

Relato de Caso

Manejo da Catatonia Aguda com Midazolam Intramuscular: Expandindo o Arsenal Terapêutico

Gustavo Correa Emerick ^{1,*}, Mariana Mafredi ², Vicente Gabriel Winck Mattos ², Ana Caroline Alencar Siqueira ²

¹ Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

* Correspondência: emerickgustavoo@gmail.com.

Resumo: De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), a catatonia é uma síndrome comportamental caracterizada por alterações psicomotoras que, apesar da plena capacidade física do indivíduo para realizar movimentos, tornam-se anormais (movimentos limitados, excessivos ou excêntricos). Trata-se de uma condição grave que requer tratamento imediato, visando à remissão completa. O manejo envolve medidas multidisciplinares, como monitoramento da ingestão hídrica e alimentar, prevenção de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), contraturas e úlceras por pressão, além do controle da atividade psicomotora. A catatonia é tratada com benzodiazepínicos (especialmente lorazepam oral ou intramuscular) ou electroconvulsoterapia (nos casos resistentes ao tratamento medicamentoso). Este relato objetivo apresenta o caso de uma paciente de 18 anos que apresentou seu primeiro episódio catatônico durante internação psiquiátrica, com negativismo/resistência ao tratamento oral. A paciente apresentou resolução rápida (aproximadamente 15 minutos) após a administração de 5 mg de midazolam intramuscular. Essa escolha foi atribuída à indisponibilidade do tratamento de primeira linha (lorazepam) na instituição, além dos sintomas negativistas que impediam a administração oral. A Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BF-CRS) foi aplicada antes e após o tratamento, demonstrando redução do escore de 33 para 12, com resolução de alguns sinais/sintomas do episódio catatônico: estupor, catalepsia, flexibilidade cêrea, mutismo, negativismo, maneirismos, estereotípias e caretas. Isso possibilitou a continuidade do tratamento por via oral. O midazolam pode ser uma opção adequada, rápida e segura nesses casos específicos em que outros psicofármacos não estão disponíveis. Este é um dos poucos casos em que essa medida foi utilizada em contexto clínico. Estudos adicionais são necessários para investigar e sustentar as bases dessa opção terapêutica. A paciente foi recrutada por busca ativa e foi plenamente informada, juntamente com seu responsável legal, sobre todos os aspectos do estudo, incluindo objetivos, procedimentos, riscos potenciais e benefícios. O consentimento expresso foi obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com as diretrizes éticas vigentes.

Citação: Emerick GC, Mafredi M, Mattos VGW, Siqueira ACA. Manejo da Catatonia Aguda com Midazolam Intramuscular: Expandindo o Arsenal Terapêutico. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr191.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr191>

Recebido: 20 Novembro 2025

Aceito: 24 Maio 2026

Publicado: 27 Maio 2026

Palavras-chave: Catatonia; Midazolam; Psiquiatria; Hospital.



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A catatonia é uma síndrome psicomotora potencialmente fatal, apesar da plena capacidade física do indivíduo para realizar movimentos [1]. Caracteriza-se por um amplo espectro de sintomas, variando da inibição à agitação, com comprometimento da volição e da função vegetativa [2,3]. O transtorno pode se sobrepor a outras condições psiquiátricas e médicas e, em casos graves, pode ocorrer disfunção do sistema nervoso autônomo, levando a complicações como desnutrição e desidratação, eventos tromboembólicos, rab-

domiólise e taxas consistentes de mortalidade [3,4]. De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), o diagnóstico de catatonia requer a identificação de três ou mais de 12 características, como catalepsia, flexibilidade cérea, mutismo, negativismo, posturas, maneirismos, estereotípias, agitação, ecolalia e ecopraxia [5].

Os critérios diagnósticos não são totalmente padronizados e podem variar entre os estudos [4–6]. Escalas de avaliação, como a Bush–Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), podem ser utilizadas para triagem e avaliação da gravidade [7,8]. Embora a catatonia seja uma síndrome neuropsiquiátrica complexa, quando identificada, sua apresentação aguda pode ser revertida de forma rápida e eficaz [2]. O manejo envolve medidas multidisciplinares, como monitoramento da ingestão alimentar e hídrica, prevenção de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), contraturas e úlceras por pressão, além do controle da agitação psicomotora [1–3]. O tratamento de primeira linha nos casos agudos consiste em benzodiazepínicos, particularmente o lorazepam (sublingual, intramuscular ou intravenoso) [1]. Entretanto, a resposta terapêutica frequentemente é insatisfatória, com muitos pacientes apresentando apenas melhora parcial [1,2].

A eletroconvulsoterapia (ECT) é utilizada quando há resistência ao tratamento farmacológico [1]. Este relato apresenta o caso de uma paciente do sexo feminino, de 18 anos, que desenvolveu seu primeiro episódio catatônico durante uma internação psiquiátrica, com negativismo e resistência ao tratamento oral. O quadro foi rapidamente revertido (em aproximadamente 15 minutos) após a administração de 5 mg de midazolam intramuscular. Essa escolha terapêutica foi motivada pela indisponibilidade do tratamento de primeira linha (lorazepam) no serviço, além dos sintomas negativistas que impediam a administração oral. A escala BFCRS foi aplicada antes e após o tratamento, demonstrando redução de 33 para 12 pontos, com resolução de diversos sinais e sintomas da catatonia, incluindo estupor, catalepsia, flexibilidade cérea, mutismo, negativismo, maneirismos, estereotípias e caretas, permitindo assim a continuidade do tratamento por via oral.

2. Relato de Caso

O presente caso descreve uma paciente do sexo feminino, de 18 anos, admitida no setor de emergência de um hospital localizado na região mais ao sul do Rio Grande do Sul, Brasil, após encaminhamento de uma unidade de pronto atendimento devido ao seu primeiro episódio psicótico. Ela estava acompanhada pelos pais no momento da admissão. Apresentava desorganização psíquica, discurso incoerente, comportamento bizarro e agitação psicomotora. Como a entrevista não pôde ser adequadamente conduzida, a anamnese foi obtida junto aos familiares: nos dois meses anteriores, a paciente apresentava isolamento social, negligência da higiene pessoal e comportamento suspeito/paranoide sem causa aparente ou trauma recente. Os sintomas pioraram progressivamente até que fosse procurada assistência médica. O quadro clínico incluía sintomas psicóticos manifestados por discurso desorganizado, alucinações auditivas, comportamento paranoide e agitação psicomotora. Não havia antecedentes psiquiátricos ou clínicos relevantes, nem uso de substâncias psicoativas.

Ao exame, a paciente permanecia agitada psicomotoramente, desorientada, com pensamento e comportamento desorganizados e minimamente cooperativa. Foram administradas medicações intramusculares (haloperidol 5 mg e prometazina 25 mg) devido à recusa de medicamentos por via oral. A investigação etiológica foi mantida, descartando causas neurológicas e orgânicas secundárias (exames laboratoriais, ressonância magnética cerebral e eletroencefalograma), bem como rastreamento toxicológico (sem alterações detectadas). Devido ao risco iminente para sua segurança e a de terceiros, foi indicada internação psiquiátrica involuntária. Durante a hospitalização, a paciente tornou-se menos agitada, tolerando manejo verbal, embora sintomas psicóticos significativos persistissem. Foi iniciado risperidona oral na dose de 1 mg/dia.

No dia seguinte, apresentou mudança comportamental abrupta, permanecendo indiferente ao ambiente, exibindo estupor, catalepsia, flexibilidade cérea, mutismo, negativismo passivo, maneirismos, estereotípias e caretas. Diante da suspeita clínica de catatonia e após discussão com a equipe psiquiátrica, foi administrado midazolam intramuscular 5 mg. Essa escolha foi motivada pela indisponibilidade do tratamento de primeira linha (lorazepam) e pelos sintomas negativistas que impediam a administração oral. A BFCRS foi aplicada antes e após o tratamento, com redução do escore de 33 para 12, resolvendo rapidamente (em cerca de 15 minutos) diversos sinais e sintomas catatônicos, permitindo a continuidade da terapia oral. Avaliações clínicas adicionais, exames laboratoriais e neuroimagem não evidenciaram alterações orgânicas.

O uso do midazolam não teve como objetivo o tratamento definitivo de manutenção, mas sim uma estratégia de estabilização aguda para possibilitar posterior transição para terapia oral. Apesar disso, a resposta ao midazolam permaneceu sustentada durante o período imediato de observação, sem recorrência significativa das manifestações catatônicas antes do início da terapia de manutenção com clonazepam, aproximadamente 3–4 horas depois. A paciente permaneceu em uso de antipsicótico (risperidona 1 mg) e clonazepam oral 1 mg duas vezes ao dia. Os sintomas catatônicos foram resolvidos em duas semanas, e os benzodiazepínicos foram gradualmente reduzidos. O tratamento antipsicótico foi titulado para risperidona 2 mg. Após 30 dias, recebeu alta hospitalar em uso de risperidona 2 mg/dia e clonazepam 0,5 mg à noite (para retirada gradual). Foi diagnosticada com transtorno esquizofreniforme, com especificador para catatonia associada a outro transtorno mental, de acordo com o DSM-5-TR [5], e encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para acompanhamento. O consentimento informado foi obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes éticas vigentes.

3. Discussão e Conclusão

Globalmente, este está entre os poucos relatos de caso que identificam o uso de midazolam no manejo da catatonia [9], especialmente por administração intramuscular em casos nos quais sintomas negativistas impediram o tratamento oral [9,10]. Dada a importância clínica da catatonia, tanto uma suspeita diagnóstica diligente quanto uma intervenção farmacológica precoce são essenciais para o sucesso terapêutico [1–4]. A avaliação clínica paralela também é necessária para excluir causas orgânicas que possam mimetizar ou desencadear episódios catatônicos, particularmente em contextos de emergência [11]. Neste caso, exames laboratoriais, neuroimagem (ressonância magnética craniana), eletroencefalograma e rastreamento toxicológico foram realizados, excluindo causas clínicas secundárias. A escolha terapêutica na catatonia aguda deve considerar diversos fatores, incluindo a sintomatologia aguda e a urgência da intervenção [1,2]; recusa de medicações orais [12]; indisponibilidade do tratamento de primeira linha no ambiente hospitalar [11–13]; e o perfil de segurança do midazolam em emergências psiquiátricas [11–14]. Dentro das doses recomendadas e considerando fatores farmacocinéticos e farmacodinâmicos, a administração intramuscular de 5 mg de midazolam resolveu quase completamente os sintomas catatônicos.

O escore da BFCRS diminuiu de 33 para 12, com melhora rápida (aproximadamente 15 minutos). Do ponto de vista epidemiológico, a prevalência da catatonia é variável, e os dados da literatura derivam de populações heterogêneas e amostras indiretas [15,16]. Como no presente caso, a catatonia é frequentemente diagnosticada durante episódios psiquiátricos agudos em pacientes hospitalizados, correspondendo a aproximadamente 10% desses casos [15–17]. Episódios catatônicos também estão comumente associados a síndromes psicóticas [16]. Notavelmente, a maior parte dos dados sobre catatonia, sejam demográficos ou clínicos, origina-se de relatos ou séries de casos [10].

Em relação ao tratamento, as evidências científicas continuam sustentando os benzodiazepínicos, especificamente o lorazepam, como a opção farmacológica de escolha [1,2]. As vias oral ou intramuscular (nos casos de recusa oral) são preferidas [2]. Em casos resistentes ou de falha terapêutica, a eletroconvulsoterapia (ECT) permanece como uma opção eficaz e segura [16]. Nesse contexto, o midazolam foi escolhido devido à sua disponibilidade como benzodiazepínico pertencente à mesma classe farmacológica do padrão-ouro (lorazepam) [2], além da possibilidade de administração intramuscular. Outros benzodiazepínicos, como diazepam e clonazepam, também não foram considerados porque formulações parenterais não estavam disponíveis no contexto institucional, tornando o midazolam o único benzodiazepínico prontamente acessível para a intervenção aguda. O midazolam é amplamente utilizado em outros cenários médicos, particularmente em cuidados críticos, como pré-anestésico ou em emergências psiquiátricas [11]. Sua curta meia-vida pode exigir doses repetidas para manutenção do controle sintomático [13]. Os efeitos adversos associados ao uso intramuscular incluem hematoma local, lesão nervosa, dor e toxicidade (alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas).

Uma limitação relevante deste caso é a relação temporal entre a exposição aos antipsicóticos e o surgimento dos sintomas catatônicos. A paciente recebeu haloperidol 5 mg IM associado à prometazina 25 mg IM para agitação psicomotora grave no contexto de emergência, e risperidona oral 1 mg/dia foi iniciada durante a hospitalização antes do início abrupto dos sinais catatônicos. Portanto, a possibilidade de catatonia associada a antipsicóticos não pode ser excluída e pode ter atuado como fator precipitante ou agravante. Essa questão é particularmente relevante porque agentes bloqueadores dopaminérgicos podem piorar a catatonia e, em alguns casos, contribuir para a síndrome neuroléptica maligna.

A síndrome neuroléptica maligna (SNM) foi considerada no diagnóstico diferencial; entretanto, a paciente não apresentou hipertermia, rigidez generalizada grave ou instabilidade autonômica importante. Além disso, sinais vitais, temperatura corporal e níveis séricos de creatinofosfoquinase (CPK) permaneceram dentro dos limites da normalidade durante toda a avaliação clínica. Assim, embora a apresentação clínica tenha sido considerada mais compatível com catatonia do que com SNM, a possibilidade de catatonia associada a antipsicóticos permanece como importante fator de confusão e é reconhecida como limitação deste relato.

Uma segunda limitação relaciona-se ao próprio uso do midazolam. O midazolam não foi mantido devido à curta duração de ação e à limitada praticidade para uso oral de manutenção [13]. Por esse motivo, o clonazepam oral foi introduzido posteriormente devido à sua maior duração de ação e maior viabilidade para tratamento continuado [17]. Embora as evidências que sustentam o uso do clonazepam na catatonia ainda sejam bastante limitadas em comparação ao lorazepam, ele permanece mais frequentemente descrito na literatura do que o midazolam [18,19]. Dessa forma, o midazolam intramuscular funcionou principalmente como uma intervenção de ponte rápida em um contexto de recursos limitados. Portanto, não foi possível determinar por quanto tempo o efeito terapêutico do midazolam isoladamente teria persistido após a administração. Além disso, doses adicionais de midazolam não foram administradas, o que também limita conclusões sobre a possibilidade de melhora sintomática adicional com doses repetidas.

Embora o escore da BFCRS tenha diminuído significativamente de 33 para 12 em aproximadamente 15 minutos após a administração intramuscular de midazolam, características catatônicas residuais ainda estavam presentes na reavaliação, indicando remissão parcial em vez de completa. As melhorias mais substanciais foram observadas em estupor, catalepsia, flexibilidade cérea, mutismo, negativismo, maneirismos, estereotípias e caretas. Os sintomas residuais incluíam redução da interação espontânea, lentificação psicomotora leve, olhar fixo intermitente, diminuição da espontaneidade verbal e traços negativistas sutis (Tabela 1).

Table 1. Comparative Assessment of Bush–Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) Scores Before and After Intramuscular Midazolam Administration.

Itens da BFCRS	Escore Antes do Midazolam	Escore Após Midazolam
Excitação	0	0
Imobilidade/Estupor	3	1
Mutismo	3	1
Olhar Fixo	3	1
Postura/Catalepsia	3	1
Caretas	3	2
Ecopraxia/Ecolalia	0	0
Estereotípias	3	2
Maneirismos	3	1
Verbigeração	0	0
Rigidez	0	0
Negativismo	1	1
Flexibilidade Cérea	3	0
Retraimento	0	0
Impulsividade	2	0
Obediência Automática	3	2
Mitgehen	3	0
Gegenhalten	0	0
Ambitendência	0	0
Reflexo de Preensão	0	0
Perseveração	0	0
Combatividade	0	0
Anormalidade Autonômica	0	0
Escore Total da BFCRS	33	12

À luz dessas considerações, é importante enfatizar que este relato não é inédito, uma vez que outros casos publicados descrevem o uso de midazolam para reversão da catatonía [10], incluindo vias alternativas de administração, como subcutânea [12] e intravenosa [13]. Entretanto, em nível nacional, permanece entre os raros registros publicados. Embora não seja um fármaco de primeira linha, o midazolam parece ser uma opção rápida e segura em situações específicas nas quais os psicotrópicos padrões não estão disponíveis. Este é um dos poucos relatos de seu uso em um contexto clínico real. Estudos adicionais são necessários para investigar e sustentar as bases terapêuticas dessa opção e seu uso como estratégia aguda de transição (*bridging strategy*).

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Todos os procedimentos seguiram os princípios da Declaração de Helsinque. A paciente forneceu consentimento informado por escrito para o tratamento e para a publicação deste relato de caso.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World J Psychiatry*. 2016 Dec 22;6(4):391-398. doi: 10.5498/wjp.v6.i4.391.
2. Coffey MJ. Catatonia in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In: UpToDate. Waltham (MA); 2025 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/catatonia-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
3. Walther S, Stegmayer K, Wilson JE, Heckers S. Structure and neural mechanisms of catatonia. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jul;6(7):610-619. Doi: 10.1016/S2215-0366(18)30474-7.
4. Rogers JP, Pollak TA, Begum N, Griffin A, Carter B, Pritchard M, Broadbent M, Kolliakou A, Ke J, Stewart R, Patel R, Bomford A, Amad A, Zandi MS, Lewis G, Nicholson TR, David AS. Catatonia: demographic, clinical and laboratory associations. *Psychol Med*. 2023 Apr;53(6):2492-2502. doi: 10.1017/S0033291721004402.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5ª ed. texto revisado. Porto Alegre: Artmed; 2022.
6. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 May 20]. Available from: <https://icd.who.int/>
7. Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *J Affect Disord*. 2011 Dec;135(1-3):1-9. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.012.
8. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Feb;93(2):129-36. doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x.
9. Mustafa FA. Intravenous Midazolam as a Diagnostic Test for Catatonia. *J ECT*. 2017 Dec;33(4):e36. doi: 10.1097/YCT.0000000000000439.
10. Mogallapu R, Fama J, Ang-Rabanes M, Flint T. Case study: Scheduled midazolam used in the treatment of catatonia. *Psychiatry Res Case Rep*. 2023;2(2):100156. doi: 10.1016/j.psycr.2023.100156.
11. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, Calfat ELB, Ismael F, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Cordeiro Q, da Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019 Jul-Aug;41(4):324-335. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0177.
12. Raymond V, Véry E, Jullien A, Eyvrard F, Anguill L, Yrondi A. Case Report: Use of Subcutaneous Midazolam During an Episode of Catatonia. *Front Psychiatry*. 2021 Apr 14;12:666646. doi: 10.3389/fpsy.2021.666646. PMID: 33935843; PMCID: PMC8079751.
13. Delisle JD. Catatonia unexpectedly reversed by midazolam. *Am J Psychiatry*. 1991 Jun;148(6):809. doi: 10.1176/ajp.148.6.809a.
14. Cordioli AV, Gallois CB, Passos IC. Psicofármacos: consulta rápida. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2023
15. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
16. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul;160(7):1233-41. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1233.
17. DeVane CL, Ware MR, Lydiard RB. Pharmacokinetics, pharmacodynamics, and treatment issues of benzodiazepines: alprazolam, adinazolam, and clonazepam. *Psychopharmacol Bull*. 1991;27(4):463-73. PMID: 1687613.
18. Zaman H, Gibson RC, Walcott G. Benzodiazepines for catatonia in people with schizophrenia or other serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Aug 5;8(8):CD006570. doi: 10.1002/14651858.CD006570.pub3.
19. Centanni N, Tisher A, Caron M, Mooers T, Nichols S. Midazolam in the treatment of catatonia: A case series. *Am J Health Syst Pharm*. 2025 Dec 16;83(1):e12-e18. doi: 10.1093/ajhp/zxaf200.