

DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN LA CATATONÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ruiz de la Hermosa Gutiérrez, Laura; Trigo Campoy, Amanda; Panadero Utrilla, Elena; Bañón González, Sara María.

Hospital de Móstoles. Madrid

laura.rhg@hotmail.com

RESUMEN:

La catatonía consiste en un síndrome de anomalías motoras específicas, íntimamente relacionado con los trastornos del estado de ánimo, el afecto, el pensamiento y la cognición. No es un diagnóstico en sí mismo sino que es una característica que puede aparecer en diversos trastornos tanto psiquiátricos como orgánicos. A través de la exposición de un caso clínico se hará un recuerdo de las principales manifestaciones clínicas de la catatonía y una revisión de sus causas subyacentes más probables y la actitud terapéutica a seguir.

DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN LA CATATONÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 55 años que acude de forma voluntaria a la urgencia psiquiátrica acompañada por su marido.

Antecedentes personales:

- Somáticos: no presenta enfermedades medico-quirúrgicas de interés, tampoco alergias conocidas. Niega consumo de tóxicos.
- Psiquiátricos: se encuentra en seguimiento psiquiátrico en el Centro de Salud de zona. Antecedentes de tres ingresos psiquiátricos previos. Presenta un TCA de tipo mixto de larga evolución. El tratamiento actual es duloxetine 60mg DMD, olanzapina 30mg DMD, clorazepato dipotásico 30mg DMD y topiramato 150mg DMD.
- Biográficos: Natural de Madrid aunque pasó su infancia en Toledo. Su marido refiere "que su infancia fue feliz, aunque tuvo que abandonar los estudios primarios porque su padre se quedó ciego y tenía que ayudarlo a vender cupones". Lecto-escritura adecuada. Durante su adolescencia trabajó en el campo y en el negocio familiar (panadería). Su padre se casó en segundas nupcias, tiene un hermano del primer matrimonio de éste y otra hermana del segundo matrimonio. Buena relación con su hermana, conflictiva con el hermano. Cuando consolida su pareja sentimental ambos se trasladan a vivir a Madrid, donde ella trabaja durante algún tiempo de dependienta en tiendas y en una lavandería. Se casa a los 24 años, momento en que deja de trabajar, aunque no tienen su primera hija hasta cuatro años más tarde, entonces "se agobió con las actividades de la casa y dejó el trabajo, fue una decisión precipitada" afirma el esposo. Desde entonces se ha dedicado a labores del hogar. Vive con su marido (taxista) y sus cuatro hijos. No cuenta con antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas.

Historia de la enfermedad:

La paciente presenta un TCA de años de evolución. Su marido cuenta "que de joven era fuerte, de buen apetito, leyó en revistas sobre la delgadez y dejó de comer, tendría unos 20 años, a veces comía sin control y luego vomitaba. Cuando nos casamos ya estaba delgada". Al parecer siempre ha mantenido estas conductas aunque mejoraba durante los embarazos.

Su primer hijo nace tras cuatro años de matrimonio. Con anterioridad habían ido a un especialista privado porque no se quedaba embarazada, le dijeron "que tenía un útero infantil y la intervinieron para reconstruírselo". Su primer embarazo tras la cirugía terminó en aborto. A los pocos meses nace su primera hija, que es aceptada con mucha ilusión. El resto de los partos fueron normales. Con su tercer hijo "empezó a tener alucinaciones a los pocos días de dar a luz, veía a la virgen". Se diagnosticó una depresión postparto y se pautó tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos con muy buena respuesta. Desde entonces realizó seguimiento psiquiátrico. Al poco de nacer su cuarto hijo, y coincidiendo con la muerte de su padre "recayó de forma brusca, vomitaba a menudo y casi no comía, oía voces y veía cosas raras, tenía miedo de salir a la calle, no se atrevía a andar, estaba bloqueada, creía que hablaban y se reían de ella". Fue ingresada en la unidad de Psiquiatría. Posteriormente requirió otros dos ingresos psiquiátricos, el último de ellos hace 5 años por posible cuadro confusional en relación a psicofármacos.

El esposo refiere que tras cada ingreso, aunque sigue manteniendo su vida activa, no se recupera en su totalidad ("tiene fallos de memoria, le cuesta hacer las cosas, no tiene energía").

Enfermedad actual:

La paciente acude acompañada por sus familiares por un cuadro caracterizado por ansiedad, perplejidad, conductas catatoniformes, alucinaciones visuales y auditivas e ideas de referencia.

Dos meses antes había acudido a la urgencia por un episodio similar que cedió muy levemente con olanzapina y desde entonces no había querido salir a la calle, con numerosos miedos. El mes anterior uno de sus hijos había enfermado de neumonía y el marido cree que esto pudo agravar la situación, aunque no la habían visto claramente deprimida.

Exploración psicopatológica:

Consciente y orientada parcialmente (desorientada en tiempo). Delgadez importante, ansiedad leve. Alterna entre el mutismo y la lentitud en las respuestas con dificultad en la expresión y un discurso pobre y reiterativo. Facies de perplejidad y mirada fija. Alucinaciones auditivas y visuales. Se evidencia inhibición psicomotriz, flexibilidad cérea, negativismo y rigidez. Se desnuda ocasionalmente. Incontinencia urinaria.

Catatonía:

La catatonía fue descrita en un principio como un síndrome de origen mental exclusivamente. Investigaciones posteriores ponen en evidencia que su origen podría estar en una afección orgánica.

A continuación se describen las anomalías motoras específicas de este síndrome clínico:

- Mutismo: desaparición de la producción verbal en ausencia de trastornos estructurales.
- Estupor: marcada lentitud de la actividad motora, con frecuencia hasta la inmovilidad y la desconexión del medio.
- Negativismo: resistencia sin motivo de una persona a todos los intentos por moverla, o resistencia a obedecer cualquier orden.
Negativismo social: los esfuerzos para hacer que los pacientes se vistan, se laven o coman pueden encontrarse con una resistencia y el tensado de los músculos. Cuando se trata de darles de comer aprietan los dientes. Retienen la orina y las heces y se niegan a defecar y orinar cuando se les sienta en la taza del wáter, y luego se lo hacen encima.
- Catalepsia : mantener una posición inmóvil de forma constante (muecas, cojín psicológico, manos en posición extraña...)
- Flexibilidad cérea: estado en el que se puede hacer que una persona adopte una postura que luego mantiene. Cuando el examinador mueve un miembro de la persona, tiene la impresión de que es de cera.
- Estereotipia: repetición de un patrón fijo de movimientos o del habla.
- Obediencia automática: cumplimiento inmediato de las órdenes.
- Ecofenómenos.
- Manierismos.

Bastan dos de los signos clásicos de la catatonía para cumplir los criterios diagnósticos.

En algunas personas los signos son inestables o transitorios, en otras están presentes días, semanas o meses.

Causas:

Suele aparecer en:

- Trastornos del estado de ánimo (manía y estados depresivos).
- Psicosis.
- Intoxicación por drogas y abstinencia a drogas.
- Alteraciones neurológicas.
- Estados metabólicos anómalos.

Manía:

En aproximadamente el **15%** de los episodios de manía del trastorno bipolar se observa catatonía. Su presencia se asocia a mayor gravedad, pero no afecta al pronóstico. Responde además a los tratamientos antimaniacos activos (litio, antipsicóticos).

La mitad de los pacientes catatónicos padecen una enfermedad maniaco-depresiva. En muchas ocasiones son diagnosticados erróneamente de esquizofrenia.

Depresión:

Es la segunda causa subyacente a la catatonía más probable, especialmente la de características melancólicas. Generalmente aparece lentitud psicomotriz importante, mutismo y catalepsia, dejan de comer y beber, adelgazan, se deshidratan y se vuelven incontinentes. Pueden aparecer, asimismo, signos vegetativos de melancolía.

Con frecuencia a los pacientes más jóvenes se les diagnostica de esquizofrenia y a los ancianos de demencia.

Psicosis no afectiva:

El esquizofrénico presenta signos catatoniformes así como abulia crónica y expresión emocional deficiente durante y después de la reagudización de la psicosis.

Enfermedades médicas:

- Infecciones (incluidas las del SNC).
- Epilepsia (especialmente la psicosenesiva) y estados convulsivos.
- ACV (isquémicos y hemorrágicos).
- Demencias (asociadas fundamentalmente al alcohol y el SIDA).
- Cetoacidosis diabética.
- Hipercalcemia, hipertiroidismo, hiper/hiponatremia, síndrome de secreción inadecuada ADH, uremia, homocistinuria.
- Lupus eritematoso y otras causas de arteritis.
- Disfunción hepática y encefalopatías metabólicas.

Inducida por fármacos:

- Antipsicóticos.
- Retirada rápida de BDZ.

DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN LA CATATONÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

- Retirada de fármacos dopaminérgicos.
- Retirada de gabapentina.

En relación a la paciente del caso clínico expuesto, se le retira la medicación previa y se le pauta tratamiento con lorazepam. Al mismo tiempo se realiza una batería de pruebas diagnósticas para descartar organicidad. La TEC se muestra como una opción terapéutica muy útil en pacientes con catatonía que no responden a la medicación para la patología psiquiátrica de base.