

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

José López Gil, Esther Mancha Heredero

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

lopezgiljose@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La catatonía es una entidad conocida desde hace más de un siglo, pero cuya evolución y tratamiento no queda clara hasta el momento, existiendo varias propuestas de tratamiento.

Metodología: estudio de paciente tratada previamente con antidepresivo por cuadro depresivo recurrente y retraso mental leve, que sufre un nuevo episodio de descompensación. En esta ocasión la clínica se manifiesta con síntomas psicóticos y catatoniformes asociados a los depresivos. Esta clínica se manifiesta de forma reactiva a un proceso infeccioso, que ya se encontraba controlado y que terminó de resolverse durante la estancia de la paciente en la unidad de hospitalización. En tratamiento con trazodona, iniciada tras el debut del proceso, sin respuesta al mismo. Previamente en tratamiento con citalopram 20 mg/día, lorazepam 3 mg/día, y ciprofloxacino hasta mejoría del cuadro de infección.

Se le pasa a la paciente (con ayuda de informantes externos) las escalas BPRS (síntomas psicóticos), HARS (ansiedad), HDRS (depresión) y BFCRS (síntomas catatoniformes, pendiente de validación al castellano) antes y después de administrar tratamiento con un antipsicótico de segunda generación (olanzapina 10 mg/día) y ajustar la dosis de antidepresivo que tomaba previamente.

Resultados: después de 15 días de tratamiento la paciente presentó una mejoría significativa en todas las escalas que se le administraron.

Conclusiones: aunque el tratamiento de elección de los síntomas catatónicos son las benzodiazepinas y el TEC, en casos más leves y asociados a depresión puede plantearse el tratamiento combinado con antipsicóticos y antidepresivo como opción terapéutica.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La catatonía es una entidad clínica diferenciada desde 1873, cuando Kalbaum acuñó el término para referirse a un síndrome en el que predominaban los síntomas motores severos. Aunque se han descrito más de 40 síntomas, los que más predominan son estupor, mutismo, negativismo y adquisición de posturas incómodas, según la cuarta edición del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" de la Asociación Americana de Psiquiatría. Presenta una prevalencia entre pacientes ingresados de aproximadamente el 10% (1), aunque más frecuentemente en países en vías de desarrollo (2).

La clínica se manifiesta tanto en pacientes que sufren esquizofrenia como trastornos afectivos. En estos últimos la evolución parece ser mejor que cuando se produce en el contexto de una esquizofrenia (3).

El diagnóstico se establece mediante la clínica, aunque han surgido varias pruebas de cribado para diagnosticar el síndrome, como la Escala de Catatonía de Rogers, la Escala de Valoración de Catatonía de Bush y Francis, la Escala de Valoración de Catatonía de Northoff, y la Escala de Valoración de Catatonía de Brauning. Sin embargo, ninguna de ellas se emplea asiduamente en la práctica clínica habitual (4).

Se han realizado diversas propuestas de tratamiento a lo largo de los años, sin que exista un consenso sobre el tratamiento más adecuado a seguir. Aunque parece existir bastante consenso sobre la utilidad de las benzodiazepinas y la terapia electroconvulsiva (TEC), otras opciones de tratamiento, como los antipsicóticos, resultan controvertidas. Uno de los motivos es que la respuesta al tratamiento puede verse modificada por la naturaleza de la patología a la que se asocia la catatonía (3).

En relación con estas dudas en cuanto a las opciones de tratamiento que se pueden administrar a un paciente, presento un caso. Sobre este caso discutiré después las decisiones tomadas en el tratamiento.

CASO

a) Historia previa

Paciente mujer de 63 años, natural de una población rural, la menor de una fratría de tres hermanos. Soltera, sin hijos. Vive actualmente con uno de los hermanos, quien se encarga de la supervisión de la paciente, dado que no es autónoma para el autocuidado y la gestión del tratamiento.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

Diagnosticada de trastorno depresivo recurrente y retraso mental leve. Ha presentado episodios depresivos graves con síntomas psicóticos, en relación con vivencias de dependencia, con ideación delirante de ruina y nihilista. El debut de la enfermedad data de 1984. Realiza tratamiento de forma habitual desde el año 1992 en un Centro de Salud Mental.

En 2001 requirió de un ingreso en un centro hospitalario privado por decompensación psicopatológica del cuadro depresivo. Según figura en el informe de alta del mismo, presentaba síntomas depresivos graves con síntomas psicóticos. Fue tratada con sales de litio, que mantuvo durante un período de tiempo prolongado. Se retiró la medicación tras una intoxicación farmacológica accidental. A pesar de ello, la paciente ha mantenido la estabilidad clínica con un tratamiento consistente en citalopram 20 mg/día y ansiolíticos. Ha requerido olanzapina en momentos puntuales de descompensación moderada, pero en la actualidad no se encuentra en tratamiento con dicho fármaco.

La paciente acudió a Urgencias, acompañada por su familia, para valoración de un posible episodio de descompensación psicopatológica de corte depresivo. Durante la entrevista la paciente se muestra inhibida, con incremento del tiempo de latencia de respuesta, con un discurso limitado a quejas y a respuestas con monosílabos, por lo que la mayor parte de la entrevista se realiza con su hermana.

Ésta informa de que durante el mes anterior la paciente requirió de un ingreso en Nefrología, y que tras el alta dos semanas después, con un drenaje renal por absceso retroperitoneal, la paciente se muestra más retraída, ha abandonado actividades, prácticamente no se mueve y cada vez presenta un discurso más limitado. No es capaz de iniciar ninguna actividad de forma espontánea, y debe ser dirigida por sus familiares, ya que si no permanece inmóvil, incluso en posturas que son incómodas.

Su psiquiatra de referencia añadió al tratamiento trazodona, a dosis de 50 mg/día, que ha resultado ineficaz.

Insistiendo a la paciente, esta dice tener una sensación de intenso malestar, si bien contesta con esfuerzo a las preguntas realizadas. El lenguaje es escaso, monosilábico, no completa las frases, y presenta bloqueos del pensamiento. Aunque responde afirmativamente a la exploración de posibles hiporexia o insomnio, la hermana desmiente tales síntomas.

En la exploración psicopatológica se objetivó lo siguiente: consciente, orientada y colaboradora. Aspecto ligeramente descuidado. Sudorosa. facies hipomímica, cérea. Mantiene contacto ocular. Marcada inhibición psicomotriz. Pérdida de la expresividad espontánea. Marcha lenta, sin braceo. No ha presentado conductas de agitación. Escasa resonancia emocional, aplanamiento afectivo. Humor depresivo con polaridad matutina. Anergia, abulia y apatía. Incremento del tiempo de latencia de respuesta. Discurso no espontáneo, monosilábico, hipofónico, bradilálico, pobre y

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

escasamente informativo. Bloqueos de la actividad, que son parcialmente reconducibles. Bradipsiquia. Niega presencia de alteraciones de la sensorpercepción y de ideas de corte delirante aunque no pueden ser exploradas en profundidad. Conforme información externa no ha presentad conducta alucinatoria ni alteraciones del comportamiento que sugieran trasfondo delirante. Leve flexibilidad cérea, sin obediencia automática ni imantación. Ligera rigidez en rueda dentada en extremidad superior derecha. Extremidad superior izquierda con hemiparesia previa. No se aprecian otros signos catatoniformes. Apetito conservado. Sueño conservado farmacológicamente.

b) Evolución

La paciente ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Se le pasó a la paciente la Escala de Evaluación de Catatonía de Bush y Francis (no validada en castellano), la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS, versión en castellano) para evaluar síntomas psicóticos, la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS, versión en castellano), la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS, versión en castellano), y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, versión en castellano). Todas las escalas fueron pasadas por uno de los autores (JLG), en el momento del ingreso y en el momento del alta. Se pueden ver los resultados en las tablas al final de la comunicación.

Durante el ingreso se incrementó progresivamente la dosis de citalopram hasta 60 mg/día, y se introdujo el tratamiento con olanzapina hasta alcanzar una dosis de 10 mg/día. Se realizó interconsulta al Servicio de Urología para que realizaran el control de la infección que presentaba, con normalización progresiva del hemograma y de los niveles de creatinina, suspensión posterior del tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y retirada de la bolsa de drenaje, con control con TAC que confirmó la desaparición del absceso.

La analítica al ingreso mostraba una elevación de los niveles de creatinina de 2,15 mg/dl, que posteriormente se normalizaron hasta 1,05 mg/dl en el momento del alta. No presentaba alteraciones significativas a nivel hormonal, ni en el hemograma, ni en el elemental y sedimento de orina.

La paciente presentó una mejoría parcial de la clínica depresiva, con un mejor contacto, una actitud menos perpleja y un nivel de actividad mayor. Sin embargo persistió la clínica depresiva y las ideas de ruina, fundamentalmente por la mañana. Las salidas fueron positivas, según refirió su familia, aunque la recuperación no ha sido completa. Por ello, y para continuar el tratamiento de una forma lo más intensiva posible, se remitió a la paciente a un Hospital de Día Psicogeriátrico, con los diagnósticos de Episodio depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos, en remisión (F33.3), y de retraso mental leve (F71.9).

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

DISCUSIÓN

En esta comunicación presento el caso de una paciente próxima a la edad geriátrica, con retraso mental, con antecedentes de al menos un episodio previo con síntomas catatoniformes en el contexto de un cuadro depresivo con síntomas psicóticos, y que en el momento del ingreso presentaba un cuadro de infección grave. Ya se encontraba con un tratamiento que habitualmente la permitía funcionar dentro de la estabilidad, pero que en el momento del ingreso era insuficiente para controlar la sintomatología depresiva.

Aunque clásicamente se consideraba que la catatonía era un cuadro que se asociaba con más frecuencia a la esquizofrenia, este punto de vista se está cuestionando recientemente(5).

Dado que el tratamiento de primera línea para la catatonía son las benzodiazepina, se ha propuesto como estrategia de inicio el comenzar con una ensayo terapéutico con lorazepam 1 mg por vía endovenosa, o zolpidem 10 mg por vía oral(6). El efecto del tratamiento es rápido, permite confirmar la sospecha diagnóstica, y después se puede mantener como tratamiento. En este caso no se realizó, aunque la paciente se encontraba con una dosis baja de lorazepam (3 mg/día), que se mantuvo a lo largo del ingreso.

Dado que la paciente presentaba síntomas de depresión grave con síntomas psicóticos asociados (ver figuras 2 y 3), se decidió comenzar con la reinstauración del tratamiento neuroléptico que había tomado previamente con buenos resultados. Sin embargo, se planteaban dudas de cara a cómo influiría esta medicación sobre su catatonía. Aunque parece que los antipsicóticos con una mayor actividad antagonista sobre los receptores dopaminérgicos D₂ son los que se asocian más con un empeoramiento de la catatonía(7), también se ha descrito esta asociación con antipsicóticos de segunda generación, aunque de forma anecdótica(8, 9).

Según una revisión sistemática de la base de datos Cochrane (10), y otro meta-análisis (11), la combinación de antidepresivo y antipsicótico sería más efectivo que el placebo para el tratamiento de la depresión con síntomas psicóticos. Sin embargo, la monoterapia no sería más efectiva que el placebo. El beneficio se observa en ambos casos en la clínica afectiva, no en la psicótica.

Cuando se considera el caso concreto de los pacientes ancianos con síntomas psicóticos, la diferencia en cuanto a la eficacia del tratamiento desaparece. Según una revisión (12), la asociación de antidepresivo con antipsicótico no presentaba diferencias respecto al tratamiento agudo, tanto en la fase aguda como en el mantenimiento.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aunque en los pacientes deprimidos con enlentecimiento psicomotriz ha llegado a proponerse el uso de antidepresivos tricíclicos como opción terapéutica (13), en los pacientes que sufren de catatonía la respuesta a antidepresivos parece parcial, y se plantean otras opciones de tratamiento más eficaces.

Si la paciente no hubiese respondido al tratamiento farmacológico habría que haber recurrido al TEC. Este tratamiento es rápido, está indicado en pacientes ancianos en los que el tratamiento farmacológico produce toxicidad o efectos secundarios intolerables, o en los que no hay respuesta, y actúa incluso cuando subyace una patología orgánica como ictus o parkinsonismo (14). Sin embargo, en ocasiones como este caso puede conseguirse un control de la clínica con un tratamiento farmacológico. Esto es importante en pacientes con patología orgánica que contraindique el empleo de la TEC, como los marcapasos (15).

CONCLUSIONES

Aunque en el momento del ingreso se planteó la TEC como opción de tratamiento más probable a medio plazo, se consideraron otras opciones de tratamiento, más aún porque en este caso existían diversos factores que complicaban el diagnóstico y el plan de tratamiento.

El abordaje de la infección y la administración conjunta de olanzapina y un antidepresivo supuso una mejoría de la clínica, que hizo innecesario el utilizar TEC para tratar a la paciente.

La cuestión de qué tratamiento es el óptimo para tratar la catatonía es todavía muy debatida, por lo que no se puede hablar de un algoritmo de decisión universal para el tratamiento. Parece que por el momento, y mientras no haya un conocimiento mejor de los mecanismos subyacentes, será el médico el que deberá tomar la decisión en función de la clínica que presente el paciente.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

FIGURAS

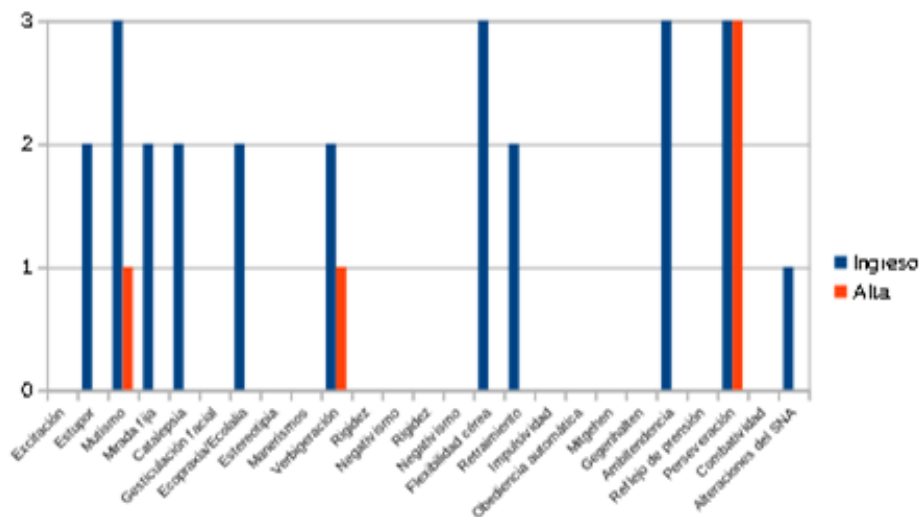


Fig.1 Resultados de la Escala de Evaluación de Calatonia de Francis y Bush, en el momento del ingreso y del alta. Las puntuaciones totales respectivas fueron 24 y 5.

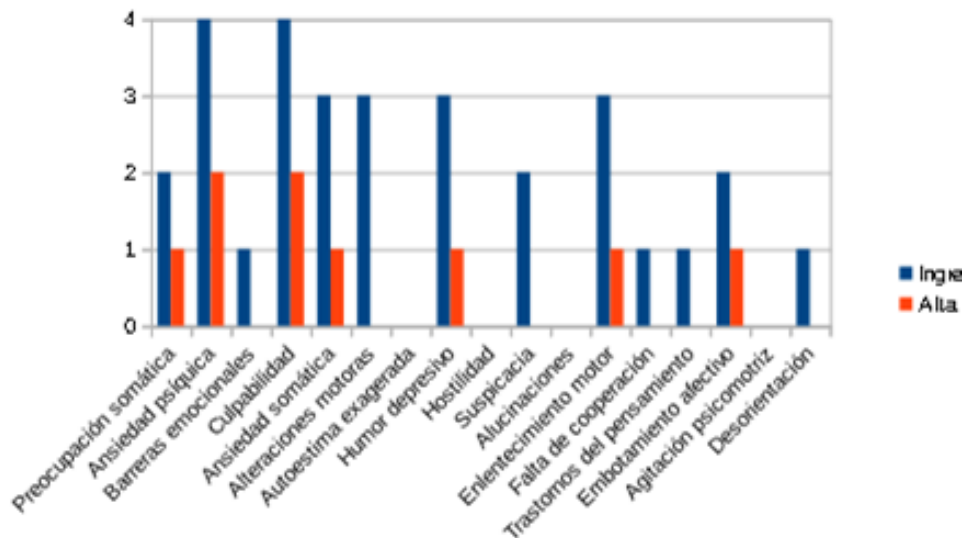


Fig.2 Resultados de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, en el momento del ingreso y del alta. Las puntuaciones totales respectivas fueron 31 y 10.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

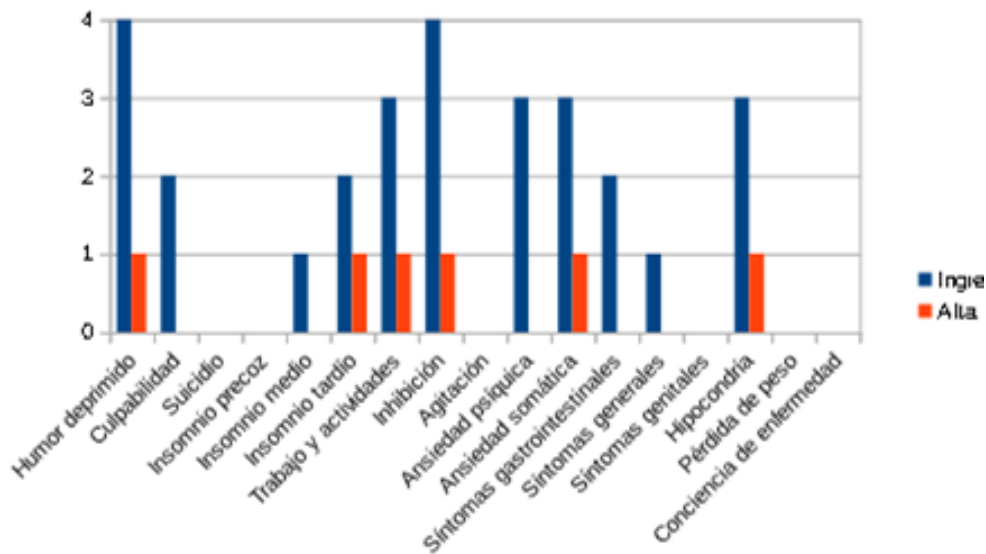


Fig.3 Resultados de la Escala de Hamilton para la Depresión, en el momento del ingreso y del alta. Las puntuaciones totales respectivas fueron 28 y 6.

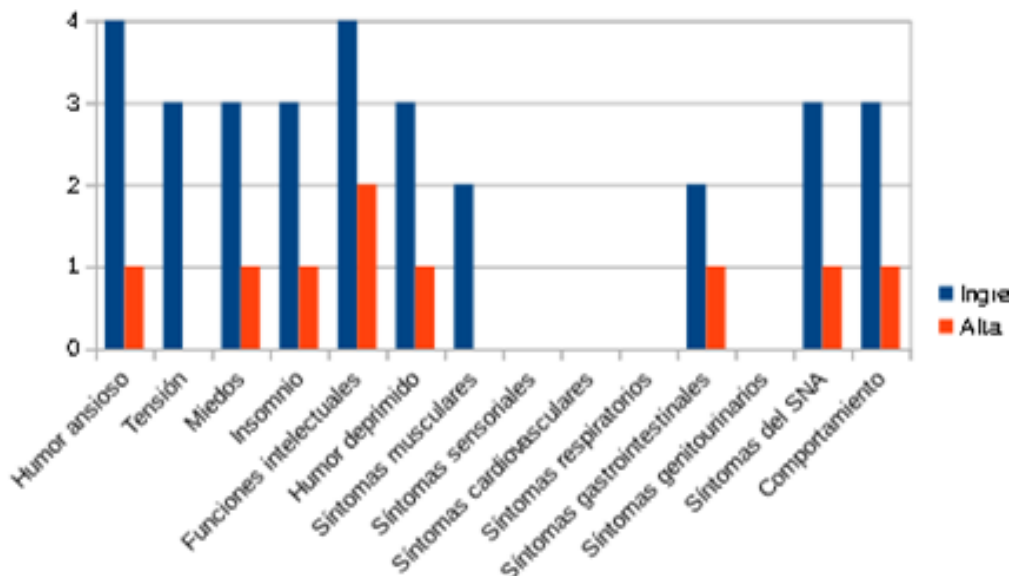


Fig.4 Resultados de la Escala de Hamilton para la Ansiedad, en el momento del ingreso y del alta. Las puntuaciones totales respectivas fueron 30 y 9.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

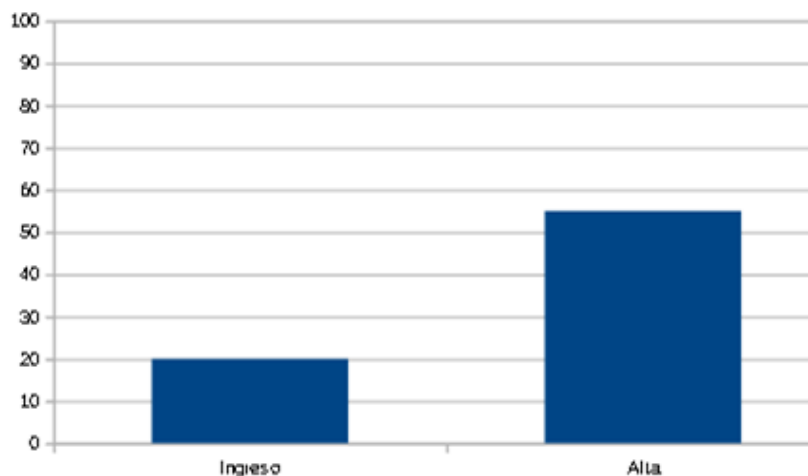


Fig.5 Resultados de la Escala de Evaluación de la Actividad Global, en el momento del ingreso y del alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pommepuy N, Januel D. [Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature]. *Encephale*. 2002 2002/12//Nov- undefined;28(6 Pt 1):481-92. fre.
2. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry*. 2003 2003/07//;160(7):1233-41. eng.
3. Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry*. 2014 2014;5:181. eng.
4. Kirkhart R, Ahuja N, Lee JWY, Ramirez J, Talbert R, Faiz K, et al. The Detection and Measurement of Catatonia. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 2007/09//;4(9):52-6.
5. Worku B, Fekadu A. Symptom profile and short term outcome of catatonia: an exploratory clinical study. *BMC Psychiatry*. 2015 2015;15:164. eng.
6. Thomas P, Rasclé C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for catatonia with zolpidem. *Lancet*. 1997 1997/03/08//;349(9053):702. eng.
7. Lee JWY. Neuroleptic-induced catatonia: clinical presentation, response to benzodiazepines, and relationship to neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychopharmacol*. 2010 2010/02//;30(1):3-10. eng.
8. Goetz M, Kitzlerova E, Hrdlicka M, Dhossche D. Combined use of electroconvulsive therapy and amantadine in adolescent catatonia precipitated by cyber-bullying. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013 2013/04//;23(3):228-31. eng.

¿BENZODIAZEPINAS, ANTIPSICÓTICO O TEC?: A PROPÓSITO DE UN CASO

9. Lewis AL, Pelic C, Kahn DA. Malignant catatonia in a patient with bipolar disorder, B12 deficiency, and neuroleptic malignant syndrome: one cause or three? *J Psychiatr Pract*. 2009 2009/09//;15(5):415-22. eng.
10. Wijkstra J, Lijmer J, Burger H, Geddes J, Nolen WA. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 2013;11:CD004044. eng.
11. Farahani A, Correll CU. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. *J Clin Psychiatry*. 2012 2012/04//;73(4):486-96. eng.
12. Gournellis R, Oulis P, Howard R. Psychotic major depression in older people: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 2014/08//;29(8):789-96. eng.
13. Buyukdura JS, McClintock SM, Croarkin PE. Psychomotor retardation in depression: biological underpinnings, measurement, and treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 2011/03/30//;35(2):395-409. eng.
14. Kerner N, Prudic J. Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. *Neuropsychiatry (London)*. 2014 2014/02//;4(1):33-54. Eng.
15. White M, Maxwell E, Milteer WE, de Leon J. Catatonia in Older Adult Individuals with Intellectual Disabilities. *Case Rep Psychiatry*. 2015 2015;2015:120617. eng.