



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dácil Hernández García, Isabel Caparrós del Moral, Jonatán González Padilla, Laura Alarcó Ubach, Elena Sandra Pérez Rosales

Lokera9@hotmail.com

TEC, Síndrome catatónico.

RESUMEN

El objetivo de este caso es describir la clínica, evolución y tratamiento de un Síndrome catatónico en el contexto de un Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo.

Se trata de un varón de 20 años, soltero, el mayor de dos hermanos (ambos adoptados). Vive con su familia. Empezó estudios de Ingeniería Industrial en Universidad de Málaga y posteriormente se matriculó en Económicas en ULL, pero no superó ninguna asignatura.

Sin antecedentes somáticos de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Durante dos años consumo habitual de cannabis y ocasional de hongos alucinógenos. Acude por presentar Trastornos Conductuales de más de un año de evolución; tuvo diversas evaluaciones y tratamientos por neurólogos y psiquiatras privados. Finalmente ingresa en Servicio de Neurología en junio 2019 por trastorno del lenguaje, síntomas motores y conducta de características atípicas. Las pruebas complementarias normales y las características atípicas obligan a descartar un origen inmune/paraneoplásico del cuadro. Tras tratamiento con corticoides que no resultó efectivo, se decidió traslado a UIB Psiquiatría.

En la exploración se constatan síntomas compatibles con un Síndrome Catatónico. Se comenzó tratamiento con TEC al que responde satisfactoriamente con desaparición de los síntomas motores a partir de la 4 sesión.

Progresivamente se constataron síntomas psicóticos de tipo esquizofrénico: alucinaciones auditivas en segunda y tercera persona, lectura del pensamiento e ideas delirantes de perjuicio; severo trastorno formal del lenguaje; humor depresivo persistente.

Se administraron 18 sesiones de TEC con aplicación bilateral y frecuencia de 3 sesiones semanales. No se produjeron efectos adversos. Al alta estaba libre de síntomas motores y

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

el humor era subdepresivo. Negaba ideas de suicidio y persistían voces alucinatorias esporádicas, con escasa o nula repercusión conductual.

La Terapia Electroconvulsiva debería considerarse como tratamiento en los pacientes con Síndrome Catatónico con independencia de su origen. Es importante la formación y reciclaje de personal sanitario en la TEC que ha mostrado ser segura y eficaz.

INTRODUCCIÓN

La catatonía es un síndrome de alteraciones motoras que puede presentarse tanto en enfermedades psiquiátricas (trastornos afectivos y esquizofrenia, fundamentalmente) como en enfermedades no psiquiátricas. La catatonía se asocia con morbilidad y mortalidad significativas si no se trata. El uso de benzodiazepinas y/o Terapia electroconvulsiva ha sido eficaz en la mayoría de los pacientes. Es una de las situaciones clínicas con mejor respuesta a la TEC (tasas de respuesta entre el 80-100%). En las últimas décadas la incidencia de catatonía se ha visto reducida, y se cree que en parte se debe a un infradiagnóstico. Actualmente, la patobiología sigue siendo muy desconocida. Los sistemas de neurotransmisores sospechosos incluyen ácido gamma-aminobutírico (GABA) y glutamato. La mayoría de los estudios de neuroimagen señalan una reducción de la actividad en el estado de reposo y una hipoactividad en las áreas motoras corticales de la corteza frontal y parietal.

En esta exposición presento el caso de un varón de 20 años ingresado en la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría por sospecha de un Síndrome psicótico trasladado desde el Servicio de Neurología donde estaba ingresado por presentar alteración de la conducta y del lenguaje de inicio insidioso y curso progresivo de aproximadamente un año de evolución. Tras el diagnóstico de Síndrome Catatónico se decidió iniciar tratamiento con TEC con recuperación íntegra y rápida de la sintomatología motora.

OBJETIVOS

Describir la clínica, evolución y tratamiento de un Síndrome Catatónico en el contexto de un Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo. Importante saber realizar un diagnóstico precoz basado en la clínica para aplicar lo antes posible el tratamiento adecuado.

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:

- **Situación sociofamiliar:** Varón de 20 años, soltero, natural de Perú, el mayor de dos hermanos (ambos adoptados), vive con sus padres y su hermana en La Palma (salvo en los periodos lectivos, en los que vivió en Málaga primero y en La Laguna después). Empezó estudios de Ingeniería Industrial en Universidad de Málaga donde vivió dos años y solo aprobó una asignatura en el primer año. En el curso 2018/2019 se matriculó en Económicas en la Universidad de La Laguna, pero no superó ninguna asignatura.
- **Antecedentes Somáticos:** Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas.
- **Hábitos tóxicos:** Durante el tiempo vivido en Málaga refiere haber consumido cannabis y, de modo ocasional, hongos alucinógenos. Al menos durante los últimos meses antes del ingreso no había consumido tóxicos.
- **Psicobiografía:** Adoptado a los 13 meses de vida; hasta entonces vivió en un orfanato en Perú. Buen desarrollo evolutivo psicomotor. Descrito por los padres como sociable, extrovertido. Buen rendimiento académico hasta que inició estudios Universitarios.
- **Antecedentes Psiquiátricos:** Presenta Trastornos conductuales de más de un año de evolución; tuvo diversas evaluaciones y tratamientos por neurólogos y psiquiatras privados. Finalmente ingresó en el Servicio de Neurología del HUNSC en junio de 2019 por trastornos del lenguaje, síntomas motores y conductas de características atípicas.

Antecedentes psiquiátricos familiares: Desconocidos, dado que la madre biológica lo dejó en adopción en un hospital de Perú nada más nacer.

Enfermedad actual

En *julio de 2018* regresó a La Palma tras finalizar el curso académico en Málaga. Ese verano sacó el carnet de conducir y se relacionó normalmente con sus amigos. Se matriculó en Ciencias Económicas, pero en julio de 2018 comenzó con episodios de cefaleas, deterioro del estado general y alteración del estado del ánimo consistente en un estado de ánimo de tristeza y ansiedad, con mayor retraimiento social, así como una alteración del lenguaje con mayor lentitud en el procesamiento del mismo y fallos en su emisión.

Fue valorado por neurólogo privado quien solicitó estudios analíticos, RM cerebral y EEG, sin resultados clínicamente significativos. El *29-04-2019* fue valorado por un psiquiatra

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

privado que les planteó la posibilidad de los diagnósticos de depresión o esquizofrenia y le prescribió Fluoxetina (20 mg/día). El 05-05-2019 lo llevaron al Servicio de urgencias del HUC, donde fue valorado por neurología y psiquiatría; estuvo 48 horas en observación y fue dado de alta con derivación a su USM y posible diagnóstico de Trastorno de conversión. Tomó Fluoxetina que le produjo un aparente empeoramiento de la sintomatología motora por lo que fue retirado posteriormente.

Progresivamente fueron apareciendo otros síntomas motores: torpeza motora (como si no supiera andar), comía apenas sin masticar, coordinaba mal los movimientos al jugar a la raqueta en la playa, tenía movimientos de la cara que parecían tics, a veces parecía rígido, otras veces se quedaba quieto en un sitio y de pie. Aislamiento social: llevaba varias semanas en que no accedía a las redes sociales, no hablaba por teléfono con amigos, apenas mostraba iniciativa, pero se dejaba llevar por las actividades que le proponían los familiares (caminar, nadar, jugar a baloncesto con unos amigos) y parecía relajarse amontonando y cambiando de sitio piedras de unos muros que había en la finca de sus padres. Empeoramiento en el trastorno del lenguaje: empezó a usar circunloquios o palabras muy sofisticadas o técnicas, luego neologismos, en algunos momentos mutista.

Dado el empeoramiento neurológico y psicopatológico con mayor bradipsiquia, desorientación y alteración cada vez más prominente de la emisión del lenguaje, acude al Servicio de Urgencias de este hospital (HUNSC) en *junio de 2019* donde es valorado por el Servicio de Psiquiatría. Dado que no presentaba ideación suicida o semiología productiva delirante ni alteraciones en la esfera sensorio-perceptiva, recomendaron valoración e ingreso en el Servicio de Neurología para descartar patologías que justificaran el cuadro clínico. Se plantearon inicialmente los siguientes diagnósticos diferenciales: Trastorno conversivo/disociativo, Catatonía y Trastorno facticio ("ganseriforme").

Exploración física

Sistémica: Hemodinámicamente estable. Eupneico en reposo. Normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación profunda ni superficial; no se palpan masas ni visceromegalias. Miembros inferiores sin edemas.

Neurológica: Estado mental y funciones superiores: orientado parcialmente en tiempo. Lenguaje y habla: elementos disfásicos, fluentes con tartamudez en el discurso; repetición conservada. Pares craneales: alteración en la conjugación de la mirada. Motor: balance

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

muscular 5/5 global y simétrico. Reflejos osteotendinosos 2/4 simétricos. Marcha normal con ligera disminución del braceo derecho, sin posturas distónicas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Pruebas de laboratorio:

- **Analítica de protocolo (26-06-2019):** Hemograma y tiempos de coagulación normales. Bioquímica normal. Proteinograma sin alteraciones significativas. Autoinmunidad normal. Serologías sífilis y VIH negativas.
- **Sistemático de orina (26-06-2019):** normal.
- **Tóxicos en orina (26-06-2019):** Negativos para cannabis, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, opioides, metadona, barbitúricos, benzodiazepinas.
- **Análisis de LCR (15-07-2019):** Punción lumbar en decúbito lateral tras firma de consentimiento informado. Aspecto claro con una presión de salida de 7 cmH₂O. Bioquímica sin alteraciones. Autoinmunidad normal con Ac. Antigangliosidos negativos. Gram negativo. Cultivo negativo. Bandas oligoclonales negativas. AP LCR acelular. No se aprecia anormalidad evidente de ácidos orgánicos LCR. No se detecta proteína 14-3-3 LCR. No se observa anormalidad evidente de aminoácidos cuantitativos.
- **Estudio genético para corea de Huntington (25-07-2019):** Se descarta Enfermedad de Huntington.
- **Estudio de anticuerpos onconeuronales en suero y LCR, anticuerpos anti-GAD en suero y LCR; anticuerpos anti-superficie neuronal en suero y LCR (06-09-2019):** No se ha encontrado inmunoreactividad compatible con anticuerpos onconeuronales (Hu, Yo, Ri, Tr, CV2, anifisina, Ma2, SOX1) u otros anticuerpos intracelulares (GAD, GFAP, AK5, ...). No se ha encontrado inmunoreactividad compatible con la presencia de anticuerpos antineuropilo (anti-receptor de NMDA; AMPA; GABAA; GABAB; mGluR1; mGluR5; DPPX; IgLON5; Neurexina; LGI1y CASPR2).

Pruebas de imagen:

- **TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste (16-06-2019):** estudio sin hallazgos significativos.
- **PET CEREBRAL con 18F-FDG (16-06-2019):** El estudio muestra marcado hipometabolismo en la cortical temporal bilateral, de predominio izquierdo y más marcado en regiones mesiales. También se observa hipometabolismo leve en la cortical parietal derecha. Está preservado el metabolismo en estructuras subcorticales. Los hallazgos

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

descritos en lóbulos temporal son patológicos y si bien no siguen el patrón típico de la sospecha diagnóstica de encefalitis autoinmune, no permiten descartar esta patología dado que hallazgos similares han sido descritos en la literatura. Recomendamos correlación clínica y con resultados de otros estudios de imagen.

- **RM cerebral (28-06-2019):** Quiste aracnoideo temporal anterior izquierdo de unos 34 x 16 mm con escaso efecto expansivo. Resto dentro de la normalidad.

Otras pruebas:

- **ECG:** Ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización.
- **EEG:** Sin hallazgos patológicos significativos.
- **Gastroscopia (29-07-2019):** Se toman **biopsias de duodeno** con mucosa normal y no se objetivan hallazgos sugestivos de Enfermedad de Whipple. Gastroscopia normal.
- **Exploración oftalmológica:** normal.
- **PET/TC de CUERPO COMPLETO con 18F-FDG (10-09-2019):** En el estudio no se evidencian lesiones hipermetabólicas que sugieran la existencia de enfermedad tumoral maligna macroscópica o con avidéz por la FDG.
- **Interconsulta al Servicio de Psiquiatría:** Se realiza **Entrevista bajo sedación farmacológica:** Se explican los fines de la prueba ("ayudar a desbloquear posibles causas que le estén generando preocupaciones graves"). La persistencia de la clínica descrita en los días previos tras la inducción reorienta el diagnóstico provisional de trastorno conversivo/facticio, y permite resaltar la presencia de rasgos catatónicos observados desde el inicio (estereotipias, perplejidad, posturas extrañas, gesticulaciones bucales, obediencia automática, verbigeración -"soy muy feo"-). Se pasa la Escala de Catatonia de Bush y Francis con Puntuación: 38. Plan: Mañana recibirá primera sesión de TEC, con previsión de sesión diaria hasta el viernes.

Se realizó tratamiento con corticoides (metilprednisona 1 gr durante 5 días) que no resultó efectivo. Posteriormente se añadió lorazepam 3 mg/día. Las pruebas complementarias, extensas, realizadas destinadas a filiar el cuadro han descartado la presencia de enfermedades metabólicas de depósito, infecciosas, inflamatorias, inmune/paraneoplásico, abiotróficas u otras neurológicas.

La posibilidad de patología psiquiátrica responsable queda reforzada por los resultados de los estudios en este sentido. Se decidió su traslado a la UIB Psiquiatría (septiembre de 2019).

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

A su llegada a la UIB estaba alerta, orientado auto y alopsíquicamente y abordable. Bradipsíquico, **inhibido, rigidez generalizada, manierismos orofaciales, marcha manierística y escaso braceo**. Discurso inducido y lacónico, con gran latencia en las respuestas. Progresivamente se constataron **síntomas psicóticos de tipo esquizofrénico**: alucinaciones auditivas en segunda y tercera persona de tipo insultante ("tonto", "feo", "idiota", y similares), fenómenos de lectura del pensamiento e ideas delirantes de perjuicio; severo trastorno formal del lenguaje: disgregación, inversión en el orden de las palabras en las frases, uso de neologismos y recurso a términos muy rebuscados (excesivamente técnicos o cultos); así como un **humor depresivo persistente**. Negaba deseos de muerte y expresaba deseos de mejorar de su enfermedad.

Juicio diagnóstico:

Síndrome Catatónico en el contexto de un Trastorno Esquizoafectivo de tipo depresivo (F 25.1 CIE 10/OMS).

Tratamiento y Terapias aplicadas:

Durante el ingreso se inició Terapia Electroconvulsiva. Se utilizó un aparato marca MECTA, modelo spECTrum 5000Q. En total se administraron 18 sesiones de tratamiento. En todos los casos la aplicación del estímulo fue bilateral y la frecuencia de 3 sesiones por semana. En la primera sesión (11-09-2019) se administró una carga de 176 mC y en la última (30-10-2019) de 528 mC. En total se administraron 5888mC. En ninguna sesión se produjeron efectos adversos dignos de mención. En todas se obtuvieron convulsiones tónico-clónicas generalizadas de duración superior a 25 segundos. Hacia el final del tratamiento sí que refería dificultades mnésicas: básicamente problemas para recordar eventos ocurridos durante el periodo de hospitalización y tratamiento.

A partir de la 5ª sesión de TEC el lorazepam se fue reduciendo de forma progresiva hasta suspenderse y se añadió Venlafaxina hasta llegar a 225 mg/día y Aripiprazol hasta llegar a 30 mg/día de forma progresiva.

EVOLUCIÓN

Tras la 3ª sesión de TEC agudo ya era capaz de asearse y de comer solo. Los síntomas motores desaparecieron a partir de la 4ª sesión. Después de la 8ª sesión la marcha ya era normal y no adoptaba posturas anómalas; no usaba neologismos, ni invertía el orden de las palabras. Sí que seguía utilizando términos rebuscados. Admitía la persistencia de las

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

alucinaciones auditivas, pero más atenuadas. A partir de la 12ª sesión ya usaba su teléfono móvil sin problemas y retomó el contacto con amigos por iniciativa propia. Al alta estaba libre de síntomas motores. En cuanto al lenguaje solo persistía el recurso ocasional a términos excesivamente cultos o arcaicos. El humor era subdepresivo. Negaba ideas de suicidio y persistían voces alucinatorias esporádicas, con escasa o nula repercusión conductual y afectiva. En el proceso del tratamiento recuperó el apetito y los más de 7 kg de peso que había perdido en los meses previos.

Dada la excelente tolerabilidad y la óptima respuesta terapéutica, se decidió incluir al paciente en el Programa de TEC de Continuidad.

CONCLUSIONES

El Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana, justifica una especificación moderna del síndrome catatónico y advierte que la catatonía se puede encontrar en una variedad de trastornos, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, los psicóticos, los bipolares, los depresivos y otras afecciones médicas (p. ej., déficit cerebral de folato, trastornos autoinmunitarios y paraneoplásicos raros).

Tabla N°1

Catatonía: Diagnóstico CIE-10 vs DSM-5

CIE-10	DSM-5
Solo en contexto de esquizofrenia o como síndrome debido a trastorno cerebral orgánico.	Síndrome ampliamente independiente.
Lista 2 síntomas para síndrome Catatónico orgánico (estupor y negativismo) y 7 síntomas para el subtipo catatónico de esquizofrenia.	Lista 12 síntomas para catatonía independiente del trastorno subyacente.
Diagnóstico: 1 síntoma durante 2 semanas.	Diagnóstico: 3 o más síntomas sin límite de tiempo.

(Walther S. & Strik W. 2016)

Los criterios del DSM-5 incluyen la presencia de al menos tres síntomas de la siguiente lista de doce: estupor, catalepsia, flexibilidad cérica, mutismo, negativismo, adopción de una postura, manierismo, estereotipia, agitación, muecas, ecolalia y ecopraxia. Otros síntomas comunes son la resistencia motora a órdenes sencillas, posturas, rigidez, obediencia automática y movimientos repetitivos.

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

La aplicación de escalas clínicas resulta útil como guía para la exploración completa y para cuantificar su gravedad. La Bush-Francis Catatonia Screening Instrument (BFCSI) es la preferida para el empleo rutinario, debido a su validez, fiabilidad y fácil administración.

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) debería considerarse como tratamiento en los pacientes con Síndrome Catatónico con independencia de su origen. En los casos graves de catatonía maligna, donde es primordial una respuesta rápida al tratamiento, o la respuesta farmacológica (lorazepam) es insuficiente, la TEC se convierte en el tratamiento de primera elección. Es muy importante la colaboración con otras especialidades (medicina interna, medicina intensiva, cardiología y neurología) en pacientes con importantes alteraciones somáticas. Si se precisa de una acción rápida o existe un riesgo vital, es aconsejable la TEC bilateral con una frecuencia de tres o más sesiones por semana. También debería considerarse como tratamiento en los casos de Esquizofrenia y Trastorno esquizoafectivo, sin que tenga que ser necesariamente reservada a casos absolutamente refractarios a la medicación antipsicótica, siendo los criterios de gravedad clínica (por ejemplo, un elevado riesgo de suicidio) un buen indicador por el que guiarse. Es importante la formación y reciclaje del personal sanitario en la TEC. Es un tratamiento seguro y eficaz. Se deben dejar a un lado los prejuicios y las consideraciones acientíficas al respecto de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1).** Bernardo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2018. Madrid.
- 2).** F Luchini, P Medda, MG Mariani, M Mauri, C Toni, G Perugi. Electroconvulsive therapy in catatonic patients: Efficacy and predictors of response. World J Psychiatry. 2015 Jun 22;

DEJÉ DE "SER FEO". LA EFICACIA DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

5(2): 182–192. Published online 2015 Jun 22. doi: 10.5498/wjp.v5.i2.182 PMID: PMC4473490 PMID: 26110120.

3). Leroy A, Naudet F, Vaiva G, Francis A, Thomas P, Amad A. Is electroconvulsive therapy an evidence-based treatment for catatonia? A systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018 Oct;268(7):675-687. doi: 10.1007/s00406-017-0819-5. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28639007.

4). Lloyd JR, Silverman ER, Kugler JL, Cooper JJ. Electroconvulsive Therapy for Patients with Catatonia: Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Sep 25;16:2191-2208. doi: 10.2147/NDT.S231573. PMID: 33061390; PMID: PMC7526008.

5). Pelzer ACM, van der Heijden FMMA, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:317-326; <https://doi.org/10.2147/NDT.S147897>.

6). Sanz-Fuentenebro J, Vera I, Verdura E, Urretavizcaya M, Martínez-Amorós E, Soria V, Bernardo M. Patrón de uso de la terapia electroconvulsiva en España: propuestas para una práctica óptima y un acceso equitativo. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2017; 10(2):87-95.

7). van Waarde JA, Tuerlings JH, Verwey B, van der Mast RC. Electroconvulsive therapy for catatonia: treatment characteristics and outcomes in 27 patients. *J ECT*. 2010 Dec;26(4):248-52. doi:10.1097/YCT.0b013e3181c18a13. PMID: 19935090.

8). 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. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31196794; PMID: PMC6790975.

9). Walther, S. y Strik, W. (2016). Catatonia. *Espectros del SNC*, 21 (4), 341-348. doi: 10.1017 / S1092852916000274.