

Catatonía

Introdução

A compreensão e a classificação da catatonía têm-se alterado ao longo do tempo. Até 2013, as versões do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) classificavam a catatonía como um subtipo de esquizofrenia [1]. Em 2013, o DSM-5 passou a classificá-la como um elemento de vários problemas psiquiátricos e médicos. Em 2022, a 11ª revisão da *International Classification of Diseases*, (ICD-11) reconheceu a catatonía como uma entidade diagnóstica independente [2].

Embora a catatonía não seja rara, é raramente diagnosticada. Na minha experiência, é extremamente raro um médico sugerir tal diagnóstico. A primeira razão é o desconhecimento das características clínicas da catatonía. Mesmo que esse desconhecimento não exista, há vários factos inerentes ao diagnóstico que o tornam difícil: a sua gravidade varia de anormalidades comportamentais subtis com a duração de apenas algumas horas, até formas malignas, por vezes letais; os elementos clínicos podem flutuar durante períodos variáveis entre estupor e agitação intensa ou pode haver uma mudança de conversa normal a mutismo que persistente por horas; os doentes com catatonía não se envolvem com o ambiente ou com outras pessoas tornando difícil a avaliação clínica [1]. Destas circunstâncias resultam estimativas de prevalência variáveis. Em psiquiatria, quer de urgência quer no internamento, as estimativas da prevalência variam de 9 a 30%; nos doentes médicos, a estimativa é < 10%.

Não há sinais patognomónicos de catatonía e, por essa razão, usa-se uma combinação de sinais clínicos. A resposta às benzodiazepinas é um dado importante no diagnóstico de catatonía, embora não seja universal [3].

Crítérios de diagnóstico da ICD-11 [2]

Características essenciais (exigidas):

A presença de três ou mais dos sintomas seguintes de actividade psicomotora diminuída, aumentada ou anormal. Os três sintomas podem vir de uma ou qualquer combinação dos três agrupamentos de sintomas seguintes:

Actividade psicomotora diminuída

- Olhar fixo: pestanejar diminuído, olhos muito abertos com frequência

- Ambitendência: aparência de estar bloqueado a nível motor com movimentos hesitantes ou indecisos
- Negativismo: oposição ou comportando-se contrariamente aos pedidos ou instruções, que pode levar a suspensão da interacção com outros (afastando-se) ou recusa de tomar alimentos ou beber quando oferecido
- Estupor: imobilidade; ou actividade psicomotora muito reduzida; minimamente reactivo a estímulos externos
- Mutismo: Muito pouca ou nenhuma resposta verbal; o discurso pode ser sussurrado ao ponto de ser incompreensível (não conta se esses sintomas forem devidos a doença do sistema nervoso ou outras doenças que afectem o discurso)

Actividade motora aumentada

Qualquer dos seguintes: hiperactividade extrema ou agitação sem razão com movimentos sem finalidade e/ou reacções emocionais extremas, impulsividade (empenhamento súbito em comportamento inapropriado sem provocação); combatividade (golpeando contra outros, geralmente sem direcção, com ou sem potencial para ferir)

Manifestações múltiplas de aumento da actividade psicomotora **devem contar apenas como um** dos três sintomas requeridos para o diagnóstico de catatonia.

Actividade psicomotora anormal

- Fazer caretas: expressões faciais estranhas ou anormais; muitas vezes inapropriadas ou irrelevantes para a situação
- Maneirismos: movimentos intencionais estranhos inapropriados para o contexto cultural do indivíduo; caricaturas exageradas de movimentos banais.
- Postura: manutenção espontânea e activa de uma postura contra a gravidade; sentado ou de pé por períodos longos sem reagir
- Estereotipia: actividade motora repetitiva e sem objectivo (ex., brincar com os dedos, tocar ou esfregar a si próprio repetidamente); a anormalidade não é inerente à acção mas à sua frequência
- Rigidez: resistência por aumento do tónus muscular. Pode variar em intensidade de ligeiramente aumentado a rigidez tipo “cano de chumbo” (necessita de exame físico)
- Ecofenómenos: imitar o discurso (ecolália) ou os movimentos (ecopraxia) do examinador
- Verbigeração: repetição contínua e sem direcção de palavras ou frases

- Flexibilidade cerosa: resistência ao posicionamento pelo examinador ligeiro e uniforme (necessita de exame físico)
- Catalepsia: indução passiva de uma postura (o examinador move passivamente uma extremidade do doente) que permanece mantida contra a gravidade (necessita de exame físico)

Os sintomas geralmente duram pelo menos várias horas, mas podem persistir muito mais. Para alguns aspectos graves (ex., estupor, catalepsia, mutismo, negativismo) ou se uma anormalidade dos sinais vitais (autónómicos) estiver presente, uma duração mais curta (ex., 15 minutos) pode ser suficiente para ser considerada um sintoma qualificador.

Os sintomas afectam significativamente o funcionamento diário ou são suficientemente graves para causar complicações médicas graves (ex., contracturas, exaustão, desidratação, aspiração) ou risco de morte resultante de anormalidades autonómicas ou complicações (ex., rigidez conduzindo a insuficiência renal por rabdomiólise)

Os sintomas não são mais bem atribuídos a uma doença do movimento primária classificada no capítulo de Doenças do Sistema Nervoso (da ICD-11).

Catatonía no Serviço de urgência

No serviço de urgência, uma apresentação frequente é a incapacidade de responder às perguntas (mutismo) e muito pouco movimento espontâneo (estupor) [1]. Estes comportamentos psicomotores devem ser distinguidos de delirium, que pode coexistir com catatonía. A epilepsia também pode ser um diagnóstico diferencial.

Outra forma de apresentação da catatonía neste contexto caracteriza-se por níveis flutuantes de comportamento psicomotor, variando de mutismo e estupor a agitação [1]. Esta forma de catatonía pode dever-se a ingestão de substâncias, em especial cannabis ou cocaína. Se houver rigidez muscular, o diagnóstico diferencial deve incluir a síndrome da serotonina e a síndrome maligna dos neurolépticos (SMN).

Outro tipo de apresentação é a rigidez, acompanhada de movimentos repetitivos sem objectivo [1]. Este tipo de catatonía geralmente ocorre em pessoas com autismo ou com perturbações no espectro da esquizofrenia.

A maioria das formas de catatonía remite prontamente com o tratamento apropriado. O teste do lorazepam é eficaz na catatonía [1]. Dentro de minutos após a administração de 1 a 2 mg de

lorazepam IV, a situação reverte. Esse efeito passa rapidamente, mas pode ser reativado com administração repetida. A administração IM ou oral também é eficaz, mas de início mais lento. Lorazepam é eficaz em até 90% dos casos de catatonia aguda.

Catatonia devida a uma patologia médica

Há dados que sugerem que, numa população não seleccionada, em cerca de 20% dos doentes com catatonia e em mais de 50% dos doentes com catatonia em situações médicas e cirúrgicas agudas, há uma doença médica associada que pode contribuir para a sua apresentação; essa percentagem sobe para quase 80% nos doentes mais velhos [3]. Nestes números, a SMN não está incluída. Há vários dados clínicos que sugerem uma probabilidade mais alta de “catatonia médica”, incluindo delirium, perturbações autonómicas clinicamente significativas, excitação catatónica, presença do reflexo de preensão, pneumonia, história de patologia neurológica e história de convulsões [3].

Patologias médicas que podem subjazer à catatonia [3,4]	
Autoimunidade ou inflamação do SNC	Suspensão de fármacos ou drogas
Encefalite anti receptor NMDA	Alcool
Esclerose múltipla	Benzodiazepinas
Síndromes paraneoplásicas	Clozapina
Lupus eritematoso sistémico	Gabapentina
Outras causas de encefalite autoimune	Zolpidem
Infecções do SNC	Estados e doenças metabólicas
Meningite ou encefalite bacteriana	Cetoacidose diabética
Malária cerebral	Deficiência de G6PD
Encefalite VIH	Doença de Wilson
Doença de priões	Encefalopatia hepática
Panencefalite esclerosante subaguda	Encefalopatia de Wernick
Sífilis	Hiperamonemia
Meningite ou encefalite vírica	Hipercalcemia
Doenças endócrinas	Hiponatremia
Doença de Addison	Homocistinúria
Doença de Cushing	Pelagra
Hipertireoidismo	Porfíria
Hipoparatiroidismo	Porfíria
Hipotireoidismo	Uremia
Pan-hipopituitarismo	Deficiência de Vit. B12
Feocromocitoma	Doenças neurodegenerativas
Lesões neurológicas focais	Demência de corpos de Lewy
Lesões em várias regiões do SNC	Demência frontotemporal
Lesões ocupando espaço	Doença de Parkinson
Traumatismo do SNC	Epilepsia

Dano vascular	Estado epiléptico não convulsivo
Medicação, drogas ou overdose	Toxinas
Azitromicina	Gás de carvão
Antipsicóticos	Hidrocarbonetos fluorados
Baclofeno	Isopropanol
Antirretrovirais	Monóxido de carbono
Beta-lactâmicos, antibióticos	Outros
Canabinóides	Queimaduras
Cetamina	Narcolepsia
Ciclosporina	Sepsis
Corticosteróides	Electrocução
Dissulfiram	Insuficiência respiratória
Estimulantes do SNC	
Fenciclidina	
Levetiracetam	
Lítio	
LSD	
Opióides	
Tacrolimus	

G6PD - glucose-6-fosfato desidrogenase

Tratamento

Os dados em que se baseia o tratamento da catatonia são escassos. Há 2 aspectos distintos no tratamento da catatonia, o seu tratamento específico e o tratamento da doença ou doenças subjacentes. Embora o emprego de qualquer uma dessas abordagens possa ser eficaz em alguns casos, há muitos casos em que usar a outra ou a combinação das duas é bem-sucedida [3].

- A resposta ao tratamento da catatonia é mais provável ou mais rápida em doentes com duração mais curta da doença [3]. Portanto, a catatonia deve ser tratada logo que possível.
- O tratamento de primeira linha da catatonia deve geralmente incluir um ensaio com uma benzodiazepina e/ou tratamento electroconvulsivo (TEC), embora, no contexto de cuidados paliativos, o TEC tenha um lugar mais limitado.
- Se a catatonia resultar da suspensão da clozapina ou de benzodiazepinas, estas devem ser reiniciadas.
- Se a catatonia for crónica e ligeira no contexto de esquizofrenia, deve considerar-se um ensaio com clozapina [3].
- O lorazepam é a benzodiazepina mais usada, mas estudos mostraram que outras benzodiazepinas podem ser eficazes. O lorazepam usa-se nas doses de 1 a 4 mg por dia, mas tem sido usado até 16 mg por dia, tendo sido usado mesmo até 24 mg [3]. A dose diária

é geralmente dividida em 2 a 4 doses. Pode ser administrada por via oral, IM ou IV. As respostas vão de 66% a 100%. A resposta pode ser parcial ou completa em horas, embora, por vezes, possa demorar alguns dias. As benzodiazepinas para a catatonia não devem ser suspensas abruptamente, mas reduzidas progressivamente a uma velocidade que depende do balanço entre os benefícios terapêuticos e o risco de efeitos de privação, a possibilidade de dependência e os riscos do uso das benzodiazepinas a longo prazo.

- Um modo possível de iniciar o tratamento é administrar lorazepam 1-2 mg IV, 1-2 mg IM ou 2 mg por via oral e reavaliar as manifestações de catatonia após 2 minutos da administração IV, 15 minutos após a IM e 30 minutos após a administração por via oral.
- Quando o tratamento de primeira linha da catatonia for ineficaz ou apenas parcialmente eficaz, pode considerar-se um ensaio com um antagonista do receptor NMDA, como amantadina ou memantina. As doses de amantadina usadas variaram entre 100 e 600 mg por dia, mas a maioria dos doentes recebeu 200 mg por dia [3].
- Quando a terapêutica de primeira linha e os antagonistas do receptor NMDA são ineficazes ou apenas parcialmente eficazes, pode considerar-se um ensaio com levodopa, agonistas da dopamina, carbamazepina, valproato, topiramato ou um antipsicótico de segunda geração.
- A medicação antipsicótica deve ser evitada se não houver doença psicótica subjacente [3].
- Quando o tratamento de primeira linha da catatonia for ineficaz ou apenas parcialmente eficaz, pode considerar-se um ensaio com um antagonista do receptor NMDA, como amantadina ou memantina. As doses de amantadina usadas variaram entre 100 e 600 mg por dia, mas a maioria dos doentes recebeu 200 mg por dia [3].
- Quando a terapêutica de primeira linha e os antagonistas do receptor NMDA são ineficazes ou apenas parcialmente eficazes, pode considerar-se um ensaio com levodopa, agonistas da dopamina, carbamazepina, valproato, topiramato ou um antipsicótico de segunda geração.
- A medicação antipsicótica deve ser evitada se não houver doença psicótica subjacente [3].

Catatonia maligna

A catatonia pode ser vista como um contínuo, com formas ligeiras num extremo e formas mais graves, com hipertermia e disfunção autonómica, no outro. Pode haver excitação motora intensa, progredindo para exaustão estuporosa, colapso cardiovascular, coma e morte [3]. Tal como as formas mais ligeiras, a catatonia maligna não é uma doença específica, mas uma síndrome associada a diversas doenças neurológicas, médicas e psiquiátricas. A mortalidade é actualmente de 10%.

A catatonia maligna geralmente é indistinguível da SMN, portanto, o uso de antipsicóticos parece inadequado [3]: 78% dos doentes tratados só com um antipsicótico morreram; muitos doentes com catatonia desenvolveram sinais malignos só depois do tratamento com antipsicóticos.

As recomendações para o tratamento da catatonia baseiam-se apenas em casos clínicos. Todas as directrizes recomendam TEC como tratamento inicial ou como segunda linha após um ensaio com benzodiazepinas ter falhado. O efeito das benzodiazepinas na catatonia maligna não é tão consistente como nas outras formas, mas pode haver benefício em cerca de um terço dos doentes [3]. Podem ser necessárias doses tão altas quanto 24 mg de lorazepam por dia.

Em resumo, na catatonia maligna:

- Suspender todos os antagonistas da dopamina
- Começar um ensaio com lorazepam com 8 mg/dia (oral, IM ou IV), titulando de acordo com a resposta e a tolerabilidade até ao máximo de 24 mg/dia.
- Se houver uma resposta parcial ou nenhuma dentro de 48 a 72 horas, a opção será o TEC, que pode ser inadequado em cuidados paliativos.

Catatonia em cuidados paliativos

A catatonia pode ter um grande impacto em doenças avançadas, mas muitas vezes não é reconhecida. As suas manifestações podem ser atribuídas a demência ou ao próprio processo de morrer [5]. Estas interpretações erradas podem causar erros na avaliação do prognóstico, alterando os objectivos do tratamento e levando à tomada de decisões prematuras de referenciação para instituições ou a suspensão de tratamentos.

Nos cuidados paliativos, as manifestações de catatonia podem ser subtis. Agitação, mutismo, retenção urinária, rigidez ou diaforese inexplicada, podem ser facilmente atribuídos a delirium hipoaactivo, depressão ou privação. Neste contexto, a catatonia pode parecer um delirium terminal ou uma demência progressiva [5].

É, por isso, importante estar atento aos sinais de catatonia em doentes em cuidados paliativos. O seu reconhecimento começa com a suspeita clínica.

Distinguir catatonia de delirium é importante, mas ambos podem ocorrer conjuntamente. Mas a distinção é importante, porque as benzodiazepinas podem resolver a catatonia, mas agravar o delirium [5]. Um dado clínico importante pode ser um delirium que não melhora com o tratamento ou piora com os antipsicóticos; neste caso, deve-se considerar a catatonia. Nestes casos, uma

resposta positiva a uma dose diagnóstica de lorazepam indica que tratar a catatonia provavelmente é mais benéfico do que perigoso [5]. Embora com risco, uma dose única de lorazepam é frequentemente bem tolerada e, se a suspeita for razoável, o benefício potencial de identificar e tratar a catatonia provavelmente supera os riscos.

Referências

1. Heckers S, Walther S. Catatonia. *N Engl J Med*. 2023 Nov 9;389(19):1797-1802. doi: 10.1056/NEJMra2116304.
2. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#486722075> (acedido em 10/08/2026).
3. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, Francis A, Wieck A, Elizabeth Wachtel L, Lewis G, Grover S, Hirjak D, Ahuja N, Zandi MS, Young AH, Fone K, Andrews S, Kessler D, Saifee T, Gee S, Baldwin DS, David AS. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2023 Apr;37(4):327-369. doi: 10.1177/02698811231158232.
4. Oldham MA. The Probability That Catatonia in the Hospital has a Medical Cause and the Relative Proportions of Its Causes: A Systematic Review. *Psychosomatics*. 2018 Jul-Aug;59(4):333-340. doi: 10.1016/j.psym.2018.04.001. Epub 2018 Apr 9. Erratum in: *Psychosomatics*. 2018 Nov;59(6):626. doi: 10.1016/j.psym.2018.07.008.
5. Robbins-Welty GA, Gensler L, Kalivas B, Wilson JE, Smith JR, Lindenfeld P, Riordan P, Coulter A, Fishman D, Noufi P. Catatonia in the medically ill and dying: a review for palliative care clinicians. *Ann Palliat Med*. 2025 Nov;14(6):600-616. doi: 10.21037/apm-25-76.