

# Síndrome de Cotard associada ao uso de *ecstasy*

## *Cotard's syndrome induced by ecstasy*

Rodrigo Nicolato<sup>1</sup>, Juliana Pacheco<sup>2</sup>, Leandro Boson<sup>2</sup>, Rodrigo Leite<sup>2</sup>, João Vinícius Salgado<sup>3</sup>, Marco Aurélio Romano-Silva<sup>4</sup>, Antônio Lúcio Teixeira<sup>5</sup>, Humberto Corrêa<sup>6</sup>

### RESUMO

O termo *ecstasy* é usado para descrever diversas substâncias que compartilham estruturas químicas e efeitos semelhantes, referindo-se mais comumente a 3,4-metilenodioximetanfetamina (3,4-MDMA). Os efeitos psíquicos da MDMA são, sobretudo, alucinógenos e estimulantes. A tendência atual considera o delírio de Cotard como sendo a crença delirante de estar morto ou de que seus órgãos estejam paralisados ou podres, independentemente do diagnóstico do paciente. Neste artigo, relatamos o caso clínico de um paciente que apresentou quadro psicótico com delírios hipocondríacos e alucinações olfativas com características de síndrome de Cotard associado ao uso crônico de *ecstasy*. Foi medicado com olanzapina e obteve remissão completa dos sintomas.

### Palavras-chaves

*Ecstasy*, psicose, síndrome de Cotard.

### ABSTRACT

*The term ecstasy is used to describe various substances that share similar chemical structures and effects, often referring to 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine (3,4-MDMA). MDMA psychic effects are mainly hallucinatory and stimulatory. Current trends consider Cotard's delusion as a delusional belief of being dead or having paralyzed or rotten organs, independent of the diagnosis the patient has received. This case report is about a psychotic episode where the patient presented with hypochondriac delusion and olfactory hallucinations resembling Cotard's syndrome and associated with ecstasy abuse. He was given olanzapine and achieved total remission from symptoms.*

### Key-words

*Ecstasy*, psychosis, Cotard's syndrome.

Recebido  
05/12/2006  
Aprovado  
22/02/2007

1 Psiquiatra e professor de Saúde Mental da Univaço, em Ipatinga (MG). Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais. Unifenas, Belo Horizonte. Hospital de Ensino Instituto Raul Soares/FHEMIG.

2 Acadêmicos de Medicina, Univaço, Ipatinga (MG).

3 Psiquiatra. Professor de Neurociências da Universidade Fumec, em Belo Horizonte (MG). Hospital de Ensino Instituto Raul Soares/FHEMIG.

4 Psiquiatra e professor adjunto do Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

5 Psiquiatria, neurologista e professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG.

6 Psiquiatra, professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, UFMG.

Endereço para correspondência: Rodrigo Nicolato  
Rua Anhangüera, 151/303 – 31015-090 – Belo Horizonte, MG  
Fone: (31) 3292-6299 E-mail: r.nicolato@task.com.br/rodrigo.nicolato@unifenas.br

## INTRODUÇÃO

O termo *ecstasy* é usado para descrever diversas substâncias que compartilham estruturas químicas e efeitos semelhantes, referindo-se mais comumente a 3,4-metilenodioximetanfetamina (3,4-MDMA). Vários estudos sobre *ecstasy* têm sido realizados em face de seu crescente uso, sobretudo entre jovens de classe média residentes em centros urbanos e freqüentadores de boates e festas *raves*. Assim, o *ecstasy* é usado principalmente nos finais de semana, assumindo um padrão diferente do da maioria das outras drogas, ocorrendo espaçamento médio de 2 a 3 semanas entre o consumo da droga (Cohen e Cocores, 1997).

Os efeitos psíquicos da MDMA são, sobretudo, alucinógenos e estimulantes. Segundo Lister *et al.* (1992), que estudaram vinte psiquiatras que usaram MDMA, os sintomas mais comuns seriam: percepção alterada do tempo (90%), aumento da capacidade de comunicação (85%), atenuação das defesas psicológicas (80%), do medo (65%), da sensação de alienação em relação aos outros (60%), alteração da percepção visual (50%), aumento das emoções (50%) e diminuição da agressividade (50%). Um discutido efeito relacionado ao uso de MDMA seria a eclosão de psicose secundária (Van Kampen e Katz, 2001).

Muito embora as descrições originais de Cotard diziam respeito a casos de melancolia ansiosa, cedo na história, o quadro descrito por Cotard foi ampliado, sendo observado em outros grupos diagnósticos. Por exemplo, em 1912, o aluno de Regis, Got, defende sua tese *Contribution à l'étude du syndrome de Cotard*, em que discute cerca de 30 anos de polêmica sobre o assunto. Em sua tese, Got descreve uma série de casos próprios ou de outros psiquiatras, como Capgras e Blondel. Got (1912) conclui que "a síndrome de Cotard típica, perfeitamente sistematizada, pode ser encontrada igualmente nas psicoses ansiosas agudas em indivíduos jovens". A tendência atual considera o delírio de Cotard como sendo a crença delirante de estar morto ou de que seus órgãos estejam paralisados ou podres, independentemente do diagnóstico do paciente (Berrios e Luque, 1995). Neste trabalho, relatamos o caso de uma síndrome psicótica associada ao uso periódico de *ecstasy*. O paciente apresentou transtorno delirante com predomínio de delírios hipocondríacos e alucinações olfativas compatíveis com a síndrome de Cotard, sendo tratado com olanzapina.

## RELATO DE CASO

J. é um paciente de 23 anos, do sexo masculino, solteiro, formado em Economia, que trabalha como profissional autônomo. Não apresentava história pregressa de quadros

neuropsiquiátricos nem/ou clínico-cirúrgicos, bem como antecedentes familiares de transtornos mentais. Durante a adolescência, fez uso ocasional de *Cannabis sativa*, sem repercussões socioocupacionais.

Há cerca de 2 anos passou a freqüentar, assiduamente, festas do tipo *rave* e a consumir *ecstasy*, em média, uma vez por semana. Referia-se à ocorrência de sintomas subjetivos, como aumento da sensibilidade a estímulos externos e da libido. Foi trazido ao serviço psiquiátrico pelos pais com a história de, há 2 meses, ter abandonado o trabalho, permanecendo isolado no quarto com higiene pessoal precária, muito angustiado, relatando que seus órgãos intestinais estavam totalmente "paralisados e putrefatos" e que não se sentia a mesma pessoa. Os pais relataram que não houve entrada de amigos na residência de J., excluindo-se, parcialmente, a possibilidade de J. usar *ecstasy*, durante o período em que se isolou na residência.

Ao exame inicial, o paciente apresentava-se emagrecido, desconfiado, mas sem hostilidade. Mostrava-se orientado e sem déficit cognitivo, com pontuação total de 30 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (Bertolucci *et al.*, 1994). A temática da putrefação e paralisação intestinal era irremovível, bem como o relato de que seus órgãos exalavam "intenso odor fétido", provocando-lhe vergonha. Não relatava sentimentos de tristeza nem quaisquer outros sintomas depressivos, como idéias de ruína, de culpa, desesperança ou morte.

Considerando tratar-se de delírio hipocondríaco e alucinação olfativa, estabeleceu-se o diagnóstico de transtorno psicótico predominantemente delirante, com sintomas de síndrome de Cotard, decorrentes do uso de estimulantes (*ecstasy*), mas sem associação com depressão maior. Foi orientado a manter a suspensão do *ecstasy*, sendo introduzida olanzapina 5 mg/dia. Realizaram-se, ainda, exames de neuroimagem (tomografia do encéfalo), eletroencefalograma e laboratoriais, incluindo hemograma completo, ionograma, glicemia, funções renal, hepática e tireoidiana, todos exames sem alterações.

Após 2 semanas do uso da olanzapina na dose de 5 mg/dia, encontrava-se mais sociável, com higiene cuidada, embora ainda se referisse aos sintomas psicóticos. Optou-se por elevar a dose de olanzapina para 10 mg/dia. Dois meses depois, o paciente retornou com remissão completa dos delírios somáticos e alucinações. Foi possível, então, reduzir progressivamente a dose da olanzapina até a suspensão em 6 meses, e o paciente retomou integralmente suas atividades laborais. No acompanhamento de 6 meses após a suspensão do medicamento, o paciente manteve-se assintomático, tendo procurado por conta própria o grupo de Narcóticos Anônimos, sem usar novamente *ecstasy*.

## DISCUSSÃO

No nosso conhecimento, este se trata do primeiro relato de caso na literatura de síndrome de Cotard associada ao uso de *ecstasy*. A história negativa, pré-mórbida e familiar, de quadros psicóticos e afetivos, o uso de *ecstasy* por mais de 2 anos, além de resposta completa do quadro após a suspensão da droga, corroboram a hipótese dessa associação. Convém assinalar a importância da resposta do transtorno psicótico ao uso da olanzapina.

Embora a frequência de psicose induzida por *ecstasy* não seja definida, há vários relatos de casos na literatura. Sintomas psicóticos podem ocorrer durante a intoxicação aguda. Fora dessa fase, os investigadores têm enfatizado a ocorrência de psicose tanto em usuários crônicos quanto naqueles que usaram a droga em ocasiões isoladas ou esporádicas, embora os quadros psicóticos sejam mais comuns nos primeiros, sobretudo quando expostos a outras drogas (McGuire et al., 1994; Morgan, 2000). Há descrição de psicose em indivíduos geneticamente vulneráveis para transtornos psicóticos. Em contrapartida, há casos em que o paciente não possui história pessoal nem familiar de transtornos psicóticos e passa a apresentar sintomatologia psicótica prolongada, após o uso recreacional, em uma única oportunidade, de MDMA (Cohen e Cocores, 1997; Vaiva et al., 2001). De qualquer maneira, McGuire et al. (1994) defendem que não há como diferenciar a psicose funcional da induzida por *ecstasy*. A hipótese mais aceita sobre a gênese de fenômenos psicóticos relacionados a *ecstasy* considera que a depleção serotoninérgica resultante da neurotoxicidade da MDMA levaria à hiperfunção dopaminérgica e, conseqüentemente, aos sintomas (Vaiva et al., 2001).

Em se tratando de transtorno psicótico induzido por drogas, a olanzapina tem sido muito eficaz e usada como primeira escolha. Em um estudo de continuação de 6 meses realizado por Landabaso et al. (2002), os sintomas psicóticos induzidos por *ecstasy* foram reduzidos consideravelmente com o uso de olanzapina desde o 1º mês de tratamento,

com os sintomas mais significativos desaparecendo nos 3 primeiros meses, como ocorrido no caso relatado.

## CONCLUSÃO

O caso clínico apresentado é compatível com transtorno psicótico predominantemente delirante (com sintomas de síndrome de Cotard), induzido pelo uso de *ecstasy*, sem associação com depressão maior. O uso de *ecstasy* é preocupante, pois, além do crescente consumo da droga, pode determinar vários transtornos psiquiátricos. No diagnóstico diferencial de pacientes com sintomas psicóticos, o uso de *ecstasy* deve ser considerado. O quadro do paciente teve boa resposta à combinação do antipsicótico atípico olanzapina com a abstinência da droga. Assim, a olanzapina pode ser uma opção eficaz em casos de psicose secundária ao uso de *ecstasy*.

## REFERÊNCIAS

- Berrios GE, Luque R. Cotard's delusions or syndrome? *Compr Psychiatr*, 36: 218-23, 1995.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S et al. Mini-Exame do Estado Mental e Escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52 (1): 1-7, 1994.
- Cohen RS, Cocores J. Neuropsychiatric manifestations following the use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA: *ecstasy*). *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 21: 727-34, 1997.
- Got J. Contribution à l'étude du Syndrome de Cotard, sa Valeur Prognostique. Bordeaux: Thèse ; 1912.
- Landabaso MA, Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Calle R, Sanz J, Gutiérrez-Fraile M. Ecstasy-induced psychotic disorder: six-month follow-up study. *Eur Addict Res*, 8: 133-40, 2002.
- Lister M, Grob C, Bravo G, Walsh R. Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use. *J Nerv Ment Dis*, 180: 345-52, 1992.
- McGuire P, Cope H, Fahy T. Diversity of psychopathology associated with use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"). *Br J Psychiatry*, 165: 391-5, 1994.
- Morgan MJ. Ecstasy (MDMA): a review of its possible persistent psychological effects. *Psychopharmacology (Berl)*, 152: 230-48, 2000.
- Vaiva G, Bailli D, Boss V, Thomas P, Lesvastel P, Goudemand M. A case of acute psychotic episode after a single dose of ecstasy. *Encephale*, 27: 198-202, 2001.
- Van Kampen J, Katz M. Persistent psychosis after a single ingestion of "ecstasy". *Psychosomatics*, 42: 525-7, 2001.