



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

PSYCHOMOTOR SYNDROME: CATATONIA. ABOUT A CASE

Paula Rivero Rodríguez, Sara Trufero Miguel, Silvia Cañas Jiménez, Pablo Reyes Hurtado,
Marina Martínez Grimal, Belén del Carmen Alemán Gutiérrez

paularivero95@gmail.com

Catatonía, TEC, inhibición psicomotriz, esquizofrenia, benzodiazepinas

Catatonía, ECT, psychomotor inhibition, schizophrenia, benzodiazepines

RESUMEN

La catatonía es un síndrome de alteración motora que se caracteriza por la ausencia de movimientos normales a pesar de la integridad física. Se manifiesta en un amplio espectro de trastornos, tanto médicos como psiquiátricos. Su detección, a menudo, genera confusión viéndose comprometido su diagnóstico y abordaje terapéutico. Se han descrito varios subtipos, entre los que destaca el subtipo retardado, el excitado y la catatonía maligna. El diagnóstico se realiza a través de la clínica y de los criterios del DSM-5. Su tratamiento actual es complejo, siendo de primera línea las benzodiazepinas y de segunda elección la terapia electroconvulsiva. En esta comunicación, se expone el caso de un varón de 63 años de edad, con antecedentes de esquizofrenia residual y retraso mental leve que persiste con desconexión del medio, cuadro de rigidez psicomotriz en rueda dentada, flexibilidad cérica y signo de la almohada positivo, así como un discurso con parquedad de palabras, bradilalia y ecolalia tras resolución de cuadro de neumonía bilateral por Sars- Cov2.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

ABSTRACT

Catatonia is a motor disorder syndrome characterized by the absence of normal movements despite physical integrity. It manifests itself in a wide spectrum of disorders, both medical and psychiatric. Its detection often generates confusion, compromising its diagnosis and therapeutic approach. Several subtypes have been described, among which the delayed, excited and malignant catatonia subtypes stand out. The diagnosis is made through the clinic and the DSM-5 criteria. Its current treatment is complex, with benzodiazepines being the first line and electroconvulsive therapy being the second choice. In this communication, we present the case of a 63-year-old man, with a history of residual schizophrenia and mild mental retardation that persists with disconnection from the environment, symptoms of cogwheel psychomotor rigidity, waxy flexibility and positive pillow sign, as well as a speech with a paucity of words, bradylalia and echolalia after resolution of bilateral pneumonia due to Sars-Cov2.

INTRODUCCIÓN

La catatonía es un síndrome de alteración motora que se caracteriza por la ausencia de movimientos normales a pesar de la integridad física. Puede cursar con un gran número de signos motores diferentes y acompañarse tanto de agitación como de confusión o inquietud.

Se trata de un síndrome común, potencialmente tratable, y que presenta una gran morbimortalidad asociada si no se aborda correctamente, por lo que se debe mantener un alto nivel de sospecha del mismo. Aunque su prevalencia e importancia difiere entre los estudios y las poblaciones de pacientes analizadas, en poblaciones mixtas de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas, la catatonía parece tener una prevalencia entre el 10-25%.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Históricamente, se creía que la catatonía era una manifestación exclusivamente de la esquizofrenia. Sin embargo, con el DSM-5, se conceptualiza como un síndrome ampliamente independiente, ya que elimina los distintos subtipos de esquizofrenia permitiendo el reconocimiento de los síntomas catatoniformes en un amplio número de enfermedades tanto psiquiátricas como médicas. Por tanto, actualmente la catatonía se reconoce en todos los trastornos psicóticos y trastornos mayores del estado del ánimo, además de reconocerse como un síndrome debido a condiciones médicas generales o como un síndrome no especificado de otra manera.

Dentro de las diferentes enfermedades mentales, se asocia más comúnmente con el trastorno bipolar tipo 1. No obstante, también se ha descrito una mayor incidencia de catatonía, con respecto a la población general, en pacientes con esquizofrenia, autismo, trastorno depresivo mayor y en aquellos con condiciones psiquiátricas mixtas. De hecho, aproximadamente el 35% de las personas con esquizofrenia mostrará síntomas de catatonía en algún momento.

Por otra parte, alrededor del 20 % de los pacientes con estados catatónicos presentan una etiología médica y no psiquiátrica, destacando como potenciales causas los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades autoinmunes, las neoplasias, los trastornos metabólicos, las infecciones, los trastornos neurodegenerativos y ciertas drogas.

Debido a que la catatonía incluye una amplia variedad de síntomas, y en función de su etiología, se han propuesto diferentes subtipos de la enfermedad. El primero y más frecuente, es la catatonía de tipo retardado que se caracteriza por enlentecimiento psicomotriz, rigidez, flexibilidad cérica, adopción de posturas extrañas, mirada fija, indiferencia con el entorno, negativa a la ingesta, así como, ecolalia, ecopraxia, estereotipia, verbigeración y obediencia automática. Por otro lado, tenemos la catatonía excitada que viene marcada, principalmente, por una severa agitación psicomotriz que puede conducir a complicaciones potencialmente mortales.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Finalmente, nos encontramos con la catatonía maligna, que se trata de un subtipo peligroso y asociado a inestabilidad autonómica que puede tener una evolución fatal si no se trata de manera rápida y adecuada. Además, aunque no es un subtipo propiamente dicho de la catatonía, cabe mencionar la catatonía periódica donde los síntomas se presentan en fases pudiendo desaparecer completamente entre los episodios.

Se han descrito hasta cuarenta signos y síntomas en relación con los estados catatoniformes que se pueden resumir en cuatro grupos: signos motores puros, alteraciones de la volición, incapacidad para suprimir actividades motoras complejas e inestabilidad autonómica. Aunque algunos prevalecen más que otros, no hay un solo síntoma específico para identificar catatonía. Además, la presentación clínica difiere ligeramente entre la catatonía originada por la esquizofrenia y la causada por los trastornos afectivos.

En cuanto a las complicaciones que conlleva este cuadro clínico, la inmovilidad asociada a la negativa a la ingesta puede dar lugar a cuadros potencialmente graves tales como desnutrición, deshidratación, tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda, neumonía y otras infecciones, úlceras por presión y contracturas musculares.

En la práctica habitual, el diagnóstico de catatonía puede ser complicado. Hay debate en la literatura de investigación sobre el número de signos necesarios y suficientes para diagnosticar catatonía. No obstante, el DSM – 5 enumera doce síntomas de catatonía independientemente del trastorno subyacente considerando que, para su diagnóstico, deben estar presentes tres o más de los siguientes: catalepsia, flexibilidad cética, estupor, agitación (no inducida por estímulos externos), mutismo, negativismo, manierismos, estereotipias, adopción de posturas extrañas, muecas llamativas, ecolalia y ecopraxia.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Una vez que se reconoce la catatonía, la catatonía de etiología psiquiátrica es un diagnóstico de exclusión. Es imprescindible realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial ya que las pruebas complementarias a realizar varían según los factores clínicos observados. Algunos trastornos neurológicos se pueden manifestar de manera similar a la catatonía e incluso superponerse en lo que respecta al mecanismo de acción. Deben tenerse en cuenta, entre otras, las siguientes patologías: los efectos secundarios extrapiramidales, el estado epiléptico no convulsivo, las lesiones que ocupan espacio, el síndrome neuroléptico maligno, la abulia o mutismo acinético, el estado vegetativo, el síndrome de enclaustramiento, y el síndrome de la persona rígida. En particular, la catatonía parece ser un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome neuroléptico maligno que tiene una tasa de mortalidad de aproximadamente el 10% y puede ser clínicamente indistinguible de la catatonía maligna.

Para el tratamiento de la catatonía, identificar y tratar el trastorno subyacente es esencial. Las recomendaciones preventivas generales para pacientes con este síndrome incluyen: profilaxis farmacológica del tromboembolismo pulmonar, vigilancia de la piel y cambios posturales frecuentes para evitar las úlceras por presión, estiramientos diarios para prevenir las contracciones musculares y sonda nasogástrica cuando sea necesario para evitar la desnutrición y la deshidratación.

Un rasgo característico de la catatonía, es su llamativa respuesta al tratamiento con benzodiazepinas. Se consideran el tratamiento de primera elección ya que son seguras, efectivas y disponen de un antídoto específico, el Flumazenilo. El Lorazepam es la benzodiazepina más estudiada y empleada, pudiendo administrarse por vía sublingual, intravenosa o intramuscular y siendo eficaz tanto a dosis bajas (1-3 mg/día) como a dosis altas (6-16 mg/ día). No obstante, es preferible el tratamiento inicial por vía parental dadas las ventajas farmacodinámicas que conlleva y la frecuente incapacidad de administrar el tratamiento por vía oral debido a las características del cuadro clínico.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Se recomienda una dosis inicial de 2-6 mg/día de Lorazepam y posteriormente, una dosis de mantenimiento de, al menos, 6-8 mg diarios en dosis divididas cada 6-8 horas durante 2-3 días como mínimo. En caso de buena respuesta a benzodiazepinas, la mejoría clínica debe observarse a los pocos días de comenzar este tratamiento. Ante una respuesta favorable, se debe continuar con la misma dosis, siempre que no produzca excesiva sedación o de lugar a algún efecto secundario, hasta tratar cualquier posible trastorno subyacente. La suspensión antes de tiempo de las benzodiazepinas puede derivar en una recaída del estado catatónico.

En aquellos sujetos con respuesta insuficiente a benzodiazepinas o en condiciones vitales potencialmente mortales tales como inestabilidad autonómica o negativa a la ingesta, la TEC (terapia electroconvulsiva) es el tratamiento de elección para tratar la catatonía. Además, las alternativas a las benzodiazepinas, deben tenerse presentes de manera más temprana en aquellos casos de catatonía en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia ya que responden peor a las benzodiazepinas. Asimismo, se ha demostrado que la TEC bifrontal produce mejores resultados clínicos y cognitivos que la TEC bitemporal en pacientes esquizofrénicos con catatonía.

Cabe añadir, que está cada vez más reconocido el Zolpidem como otra opción de tratamiento farmacológico, ya que puede tratar la catatonía mediante su interacción con los receptores GABA – A, al igual que las benzodiazepinas como el Lorazepam, pero con un perfil farmacológico más específico.

Igualmente, existen evidencias de que antagonistas NMDA como la Amantadina y la Memantina pueden ser eficaces en el contexto de catatonía debido a esquizofrenia de base o en casos de catatonía comórbida con delirio. Hay que tener en cuenta, que los efectos prodopaminérgicos de la Amantadina pueden conllevar un mayor riesgo de empeoramiento de la psicosis.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Además, se puede considerar agregar Carbamazepina o Ácido Valproico ya que se combinan bien con las benzodiazepinas y pueden ayudar a tratar algunas etiologías subyacentes tales como la manía ya que pueden propiciar una estabilidad adicional al estado del ánimo.

En cuanto a los antipsicóticos, su papel aún no está del todo claro y no parece haber evidencia del uso de antipsicóticos para tratar los síntomas catatoniformes en aquellos pacientes que no presentan un trastorno psicótico de base. Los antipsicóticos típicos provocan un empeoramiento del cuadro catatoniforme. Dentro de los antipsicóticos atípicos destaca el Aripiprazol, ya que por ser un agonista parcial D2, el riesgo de empeoramiento de la catatonía o de desarrollar una catatonía maligna es menor.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 63 años. Entre sus antecedentes médico – quirúrgicos figura una estenosis mitral severa de origen reumático y una fibrilación auricular en tratamiento con Warfarina. En cuanto a sus antecedentes psiquiátricos, destaca un debut sintomático en la adolescencia, con 14 años, consistente en un cuadro de agitación psicomotriz, ideas delirantes, retraimiento social, apatía, abulia y aplanamiento afectivo. Posteriormente, un intento autolítico por ingestión de sustancias nocivas en 1991 y dos ingresos en la Unidad de Hospitalización de Agudos en el periodo de 1997-1998 tras dos gestos suicidas, uno por precipitación y otro por herida de arma blanca sin paso al acto. Sintomatología psicótica más productiva desde 2008-2009 por lo que comenzó con tratamiento antipsicótico inyectable de larga duración con mejoría clínica. Diagnóstico actual de esquizofrenia residual y retraso mental leve con tratamiento psiquiátrico domiciliario previo al ingreso con Quetiapina 100 mg y Paliperidona 6 mg.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

El paciente es traído a urgencias por un cuadro de desconexión del medio, disnea y sudoración profusa siendo diagnosticado de neumonía bilateral por SAR – CoV-2, FRA, rabdomiolisis y deshidratación hipernatrémica. Tras mejoría a nivel orgánico y despistaje por parte del servicio de medicina interna de otras causas desencadenantes, interconsultan al servicio de Psiquiatría por persistencia de cuadro catatoniforme. A nuestra valoración, paciente consciente y orientado en las tres esferas. Marcada hipomimia y mirada fija. En general, presentaba mutismo estuporoso aunque con momentos de mayor conexión y colaboración. Discurso coherente y estructurado aunque inducido y con bradipsiquia y aumento de latencia de respuesta. Dificultad para la emisión del lenguaje con elementos catatoniformes del mismo como ecolalia y repetición seriada de palabras. Marcada inhibición psicomotriz junto con flexibilidad cérea y rigidez en rueda dentada así como signo de la almohada presente. Llamativo embotamiento afectivo. Biorritmos conservados.

Procedimos a introducir 0.5 mg de Lorazepam intravenoso cada 8 horas. A las 48 horas del inicio del tratamiento, el paciente se encontraba más conectado con el medio, con mayor actitud de comunicarse aunque incapaz de fonar de manera inteligible y escasa mejoría de la inhibición psicomotriz por lo que se decide optimizar el tratamiento con benzodiazepinas pautando 1.5 mg de Lorazepam intravenoso cada 8 horas. Acudimos a valorar al paciente diariamente apreciando una mejoría progresiva de la clínica catatoniforme. Poco a poco, comenzó a estar más reactivo y a presentar mayor iniciativa siendo Capaz de elaborar un discurso coherente y estructurado, cada vez más fluido y espontáneo. En cuánto a la inhibición psicomotriz, menor flexibilidad cérea y rigidez en rueda dentada así como desaparición del signo de la almohada.

Una vez alcanzada la estabilidad clínica y la resolución del cuadro catatoniforme, retiramos de forma escalonada el Lorazepam y reintroducimos progresivamente su tratamiento antipsicótico de base.

SÍNDROME PSICOMOTOR: CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Walther S, Stegmayer K, Wilson JE, Heckers S. Structure and neural mechanisms of catatonia. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jul;6(7):610-619.
2. Walther S, Strik W. Catatonia. *CNS Spectr*. 2016 Aug;21(4):341-8.
3. Beach SR, Gomez-Bernal F, Huffman JC, Fricchione GL. Alternative treatment strategies for catatonia: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017 Sep;48:1-19.
4. Pelzer AC, van der Heijden FM, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Jan 17;14:317-326.
5. 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.
6. Edinoff AN, Kaufman SE, Hollier JW, Virgen CG, Karam CA, Malone GW, Cornett EM, Kaye AM, Kaye AD. Catatonia: Clinical Overview of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Challenges. *Neurol Int*. 2021 Nov 8;13(4):570-586.
7. Smith JH, Smith VD, Philbrick KL, Kumar N. Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2012 Spring;24(2):198-207.
8. Mormando C, Francis A. Catatonia revived: a unique syndrome updated. *Int Rev Psychiatry*. 2020 Aug-Sep;32(5-6):403-411.
9. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8a ED. J. Vallejo Ruiloba. Masson, 2015.