

# Síndrome de *koro* associado a transtorno obsessivo-compulsivo: caso clínico e breve revisão

*Koro syndrome associated with obsessive-compulsive disorder: clinical case and brief review*

Liliana Silva<sup>1</sup>, Pedro Morgado<sup>2</sup>

## RESUMO

A síndrome de *koro* é uma síndrome psiquiátrica ligada à cultura, que se caracteriza por um episódio de ansiedade súbito e intenso relacionado com a crença de que o pênis (nas mulheres, mamilos e grandes lábios) estar a retrair-se para o interior do organismo, podendo conduzir à impotência, esterilidade e, eventualmente, morte. É mais frequente nos países do Sudoeste Asiático e no sexo masculino. No Ocidente é rara, embora existam descrições de *koro-like* secundárias a perturbações neurológicas, psiquiátricas ou orgânicas. No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* é classificada como um “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e transtornos relacionados com outra especificação”. Este artigo descreve um caso raro de um doente com síndrome de *koro* secundária a um transtorno obsessivo-compulsivo. Neste artigo, apresenta-se a descrição de um caso clínico e revisão bibliográfica, com base na pesquisa de artigos publicados, desde 2000, no PubMed, com as palavras-chave: “*koro syndrome*”, “*obsessive-compulsive disorder*” e “*koro-like symptoms*”. Analisaram-se alguns artigos anteriores ao ano 2000 para contextualização histórica. Doente com síndrome de *koro* secundária a transtorno obsessivo-compulsivo, com boa resposta à terapia farmacológica associada à terapia cognitivo-comportamental. O conhecimento desse diagnóstico e da sua gestão clínica é importante para identificar as condições subjacentes e otimizar o tratamento.

## Palavras-chave

Síndrome de *koro*, transtorno obsessivo-compulsivo, *koro-like*.

## ABSTRACT

Koro's syndrome is a psychiatric culture-bound syndrome characterized by an episode of sudden and intense anxiety related to the belief that the penis (in women, nipples and labia majora) is retracting into the body, leading to erectile dysfunction, sterility and, eventually, death. It is more common in Southeast Asia and in males. In the West it is rare, although there are descriptions of koro-like secondary to neurological, psychiatric or organic disorders. In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 it is classified as an “Obsessive-Compulsive Disorder and disorders related to another specification”. This article describes a rare case of a patient with koro's syndrome secondary to obsessive-compulsive disorder. In this article we present the description of a case report and review of the literature by searching articles published in PubMed since 2000, with the keywords: “*koro syndrome*”, “*obsessive-compulsive disorder*” and “*koro-like symptoms*”. Articles prior to 2000 were also analyzed for

Recebido em  
25/10/2017  
Aprovado em  
25/1/2018

1 Hospital de Braga, Serviço de Psiquiatria, Braga, Portugal.

2 University of Minho, School of Health Sciences, Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Braga, Portugal.

Endereço para correspondência: Liliana Pereira Ferreira da Silva

Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga,  
Sete Fontes, 4710-243 São Victor, Braga, Portugal

Telefone: 00351 916205900

E-mail: silvaliliana@hotmail.com

DOI: 10.1590/0047-208500000196



## Keywords

Koro syndrome, obsessive compulsive-disorder, koro-like.

historical considerations. A patient with koro's syndrome secondary to obsessive-compulsive disorder with good response to pharmaceutical and cognitive behavioral therapy combination. Being aware of this diagnosis and its clinical management is essential to identify the underlying conditions and optimize treatment.

## INTRODUÇÃO

A *koro* é uma síndrome psiquiátrica ligada à cultura frequentemente encontrada na China, Japão e Índia. Diferentes designações têm sido utilizadas, mas a que assume maior expressão é *suoyang* na China, associada à crença enraizada de que o pênis encolhe por déficit do elemento masculino *yang*. Na Índia, surge sob a designação de "*jhinjhini bimarī*" ou "*kattaō*" e, na Tailândia, "*rok joo*"<sup>1</sup>.

O termo *koro* teve origem na Malásia e faz alusão à cabeça de tartaruga, que se retrai para dentro da carapaça, simbolizando o órgão genital masculino a encolher. A primeira descrição científica foi realizada em 1895 por Blonk, cirurgião indonésio<sup>1,2</sup>. A síndrome de *koro*, em termos clínicos, caracteriza-se por um episódio de ansiedade súbito e intenso relacionado com a crença de que os órgãos genitais estão a retrair-se e a encolher para o interior do organismo, e que isso pode conduzir à impotência, à esterilidade e eventualmente à morte<sup>1</sup>. A síndrome, usualmente, apresenta forte contexto cultural e afeta geralmente jovens, solteiros e de baixo nível socioeconômico. Existem referências de mulheres afetadas durante epidemias de *koro*, manifestando o mesmo tipo de sintomas, mas centrados na retração dos mamilos ou dos grandes lábios<sup>1,3,4</sup>.

A síndrome de *koro* surge habitualmente de forma isolada, mas pode progredir e alastrar-se à comunidade, originando epidemias<sup>2</sup>. As epidemias são mais frequentes nos países do Sudeste Asiático e ocorrem habitualmente em períodos de maior tensão política, socioeconômica e social<sup>1</sup>. Durante as epidemias, há relatos da utilização de objetos como pedras, talas, fios de pesca e cordas por parte de familiares e da comunidade no intuito de evitar a retração e invaginação do pênis, que pode representar estratégias de *coping* desadaptativas (mas culturalmente toleradas) de lidar com o estresse, em culturas em que a capacidade reprodutiva é determinante para valorizar a pessoa<sup>1,2,5</sup>. Como é uma síndrome psiquiátrica ligada à cultura, é comum os indivíduos afetados atribuírem a condição a fenômenos sobrenaturais (bruxaria ou possessão pelo espírito maligno de uma raposa) e, frequentemente, recorrerem a exorcistas ou curandeiros com o propósito de recuperar a sua potência sexual, masculinidade e fertilidade<sup>2,6</sup>.

De acordo com a literatura, em Singapura, em 1967, foram relatados 536 casos de *koro* (521 homens e 15 mulheres)<sup>7</sup> após os meios de comunicação informarem sobre a existência de carne de porco envenenada e de que todos os que tivessem comido dessa carne podiam padecer de

*koro*<sup>1,2</sup>. Nesse contexto, em apenas um dia, num hospital de Singapura, apareceram 75 casos registrados de *koro* (inclusive oito casos femininos)<sup>7</sup>. É importante realçar que esse fato coincidiu com um período histórico de conflito político e ético entre chineses e malaios, no qual os malaios não ingeriam carne de porco e os chineses comiam, sentindo-se ameaçados pelos malaios<sup>1</sup>. Descrições semelhantes ocorreram em 1976, na Tailândia, registrando-se 350 casos de *koro* (338 homens e 12 mulheres)<sup>7</sup> que acreditavam ter sofrido um ataque vietnamita na capacidade reprodutiva, por envenenamento em massa da comida, bebida e tabaco<sup>1</sup>. Nas décadas de 1970 e 1980, também foram notificados casos na África, sobretudo na Nigéria, Costa do Marfim e Senegal, em que o desaparecimento do pênis era atribuído à magia negra, estando os homens afetados convictos de que teriam sido roubados por meios mágicos e teriam uma morte dolorosa<sup>8</sup>.

Posteriormente, surgiram relatos equiparados em países da Europa e América, geralmente em grupos étnicos bem circunscritos em que os doentes tinham antecedentes de perturbação psiquiátrica (depressão, esquizofrenia ou abuso de substâncias tóxicas)<sup>1,9</sup>. Nas sociedades ocidentais têm sido descritos casos raros. Eles surgem de forma diferente das descrições endêmicas, apresentam sintomas *koro-like* e as ideias associadas ao desaparecimento dos genitais não estão justificadas culturalmente.

A síndrome de *koro* pode ser subdivida em duas categorias: uma forma isolada ou epidêmica, de origem cultural, e outra esporádica, secundária e associada a perturbações neurológicas, psiquiátricas ou orgânicas. Neste artigo, descreve-se um caso raro de um doente com síndrome de *koro* secundária a transtorno obsessivo-compulsivo.

## MÉTODOS

Os dados fornecidos do caso descrito foram obtidos por meio de entrevista clínica. Foi obtido consentimento informado do doente para a apresentação do caso e garantido o seu anonimato por meio da remoção de qualquer elemento identificativo. Foi efetuada revisão bibliográfica, com base na pesquisa de artigos publicados, em língua inglesa, no PubMed desde 2000, com as palavras-chave: "*koro syndrome*", "*obsessive-compulsive disorder*" e "*koro-like symptoms*". Foram também analisados alguns artigos anteriores ao ano 2000 para contextualização histórica.

## CASO CLÍNICO

O caso clínico apresentado refere-se a um homem de 27 anos, caucasiano, solteiro, sem filhos, heterossexual e licenciado em Desporto e Educação Física. Ele recorreu ao Serviço de Urgência de Psiquiatria, enviado pelo Médico de Família, com queixas de angústia e inquietude relacionadas, segundo o doente, com o início recente de um relacionamento afetivo. Referia que há cerca de quatro anos começou a ficar preocupado e com medo “de não se conseguir excitar” e que o seu “pênis encolhesse e retraísse para o interior do abdome”<sup>10</sup>. Descrevia esses pensamentos como intrusivos, repetitivos e absurdos. Durante os primeiros meses os pensamentos não foram perturbadores, mas progressivamente ele desenvolveu necessidade de verificar o tamanho do pênis várias vezes ao dia. Para diminuir a ansiedade provocada pelos pensamentos obsessivos sobre o tamanho do pênis, começou a ter pensamentos e imagens mentais repetitivas sobre atos sexuais, a consumir pornografia compulsivamente e a aumentar os comportamentos masturbatórios (de algumas vezes por semana a várias vezes ao dia). Considerava esses pensamentos e comportamentos como não prazerosos, causadores de “sofrimento, vergonha e constrangimento”, realizados unicamente com o objetivo de reduzir a ansiedade provocada pelas obsessões. Negava presença de outros sintomas obsessivo-compulsivos (nomeadamente: obsessões somáticas, religiosas, simetria, contaminação, entre outras).

O doente não tinha história de tratamentos psiquiátricos ou psicológicos anteriores e negava hábitos tabágicos e consumo de álcool ou de drogas ilícitas. Não apresentava antecedentes de doença não psiquiátrica nem tomava qualquer medicação.

É o primeiro de uma fratria de 2, e residia com os pais e irmã. Descrevia o ambiente familiar como calmo e harmonioso. Sem história familiar de doença psiquiátrica. Não se apurou existência de acontecimentos relevantes, comportamento ou exposição a eventos estressantes ou potencialmente traumáticos na infância ou na adolescência. No tocante à atividade sexual, a idade de início foi aos 17 anos, tendo tido relacionamentos heterossexuais com três parceiras. Relatava que a vida sexual correu dentro da normalidade, com atividade sexual satisfatória e com uso de preservativo.

No exame do estado mental, apresentava-se vigil, consciente e orientado. Manteve o contato ocular. Discurso coerente e organizado, com volume e fluxo normal. Humor neutro, com boa ressonância afetiva, sem ideação suicida. Pensamento obsessivo de temática sexual, com compulsões e rituais de verificação associados. Sem alterações da senso-percepção. Apresentava bom *insight*.

Realizou estudo analítico e sumário de urina, eletroencefalograma e tomografia cerebral, que não revelaram altera-

ções de relevo. Com base nos critérios clínicos da *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), teve alta do serviço de urgência com o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo<sup>11</sup>. De forma complementar à avaliação clínica, foram aplicadas as seguintes escalas: *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) e *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)<sup>12</sup>. Foi orientado para a consulta de psiquiatria do espectro obsessivo-compulsivo e medicado com fluvoxamina 50 mg, um fármaco de primeira escolha no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo que apresenta propriedades ansiolíticas relevantes nesse contexto.

Após duas semanas, foi reavaliado em consulta externa e, dada a tolerância ao psicofármaco e a manutenção da psicopatologia, a dose de fluvoxamina foi titulada para 100 mg por dia, e o paciente iniciou terapia cognitivo-comportamental. Foi planeado realizar oito sessões de terapia cognitivo-comportamental (cada sessão com duração de 30 a 45 minutos), durante quatro meses. A psicoterapia incluiu a exposição com prevenção de resposta e a terapia cognitiva. Na consulta psiquiátrica de seguimento, após seis semanas de tratamento, o doente ainda se mantinha muito sintomático e, como não apresentava efeitos colaterais (nomeadamente na esfera sexual), optou-se por subir a dose de fluvoxamina para 200 mg ao dia. Aos quatro meses de tratamento, o doente apresentava boa resposta clínica, com melhoria significativa na escala de severidade da doença Y-BOCS<sup>12</sup> (30 na avaliação inicial; 18 na avaliação final). Também se verificou melhoria nas pontuações das restantes escalas aplicadas: HRSD<sup>12</sup> (9 na avaliação inicial; 6 na avaliação final) e HARS<sup>12</sup> (18 na avaliação inicial; 8 na avaliação final). O doente, nas consultas de seguimento psiquiátrico, tem-se apresentado sem queixas psicopatológicas significativas. Na última consulta (dois anos após a primeira avaliação) apresentava exame do estado mental sem alterações.

## DISCUSSÃO

Embora a síndrome de *koro* seja rara, um número crescente de casos tem vindo a ser reportado em doentes residentes em países ocidentais. Neste artigo, reportamos um caso atípico e raro da síndrome de *koro*, num doente com transtorno obsessivo-compulsivo, correspondendo, segundo a bibliografia, a um caso de *koro* esporádico. Atualmente, de acordo com o DSM-5<sup>11</sup>, a síndrome de *koro* encontra-se classificada como um “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e transtornos relacionados com outra especificação”. Do ponto de vista da forma psicopatológica, as obsessões e as compulsões são indistinguíveis do transtorno obsessivo-compulsivo. O conteúdo é que é raro, sobretudo na cultura ocidental. No caso

presente, existe a crença e o medo dos genitais se retraírem para o interior do abdome e poderem desaparecer ou causar impotência ou esterilidade. As preocupações acerca do tamanho do pênis e retração surgem como obsessões, que são reconhecidas pelo doente como absurdas e excessivas. Para além disso, os pensamentos desencadearam aumento dos níveis de ansiedade e, subseqüentemente, no estabelecimento de compulsões de verificação. Os sintomas de *koro* no transtorno obsessivo-compulsivo podem ser mais frequentes do que os reportados, uma vez que esses doentes, por sentimentos de vergonha ou culpa, podem manifestar-se relutantes à sua exposição<sup>1</sup>. Apesar de o doente fazer referência a uma provável retração total do pênis e à sua absorção para o interior do abdome, o medo de morrer não se encontrava presente, porque não existe crença cultural a esse respeito, tal como nos outros casos de *koro* secundário relatados na literatura.

A patogênese dessa condição ainda está pouco esclarecida, sendo provavelmente resultado de uma interação complexa de fatores psicológicos, culturais e sociais em "personalidades predispostas"<sup>1</sup>. Tal como demonstrado, as crenças patológicas acerca dos genitais são muito comuns em todas as culturas. Para além disso, o *koro* foi, durante muito tempo, considerado como uma síndrome cultural, o que certamente contribuiu para a estigmatização e entaves à sua compreensão científica<sup>8</sup>.

Na literatura pesquisada, não se encontrou descrição de nenhum caso clínico de *koro* associado ao transtorno obsessivo-compulsivo. No caso clínico supracitado não existe comorbilidades, o que o torna interessante. F No entanto, na literatura surgem casos esporádicos, secundários e associados a outras condições psiquiátricas (incluindo perturbações somatoformes, depressivas, ansiosas, psicóticas ou abuso de substâncias) ou orgânicas (tais como, doenças urológicas, tumores cerebrais, acidentes vasculares cerebrais, epilepsia), não sendo, portanto, exclusivos de quadros culturais e em contexto de ansiedade<sup>13,14</sup>. Uma das limitações do presente estudo relaciona-se com o fato de não se ter utilizado nenhum instrumento de diagnóstico para além da avaliação clínica com base nos critérios de diagnóstico da DSM-5<sup>11</sup>. Contudo, a evolução e a resposta terapêutica parecem confirmar o diagnóstico estabelecido e validar o plano implementado.

## CONCLUSÃO

Classicamente, a síndrome de *koro* surge descrita como uma síndrome transcultural relacionada com a cultura oriental, existindo, no entanto, descrições equiparadas em todo o mundo. A sua relação com doenças psiquiátricas e com outras situações médicas aponta para a necessidade de refor-

mular a sua conceptualização psicopatológica e reponderar qual o real grau de influência cultural na sua gênese<sup>3,15</sup>.

O tratamento da síndrome de *koro* e dos sintomas *koro-like* depende da etiologia. Nos casos esporádicos, a perturbação psiquiátrica subjacente deve ser tratada, recorrendo-se habitualmente a antipsicóticos e/ou antidepressivos, conforme a perturbação de base seja de origem psicótica ou ansiosa/obsessiva, com eficácia variável no controle da sintomatologia. Novos estudos e investigações devem ser elaborados para melhor compreensão do desenvolvimento dos sintomas de *koro*, nomeadamente no contexto de transtorno obsessivo-compulsivo. O conhecimento acerca desse diagnóstico e da sua gestão clínica é importante para identificar as condições subjacentes e otimizar o tratamento.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Liliana Silva e Pedro Morgado** – Observaram o doente, elaboraram a história clínica e fizeram a revisão clínica, contribuindo de igual forma para o artigo.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

O presente artigo foi apresentado no Congresso Europeu de Psiquiatria 2016 ([http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(16\)01829-0/abstract](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(16)01829-0/abstract)).

## REFERÊNCIAS

- Mattelaer JJ, Jilek W. Koro – the psychological disappearance of the penis. *J Sex Med.* 2007;4(5):1509-15.
- Edwards JW. Indigenous Koro, a genital retraction syndrome of insular Southeast Asia: a critical review. *Cult Med Psychiatry.* 1984;8(1):1-24.
- Dan A, Mondal T, Chakraborty K, Chaudhuri A, Biswas A. Clinical course and treatment outcome of Koro: A follow up study from a Koro epidemic reported from West Bengal, India. *Asian J Psychiatr.* 2017;26:14-20.
- Sinha M. Resurgence of koro: perception of mankind. *Asian J Psychiatr.* 2011;4(2):153-4.
- Kar N. Chronic koro-like symptoms – two case reports. *BMC Psychiatry.* 2005;5:34.
- Jilek W, Mattelaer J. Koro: the psychological disappearance of the penis. *De Historia Urologiae Europaeae.* 2006;13:53-73.
- Chowdhury AN. Hundred years of koro the history of a culture-bound syndrome. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44:181-8.
- Crozier I. Making up koro: multiplicity, psychiatry, culture, and penis-shrinking anxieties. *J Hist Med Allied Sci.* 2012;67(1):36-70.
- Cheng S. A critical review of Chinese Koro. *Cul Med Psychiatry.* 1996;20(1):67-82.
- Silva L, Raposo-Lima C, Soares C, Cerqueira J, Morgado P. Koro syndrome in an obsessive-compulsive disorder patient. *Eur Psychiatry.* 2016;33(Suppl):S618.
- American Psychiatric Association. Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico – DSM-5. Lisboa: Climepsi; 2015.

12. Moreira PS, Marques P, Soriano-Mas C, Magalhães R, Sousa N, Soares JM, et al. The neural correlates of obsessive-compulsive disorder: a multimodal perspective. *Transl Psychiatry*. 2017;7(8):e1224.
13. Kalaitzi CK, Kalantzis A. Cannabis-induced koro-like syndrome. A case report and mini review. *Urol Int*. 2006;76(3):278-80.
14. Ramirez-Bermudez J, Aguilar-Venegas LC, Crail-Melendez D, Espinola-Nadurille M, Nente F, Mendez MF. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010;22(4):409-16.
15. Tseng WS. From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(4):554-76.