

TRASTORNO AFECTIVO CON CATATONÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pibernat Serrano, V.; Goitia Aritxa, B; Crespo Amaro, D; Gómez Equílaz, C; Vázquez Herrera, P. Servicio Riojano de Salud.

INTRODUCCIÓN

La catatonía es un síndrome psicomotor caracterizado por una constelación de síntomas motores, afectivos y comportamentales. Puede ocurrir en el contexto de muchos trastornos médicos generales y psiquiátricos subyacentes. Dentro de la nosología psiquiátrica, la catatonía no se conceptualiza como una entidad diagnóstica separada, sino que se utiliza para especificar un subtipo del trastorno subyacente. Sin embargo, algunos expertos ven la catatonía como un síndrome que justifica un diagnóstico independiente.

OBJETIVOS

- Revisar las características clínicas del cuadro.
- Abordar dificultades terapéuticas del mismo.

MATERIAL: CASO CLÍNICO

Motivo de ingreso:

Paciente de 20 años remitido a urgencias por alteración del comportamiento de 2 semanas de evolución.

Antecedentes familiares:

Pariente de segundo grado (tío paterno) con trastorno psicótico.

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas.

Somáticos: Fractura sin desplazamiento en cabeza radial en 2009. Miopía.

No antecedentes psiquiátricos.

No tratamiento habitual.

Hábitos tóxicos: consumo de THC puntual en verano, dos meses de abstinencia actual.

Situación basal:

Hijo único, padres separados cuando tenía 2 años. Estudia grado superior de Administración.

Anamnesis:

Acude a urgencias acompañado por familiar, quien desde hace dos semanas lo encuentra "confuso, raro, torpe, distinto". Expone comentarios repetitivos alusivos a la muerte y a la petición de perdón. Expone respuestas inadecuadas y ha experimentado un cambio notable en su personalidad y actitud. Conductas regresivas en domicilio, reclamando atención continua.

Exploración psicopatológica:

Consciente, hipoalerta, desorientado temporalmente y orientado parcialmente en espacio. Perplejidad. Pupilas midriáticas. Nivel atencional disminuido. Elevada latencia de respuesta, anomia, respuestas tangenciales y pararrespuestas. Sospecha de presencia de alteraciones sensorio-perceptivas. Dificultad en la exploración psicopatológica en otras áreas. Insomnio en días previos. Rechaza toma de medicación y alimentos.

Estado físico:

TC: sin alteraciones.

Se realiza interconsulta a Neurología, con diagnóstico de presunción de encefalopatía a estudio. Tras administración de benzodiazepina para realización de punción lumbar se evidencia mejoría de comprensión y atención. Se inicia tratamiento con anticomicial, antiviral y antibiótico.

LCR: sin alteraciones.

RMN con contraste: sin alteraciones.

Tras estudio orgánico completo, se descarta etiología comicial, tóxica o infecciosa.

Evolución:

Inicialmente presenta mutismo, estupor, negativismo y rechazo a la ingesta alimentaria y toma de tratamiento. Ausencia de respuestas verbales, contacto visual variable. Sospecha de alucinaciones visuales subyacentes y angustia psicótica. Movimientos estereotipados en extremidades.

Se inicia tratamiento con benzodiazepinas ante sospecha de cuadro catatónico. Progresivamente el contacto es más efectivo, se mitigan los síntomas motores y desaparecen las estereotipias, aunque permanece mutista y perpleja, manteniéndose la sospecha de presencia de fenómenos alucinatorios.

Se inicia de forma progresiva tratamiento con Olanzapina. Consigue alimentación autónoma y gradualmente expresa contenidos delirantes de culpa y fenómenos de inserción del pensamiento. Mantiene conductas sin finalidad.

Se objetiva de base un cuadro en el que predominan la apatía, abulia, tristeza, hiporexia, anhedonia y sensación de sobreesfuerzo ante hechos poco exigentes. Pensamientos autolíticos y tensión interna. Se asocia tratamiento antidepresivo, hasta que la favorable evolución permite seguimiento en régimen ambulatorio.

Diagnóstico: Episodio depresivo con síntomas psicóticos F32.30 (CIE-10) y síntomas catatónicos.

Tratamiento: Lorazepam 1 mg cada 8 h., Olanzapina 15 mg cada 24 h., Citalopram 20 mg cada 24 h.

CONCLUSIONES

Es necesario considerar la organicidad como primera causa etiológica en todo paciente con síntomas catatónicos, especialmente en aquellos que los presentan por primera vez, ya que puede ser parte de la expresión clínica de varias condiciones médicas y neurológicas.

El pronóstico de la catatonía es bueno si se interviene en el período agudo. A partir del cuarto día en que la condición permanece sin modificación el riesgo de mortalidad aumenta drásticamente. A largo plazo, el pronóstico depende de la condición de base que la produjo.

La exposición a antipsicóticos y otros bloqueadores de dopamina usualmente puede empeorar el pronóstico y precipitar el síndrome catatónico. Una vez resuelto, pueden reintroducirse de forma progresiva, monitorizando el estado del paciente.