometer tanto a musculatura apendicular quanto a axial, de forma focal, segmentar ou generalizada¹.

*Serviço de Neurologia, Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor: Hospital SARAH Brasília-DF, Brasil. Aceite: 6-março-2000.

Dr Antonio Pedro Vargas - Serviço de Neurologia, Hospital do Aparelho Locomotor SARAH, SMHS Quadra 301, Conjunto B, Edifício Pioneiras Sociais - 70334-900 Brasília DF - Brasil.

A distonia se apresenta como contrações de músculos agonistas e antagonistas. Em relação à etiologia, as distonias primárias predominam, e nelas nenhuma alteração estrutural ou bioquímica pode ser encontrada, seja em vida ou em exame post mortem, apesar de haver um padrão hereditário em muitos casos². Cerca de 25% são secundárias a diversas patologias do sistema nervoso central, como doença de Wilson, doença de Hallervorden-Spatz, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações por manganês, drogas, etc³.

Distúrbios de movimento raramente podem ser atribuídos a desordens psiquiátricas. Verificou-se que 3,3% dos pacientes com distúrbios de movimento tinham causa psicogênica documentada ou clinicamente estabelecida⁴. A prevalência varia de 1% a 2,9%^{4,5}. Existem diversos critérios que permitem caracterizar distúrbios de movimento como psicogênicos, mas tal diagnóstico é mais difícil em relação à distonia⁶. Pacientes com distonia de torção idiopática são diagnosticados frequentemente como tendo um distúrbio primariamente psicogênico^{6,7}, provavelmente devido à natureza bizarra das posturas e dos movimentos, à melhora não usual através de gestos antagônicos (“truques sensoriais”), ao comprometimento de determinadas ações, com a capacidade de realizar outras com o membro afetado, e a ocasional remissão espontânea dos sintomas, especialmente em casos de torcicolo espasmódico^{8,9}. Por outro lado, existem critérios, os mais usados propostos por Fahn e Willians, em 1988¹⁰, que permitem o diagnóstico de distonia psicogênica. Estes critérios se baseiam na inconsistência dos achados clínicos, na apresentação de um fator precipitante, na manifestação inicial nos membros inferiores, na associação a dor e a outros movimentos anormais incomuns, a somatização múltipla, e a patologias psiquiátricas. Deve ser sempre um diagnóstico de exclusão.

Descrevemos duas pacientes que preenchem os critérios para o diagnóstico de distonia psicogênica clinicamente estabelecida.

MÉTODO

As pacientes, do sexo feminino, foram internadas na enfermaria do Serviço de Neurologia do Hospital SARAH. A avaliação psicológica consistiu de entrevista estruturada, aplicação do Inventário de Beck para depressão e do MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota). Na Paciente 2 foi realizada avaliação cognitiva, utilizando-se o Teste de Raven para Adultos e a Escala Columbia de Maturidade Mental.

As causas secundárias de distonia foram excluídas pela realização dos seguintes exames laboratoriais: hemograma, VHS, pesquisa de acantócitos no sangue periférico, dosagem de hexosaminidase, b-galactosidase e arilsulfatase A, glicemia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, ionograma, coagulograma, ceruloplasmina, eletroforese de proteínas séricas, VDRL, ELISA anti-HIV, pesquisa de fator reumatóide, FAN, alfafetoproteína, exame de bioquímica e do sedimento urinário, excreção de cobre na urina de 24 horas. Realizou-se punção lombar com análise do líquido cefalorraquidiano (LCR): proteínas, glicose, citometria, citomorfologia, eletroforese de proteínas, pesquisa de bandas oligoclonais, imunoglobulinas e índice de síntese intratecal de imunoglobulinas, VDRL. Foram feitos também potenciais evocados motor, somatossensitivo, auditivo e visual, eletroencefalograma (EEG), eletromiografia e estudo da condução nervosa, radiografia de tórax e de coluna vertebral, tomografia computadorizada (TC) de crânio, e ressonância magnética (RM) 1,5 tesla de encéfalo e medula. As pacientes também foram submetidas ao exame oftalmológico com lâmpada de fenda para pesquisar anel de Kayser-Fleischer.

O diagnóstico de distonia psicogênica foi baseado na negatividade dos exames complementares relatados e na incongruência e inconsistência dos achados clínicos, com o suporte da avaliação psicológica, de acordo com os critérios de Fahn e Willians¹⁰ (Tabela 1).

Observações Clínicas

Paciente 1. Trata-se de paciente feminina de 39 anos, solteira, com curso superior completo, digitadora, com antecedentes, há cinco anos, de dor na região cervical, de forte intensidade, com irradiação para os membros superiores e parestesias nas mãos, sem resposta favorável ao tratamento farmacológico e pela medicina física. O exame neurológico e os diversos exames complementares não mostraram alterações. Há 10 meses apresentou episódio súbito de perda da força nos quatro membros, que fora precedido por cefaléia occipital, calafrios e tremores. A paciente ficou restrita ao leito e evoluiu com distonia em ambos os pés, sendo então internada. Teve-se a impressão diagnóstica de esclerose múltipla, tendo sido submetida a corticoterapia por 48 horas, sem sucesso. A propedêutica não confirmou o diagnóstico e a paciente continuou piorando, sendo, então, transferida para o

Tabela 1. Critérios diagnósticos das desordens de movimento de origem psicogênica segundo Fahn e Williams¹⁰.

A- Desordem de movimento psicogênica documentada.

Os sintomas devem ser aliviados completamente pela psicoterapia, pela sugestão, incluindo fisioterapia, ou pela administração de placebos ou o paciente deve ser surpreendido livre dos sintomas quando deixado sozinho supostamente não observado.

B- Desordem de movimento psicogênica estabelecida clinicamente.

A condição é inconsistente no tempo e incongruente com a desordem de movimento clássica e há manifestações adicionais sugerindo origem psicogênica. Estas incluem:

- 1- outros sinais neurológicos definitivamente psicogênicos como falsa parestesia, falsas alterações sensoriais, injúrias auto-infligidas;
- 2- múltiplas somatizações;
- 3- distúrbios psiquiátricos óbvios;
- 4- desaparecimento da desordem de movimento com distração;
- 5- lentidão exagerada dos movimentos, aparentemente proposital.

C- Desordem de movimento provavelmente psicogênica.

Esta categoria inclui quatro subcategorias:

- a- Os movimentos são inconsistentes ou incongruentes, mas não há outras características que apoiem o diagnóstico de distonia psicogênica.
- b- Os movimentos são consistentes e congruentes com desordem orgânica, mas desaparecem com a distração ou de uma forma não esperada para uma patologia orgânica.
- c- Os movimentos são consistentes e congruentes, mas outros sinais neurológicos psicogênicos estão presentes.
- d- Os movimentos são consistentes e congruentes, mas somatizações múltiplas estão presentes.

D- Desordem de movimento possivelmente psicogênica.

Há suspeita de que a desordem de movimento seja psicogênica devido a associação com distúrbio emocional óbvio, mas não há nenhuma outra característica ou desordem psiquiátrica formal. Os movimentos são consistentes e congruentes com as síndromes orgânicas.

nosso serviço. O exame neurológico na admissão revelou distonia em ambos os pés, caracterizada por postura fixa em hiperinversão e hiperflexão plantar, e hiperflexão dos dedos, sobretudo dos háluxes (Figs 1 e 2), laterocolo alternante associado a tremor cuja frequência e intensidade diminuíam (e até desaparecia) com a distração e aumentava quando observada e tetraparesia inconsistente, com uma “hipotonia” dos membros superiores e uma “hipertonía” dos membros inferiores, que podia ser caracterizada por resistência significativa a movimentos passivos, que dava a impressão de contração muscular ativa, ou voluntária. Ela não era capaz de contrair os mesmos músculos ao comando, mas contraía os antagonistas. Com a distração, a paciente relaxava a musculatura, e assim conseguia-se a mobilização passiva do membro “hipertônico”. A paciente apresentava lentidão extrema para realizar movimentos voluntários e diversas manobras, como, por exemplo, o “teste dedo/nariz”, incompletos. Entretanto, se mostrava capaz de realizar outras tarefas, como, por exemplo, escrever e se alimentar, evidenciando o controle seletivo de determinados movimentos de acordo com a vontade ou os seus interesses. Apesar de não ter sido documentado, observou-se movimentação ativa dos membros distônicos, quando distraída. Referia-se a episódios de dor incomum e a alterações sensitivas sem a correspondência anatômica. O restante do exame neurológico, bem como os exames complementares realizados, não se revelaram alterados.

Tentou-se o tratamento com anticolinérgicos, levodopa, amitriptilina, clonazepam e baclofeno, sem resposta favorável. Apresentou episódio de retenção urinária, que reverteu após a suspensão dos anticolinérgicos. Começou a apresentar melhora parcial com fisioterapia, permanecendo com os pés em posição fisiológica durante as sessões.

A avaliação psicológica através de testes revelou no Inventário Beck escore 31 sugestivo de uma depressão grave, e escalas clínicas de histeria e hipocondria do MMPI com t escore > 70. Dados obtidos na entrevista indicaram sintomas positivos de ideação obsessiva e de personalidade histriônica. A paciente tem história de abuso sexual e significativa privação afetiva durante a infância. Durante esse período de sua vida até o início da adolescência, apresentava episódios recorrentes de hospitalização devido a supostas “fraturas ósseas” (aproximadamente 40) e a fraqueza em membros inferiores, tendo sido submetida a sucessivos

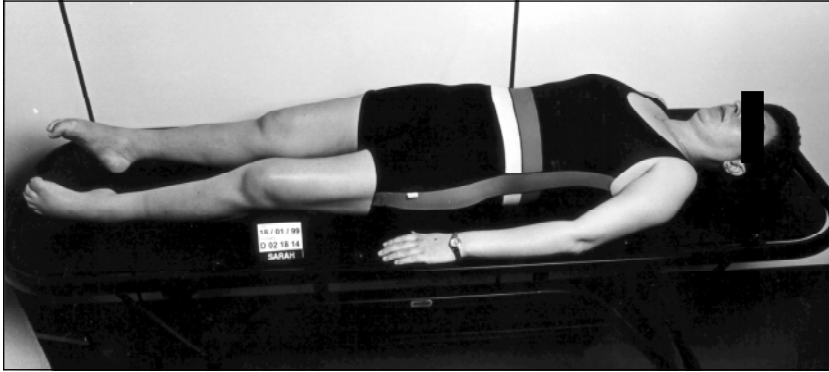


Fig 1. Paciente 1, apresentando postura distônica em ambos os pés.

tratamentos com imobilização. Aspectos relacionados a habilidades interpessoais estavam muito comprometidos, assim como sua auto-estima, utilizando-se de comportamento com padrão sedutor e tinha demanda de atenção constante dos profissionais de saúde, acarretando ganhos secundários. Demonstrou resistência em aderir a propostas de desmedicalização e desospitalização. Melhorou com a introdução de fluoxetina, com a manutenção da fisioterapia e com psicoterapia. Na avaliação 3 meses depois revelou-se sem laterocolo cervical, com normalização do tônus nos membros inferiores, com melhora na postura distônica dos pés, e já era capaz de andar, ainda que com apoio.

Paciente 2: Trata-se de paciente feminina de 24 anos, solteira, que estudou até a 5ª série do primeiro grau. Aos 15 anos de idade começou a apresentar tremor nos membros inferiores, associado a postura distônica de hiperinversão do pé esquerdo, de início súbito. Progressivamente, evoluiu com dificuldade de marcha, necessitando a princípio de apoio para deambular, e posteriormente, ficando restrita ao leito. Relatava alteração sensitiva, com diminuição da sensibilidade tátil até a região inguinal. Em questão de meses, o membro inferior esquerdo adotou a postura de flexão sustentada da perna e abdução da coxa. Começou a apresentar dor lombar e no membro inferior esquerdo, que se intensificava ao mínimo toque e às tentativas de manipulação deste membro. Aos 18 anos fora submetida a TC de coluna lombo sacra, recebendo o diagnóstico de "hérnia de disco", sendo indicada microdissectomia. Após a intervenção, houve reversão completa dos sintomas, as dores cessaram, o membro inferior e o pé esquerdo voltaram a ter posturas e mobilidades fisiológicas e a paciente era capaz de deambular normalmente. Entretanto os sintomas recorreram horas depois, após a paciente dar uma cambalhota, ficando novamente incapaz de deambular, e queixando-se de dores intensas nos membros inferiores. Houve retorno da posição fixa, distônica no pé e de flexão da perna e coxa à esquerda, e de dores lombares e nos membros inferiores,



Fig 2. Paciente 1. Distonia caracterizada por postura fixa em hiperinversão e hiperflexão plantar, e hiperflexão dos dedos, sobretudo dos háluxes.



Fig 3. Paciente 2. Postura distônica fixa no pé esquerdo, associada a flexão da perna e abdução com flexão da coxa ipsilateral.

chegando a usar opiáceos (uso por cerca de 4 anos, desenvolvendo dependência). A paciente ficou dependente dos familiares para a alimentação, para vestir-se, e para a higiene pessoal.

O exame neurológico à admissão revelou postura distônica fixa do pé esquerdo, associada a flexão da perna e a abdução com flexão da coxa ipsilateral (Fig 3). A paciente apresentava tremor irregular nos membros superiores com frequência variável, ora desencadeado por posturas sustentadas, ora pela ação, desaparecendo com a distração. Não era incapacitante, e nem constante. O tremor desapareceu espontaneamente durante a internação. A colocação de uma tala inguinopodálica no membro inferior esquerdo reverteu completamente a postura anormal. Tinha mobilidade no pé, conseguindo fletir os dedos e o pé, além de realizar a inversão e a eversão. Com a retirada da tala, havia o retorno do membro a sua posição viciosa. A paciente referia alívio da dor com a colocação da tala, e durante a internação não chegou a fazer uso de opiáceos. Queixava-se de dor forte esporádica no membro afetado, sobretudo quando frustrada ou irritada, mas raramente necessitou usar analgésicos. Apresentou alguns episódios de quedas, mas testemunhas afirmavam que a paciente se projetava ao solo; nenhuma dessas quedas resultou em traumatismo.

A propedêutica não mostrou alterações, exceto por sinais de manipulação cirúrgica em L5-S1 na ressonância magnética. Fez também estudo urodinâmico, que resultou normal.

O tratamento farmacológico mostrou-se ineficaz; fez uso de baclofeno, clonazepan, anticolinérgicos, antidepressivos e levodopa. Entretanto, apresentou melhora significativa com a fisioterapia: retornou a deambular com apoio, e com retorno a posição e a motilidade fisiológica do membro inferior esquerdo, mesmo sem a tala. Essa melhora, porém, fora restrita ao período das sessões.

As informações obtidas em entrevista realizada com a paciente e familiares evidenciaram sintomas sugestivos de hiperatividade e déficit de atenção durante a infância, com história de dificuldade para a aprendizagem. Há relatos de agressão e hostilidade por parte da família. A observação da paciente durante a internação revelou comportamentos regredidos e infantilizados, caracterizado por egocentricidade, dificuldade de formação de conceitos e de abstrair-se, baixa tolerância a frustração, impulsividade, incapacidade de adaptação a situações novas, com generalizações inadequadas, baixa tolerância a frustração, e auto-agressão, semelhantes ao relato sobre o padrão de comportamento mantido em hospitalizações anteriores. A paciente não apresentava escolaridade ou capacidade de leitura e compreensão para ser submetida a avaliação com MMPI. Optou-se pelo uso da Escala de Maturidade Mental Columbia, com resultado de 66 pontos e raciocínio perseverante, o que sugere o desempenho intelectual significativamente abaixo da média para sua idade (correspondência à idade mental de 7 anos). As auto-lesões (quedas) indiretamente provocadas, a não cooperação e a não adesão aos tratamentos instituídos, parecem indicar a necessidade de manter-se no papel do doente, relacionado aos importantes ganhos obtidos nesta situação. Não foram encontrados sintomas positivos para as alterações de humor e de personalidade que fossem significativas. A paciente recebeu alta sem melhora significativa do quadro.

DISCUSSÃO

Distonia e tremor constituem as duas manifestações mais comuns de desordens de movimento de origem psicogênica⁴, referindo Willians e col. a 54%¹¹ e Factor e col. a 18%⁴ de distonia em suas

séries. A distonia psicogênica é mais comum em mulheres numa proporção de 20:2, sendo a idade de início variável, de 8 a 58 anos⁵. Em geral, as formas paroxísticas tendem a se manifestar mais tardiamente⁵. Também tende a se manifestar mais tardiamente nos homens⁷. A duração média dos sintomas à primeira avaliação é $3,8 \pm 6,9$ anos (2 meses a 30 anos)⁷.

Distonia psicogênica é de difícil diagnóstico, considerando a inexistência de exame complementar que confirme o diagnóstico de distonia idiopática orgânica^{4,7,11}. Além disso, doenças que afetam o sistema extrapiramidal, como a doença de Wilson, podem ter manifestações atípicas de distonia, o que exige a realização de exames complementares para excluir estas patologias¹¹. Por outro lado, a negatividade dos estudos fundamenta a diagnóstico psicogênico¹¹, e alguns exames, como a vídeo-monitorização contínua¹¹ e técnicas eletrofisiológicas (análise acelerométrica¹¹, inibição recíproca do reflexo H por estimulação elétrica^{12,13}), podem ser úteis como testes diagnósticos, ocasionalmente documentando a resolução da distonia. Entretanto, o diagnóstico inequívoco de distonia psicogênica requer que haja inconsistência na desordem de movimento no tempo e que o movimento anormal ou postura seja incongruente com a distonia vista em síndromes orgânicas^{4,7,11}. O diagnóstico é difícil, mas algumas características permitem diferenciar uma condição da outra^{4,7,11}. Assim, nas psicogênicas é mais frequente o início dos sintomas em um paciente adulto nos membros inferiores com distonia de repouso, sendo os espasmos fixos, com progressão rápida e evoluindo com incapacidade máxima precoce. A distonia pode desaparecer com a distração ou por sugestão, e pode ser desencadeada ou intensificada pela observação a uma determinada parte do corpo. Entretanto, esta característica pode estar ausente em distonia psicogênica⁴, sendo mais importante no caso de tremor^{4,14}.

Os movimentos distônicos são inconsistentes no tempo, sem a presença de ‘gestos antagonicos’, com incapacidades seletivas incompatíveis com a natureza dos espasmos. É comum a impossibilidade de se realizar uma tarefa com o membro afetado ao comando, sendo capaz de fazê-lo em outras ocasiões. Por outro lado, certas habilidades podem ser inconsistentes com a natureza da distonia⁷, como a Paciente I que tinha capacidade de escrever ou de fazer sozinha a higiene pessoal, o que deveria ser impossível ante a natureza da postura distônica evidenciada ao exame. Comumente demonstram lentidão na realização de tarefas, por exemplo, na realização da manobra índex-nariz, o movimento se dá de forma lenta, imprecisa ou incompleta. Há resistência a movimentos passivos, dando a impressão de contração muscular voluntária⁷. São incapazes de ativar os mesmos músculos ao comando, mas contraem os antagonistas. Além disto, são comuns outros sintomas e sinais neurológicos psicogênicos, relatados em 75% dos pacientes com desordens de movimento psicogênica⁴, como paralisia ou fraqueza, alterações sensoriais sem correspondência anatômica, e associação com outros distúrbios de movimento, como, no caso de nossas pacientes, de tremor, que sofria muita influência da distração, e da fadiga.

Fatores predisponentes são comuns^{4,7}, mas nem sempre são claros ou evidentes, como em nossas pacientes. Outras características importantes são a remissão espontânea ou com tratamentos farmacológicos não habituais para distonia e ausência de história familiar^{4,7}.

Os critérios enumerados permitem diferenciação em relação às síndromes orgânicas, sobretudo em relação à distonia de torção idiopática: nessa, o envolvimento dos membros inferiores na idade adulta é raro, e o início frequentemente é com distonia de ação, os espasmos são móveis e a progressão é lenta, as posturas são consistentes no tempo, e há “gestos antagonicos”⁷. Os pacientes podem apresentar habilidades surpreendentemente preservadas, a despeito das posturas e dos movimentos, mas os movimentos voluntários resultam em novas contrações de músculos agonistas e antagonistas com mudanças variáveis na postura distônica. As distonias idiopáticas também podem estar presentes em atividades específicas, como na câmbra do escrivão, ou podem desaparecer durante a ação, como certas distonias paroxísticas¹⁵. As distonias podem estar associadas a outros desordens de movimento, como tremores e mioclonias^{6,16}, os fatores precipitantes são incomuns e a história familiar frequente^{1,6,7}. Raramente é acompanhada de dor ou há remissão espontânea (entretanto, ambos os sintomas podem ocorrer na distonia cervical)^{8,9,17}.

Assim, ambas preenchem critérios para distonia psicogênica clinicamente definida, já que apresentavam distúrbios de movimento atípicos para as síndromes orgânicas, exames complementares negativos, associado a múltiplas somatizações, que incluíam alterações sensoriais, dor e fraqueza, e também tinham transtornos psiquiátricos evidentes. Não se conseguiu dar o diagnóstico de distúrbio psicogênico documentado porque não houve resposta permanente a psicoterapia, sugestão (incluindo fisioterapia), ou uso de placebos, apesar de melhora significativa transitória ter sido documentada. A abolição da distonia quando as pacientes achavam que não estavam sendo observadas¹⁰, outro critério importante, também não foi registrado.

A intensidade da distonia não pode ser considerada como um critério diferencial^{7,18}. Os espasmos nestes pacientes podem ser extremos e desfigurantes, como evidente em ambas as pacientes. Dores foram queixas comuns em nossas pacientes. As dores eram generalizadas, mas tendiam a se localizar nos membros inferiores, e no caso da Paciente 1, também nos membros superiores, ombros e pescoço. Lang⁷ refere-se a padrão semelhante em seus pacientes. Pacientes com distonias podem referir desconforto nos músculos envolvidos, e no torcicolo espasmódico esta pode ser a queixa principal¹⁷. Contudo, a frequência e a gravidade da dor em distonias psicogênicas são atípicas para a maioria das patologias orgânicas, mesmo aquelas com posturas deformantes extremas. Os pacientes frequentemente têm hipersensibilidade superficial e aumento exagerado da dor com movimentos passivos⁷.

A associação de distrofia simpática reflexa e distonia tem sido relatada, entretanto a natureza desta condição não está clara¹⁹⁻²¹. Como na distonia psicogênica, em sua maioria foram desencadeados por traumas periféricos discretos, com os espasmos se desenvolvendo abruptamente e como posturas fixas, propagando rapidamente para membros não acometidos e com má resposta ao tratamento, tanto em relação a dor quanto a distonia²⁰. A maioria dos pacientes era do sexo feminino, e além disto apresentavam muitas características clínicas incongruentes com distonia orgânica. Essas características atípicas permitem postular que, pelo menos em alguns, tratava-se de quadros psicogênicos^{7,20}.

A presença de múltiplas somatizações e de outros distúrbios psiquiátricos é critério importante para estabelecer como psicogênica uma desordem de movimento^{4,7,10,11}. Quando um diagnóstico de distonia psicogênica está sendo considerado deve-se tentar fazer o diagnóstico psiquiátrico mais preciso¹¹. Em geral, as desordens de movimento psicogênicas podem ser classificadas como transtornos somatoformes, fictícios, ou simulação²², já que existe uma queixa física sem nenhuma base orgânica aparente. Nos transtornos somatoformes os sintomas não são produzidos conscientemente e estão ligados a fatores psicológicos (Tabela 2)²². Nos transtornos fictícios a produção ou simulação dos sinais e sintomas é intencional com o fim de assumir o papel de doente. Os transtornos fictícios geralmente estão associados a dependência grave, masoquismo ou personalidade anti-social. Na simulação, o indivíduo também produz os sintomas de modo intencional, porém com um objetivo obviamente perceptível quando as circunstâncias ambientais se tornam conhecidas. Não é considerada um transtorno psiquiátrico.

Willians e col. encontraram 75% de transtornos de conversão, 12,5% de transtornos de somatização, 8,3% de transtornos factícios na sua casuística¹¹. Entretanto, frequentemente não é possível distinguir entre um transtorno somatoforme, fictício ou simulação diante de paciente com transtorno de movimento psicogênico, já que a intenção do paciente muitas vezes é difícil de determinar com certeza⁵.

Além dos transtornos somatoformes, fictícios e simulação, outras desordens psiquiátricas podem estar presentes^{4,23}. Depressão é a manifestação mais frequente em distonia e em outras desordens de movimento psicogênicas⁴. Isto está de acordo com o relato de Lempert e col. que encontraram depressão em 38% dos pacientes com desordens neurológicas psicogênicas²⁴. Como depressão, ansiedade também tem sido comumente associada a desordens de movimento de origem psicogênicas^{4,23}. Personalidade histriônica foi constatada em 9% dos pacientes com desordens neurológicas psicogênicas da série de Lempert e col.²⁴, mas este diagnóstico não foi feito em séries

Tabela 2. Desordens somatoformes segundo a American Psychiatric Association²².

-
- 1- Desordens dismórficas do corpo: preocupação acentuadamente exagerada com o imaginado defeito, na aparência causando sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo.
 - 2- Desordem de conversão: sintomas ou deficiências afetando a função motora ou sensorial que está ligada temporalmente a estresse psíquico e relacionada necessidade psicológica ou conflito.
 - 3- Hipocondria: excessiva preocupação com sinais físicos que o paciente acredita serem manifestações de doenças sérias, a despeito das evidências médicas em contrário.
 - 4- Desordem de somatização ou histeria: que caracteriza-se por numerosas queixas físicas, requer 13 sintomas de uma lista de 35, dos quais 12 são neurológicos, cujo início deve se dar antes dos 30 anos. As queixas podem ter anos de duração e tem de ter gravidade suficiente para o paciente procurar assistência médica, tomar medicamento ou mudar seu estilo de vida.
 - 5- Desordem de dor somatoforme: dor em um ou mais sítios anatómicos, de intensidade significativa para provocar sofrimento ou prejuízo funcional, cujos fatores psicológicos são importantes na sua gênese, exacerbação e manutenção.
-

que abordam especificamente desordens de movimento, como mioclonia²⁵, tremor¹⁴, ou distonia⁴. Na Paciente 1, estavam presentes sintomas depressivos graves, personalidade histriônica, hipocondria, e sintomas obsessivos, e na Paciente 2 sintomas de hiperatividade, déficit de atenção, impulsividade, e comportamento desafiador. Não se conseguiu um diagnóstico preciso em relação à presença de um transtorno somatoforme ou fictício em nossas pacientes. Entretanto isto não invalida o diagnóstico de distonia psicogênica, pois em muitos casos não se faz um diagnóstico psiquiátrico preciso, a despeito dos fortes indícios de suspeição em relação a psicogênicidade dos sintomas motores^{4,6,11}.

O prognóstico e a resposta ao tratamento são variáveis. Prejuízos funcionais graves, como contraturas permanentes, podem ocorrer⁷. Nenhuma das nossas pacientes apresentou remissão completa dos sintomas, apenas certa melhora. Um dos fatores que explicariam tal falha terapêutica poderia se relacionar com a duração dos sintomas: a Paciente 1 com 10 meses de evolução, e a Paciente 2 com 9 anos de evolução. Lempert e col. relatam que na maioria dos pacientes com desordens psicogênicas com duração inferior a 2 semanas ocorria remissão, ao contrário dos com mais de 6 meses²⁴. Fahn e Williams encontraram resultados semelhantes¹⁰, mas isto indicaria que a longa duração dos sintomas não impediria necessariamente a resposta, mas somente, aqueles quadros com menor duração teriam um melhor prognóstico^{4,10}. Outro fator que influi no prognóstico é o quadro psiquiátrico de base. Desordens fictícias, como na Paciente 1, geralmente não melhoram; os sintomas só desaparecem quando o paciente estiver pronto para se livrar deles^{5,18}. Os transtornos somatoformes podem responder a psicoterapia e a outras medidas, entretanto os sintomas podem voltar, mesmo que o paciente tenha consciência da origem emocional do problema^{5,7}.

REFERÊNCIAS

1. Fahn S. Concept and classification of dystonia. *Adv Neurol* 1988;50:1-8.
2. McGeer EG, McGeer PL. Pathology of dystonias. In Tsui JKC, Calne DB. *Handbook of dystonia*. New York: Marcel Dekker, 1995: 77-102.
3. Janavs JL, Aminoff ML. Dystonia and chorea in acquired systemic disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65:436-445.
4. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;59:406-412.
5. Fahn S. Psychogenic movement disorders. In Marsden CD, Fahn S. *Movement disorders 3*. Oxford: Butterworth Heinemann, 1994:359-372.
6. Marsden CD. Psychogenic problems associated with dystonia. *Adv Neurol* 1995; 65:319-326.
7. Lang AE. Psychogenic dystonia: a review of 18 cases. *Can J Neurol Sci* 1995; 22:136-143.
8. Jayne D, Lees AJ, Stern GM. Remission in spasmodic torticollis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984;47:1236-1237.
9. Friedman A, Fahn S. Spontaneous remissions in spasmodic torticollis. *Neurology* 1986;36:398-400.
10. Fahn S, Williams DT. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1988;50:431-455.
11. Williams DT, Ford B, Fahn S. Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Adv Neurol* 1995; 65:231-257.

12. Panizza M, Lelli S, Nilsson J, Hallett M. H-reflex recovery curve and reciprocal inhibition of H-reflex in different kinds of dystonia. *Neurology* 1990;40:824-828.
13. Panizza M, Hallett M, Nilsson J. Reciprocal inhibition in patients with hand cramps. *Neurology* 1989;39:85-89.
14. Koller W, Lang A, Vetere-Overfield B, et al.. Psychogenic tremors. *Neurology* 1989;39:1094-1099.
15. Uitti RJ, Vingerhoets FJG, Tsui JKC. Limb dystonia. In Tsui JKC, Calne DB. *Handbook of dystonia*. New York: Marcel Dekker, 1995:143-158.
16. Jankovic J, Leder S, Warner D, Schwartz K. Cervical dystonia: clinical findings and associated movement disorders. *Neurology* 1991;41:1088-1091.
17. Chan J, Brin MF, Fahn S. Idiopathic cervical dystonia: clinical characteristics. *Mov Disord* 1991;6:119-126.
18. Batshaw ML, Wachtel RC, Deckel AW, et al.. Munchausen's syndrome simulating torsion dystonia. *N Engl J Med* 1985;312:1437-1439.
19. Jankovic J, Van der Linden C. Dystonia and tremor induced by peripheral trauma: predisposing factors. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51:1512-1519.
20. Bathia KP, Bhat MH, Marsden CD. The causalgia-dystonia syndrome. *Brain* 1993;116:843-851.
21. Schwartzman RJ, Kerrigan J. The movement disorder of reflex sympathetic dystrophy. *Neurology* 1990;40:57-61.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
23. Marjama J, Troster AI, Koller WC. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin* 1995;13:283-297.
24. Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand* 1990;82:335-340.
25. Monday K, Jankovic J. Psychogenic myoclonus. *Neurology* 1993;43:349-352.