

Casos clínicos:

Síndrome Catatónico

¿Síndrome Neuropsiquiátrico o enfermedades sistémicas?

Carlos Cruz¹

Evolución histórica

Descubierto por el psiquiatra Karl Ludwig Kahlbaum en 1868. Durante muchos años la observación de síntomas y signos del síndrome catatónico se asoció a enfermedad psiquiátrica y particularmente con la esquizofrenia.

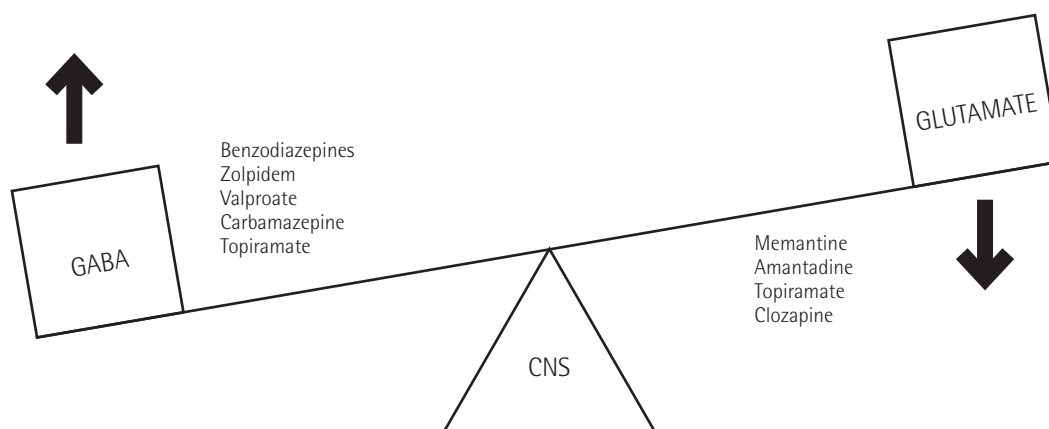
Kraepelin (1896): incluye a la catatonía dentro de la "demencia precoz", junto a la hebefrenia y paranoia. Bleuler (1924): Sub-tipo de Esquizofrenia. Schneider los define como trastornos de las tendencias y la voluntad. Jaspers separa los trastornos de la voluntad de los de la motricidad.

"Durante más de 125 años después de que Karl Kahlbaum clasificó la catatonía como una entidad psicopatológica distinta, se ha informado abrumadoramente en relación con muchas condiciones" (Fink M., (2010)

1. Definición actual: Los trastornos catatónicos son un grupo de síntomas caracterizados por alteraciones en el comportamiento motor (movimiento muscular) que pueden tener una base psicológica o fisiológica. (Enciclopedia de los trastornos mentales)
2. "Con los grandes avances en las neurociencias básicas y clínicas que han transcurrido durante la última década, finalmente estamos dilucidando los mecanismos que subyacen a la complejidad y la diversidad desconcertante de la fenomenología catatónica" (Stowe R. (2002)
3. La fisiopatología de la catatonía es compleja e incluye alteraciones en la dopamina y otros sistemas neurotransmisores, posibles anomalías de los canales iónicos y disfunción de los circuitos frontal-neocortical, límbico e incluso del tronco cerebral. Tabla N° 1

Tabla N°1

La fisiopatología de la catatonía Gaba glutamate hypothesis three



According to this hypothesis, pharmacologic treatment tend to restore GABA-glutamate imbalance, decreasing glutamate transmission or increasing GABA transmission.

Decrease of dopaminergic transmission may act indirectly, increasing GABA-glutamate imbalance.

GABA = γ -aminobutyric acid; CNS=central nervous system.

Carroll BT, Lee JWY, Appiani F, Thomas C. *Primary Psychiatry*. Vol 17, N°4. 2010

1. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales

4. En uno de los pocos estudios prospectivos, publicado por Abrams y Taylor en 1976, sobre una muestra de 55 pacientes que presentaban uno o más síntomas catatónicos y utilizando criterios diagnósticos de investigación, reportó que sólo un 7% cumplía criterios de esquizofrenia, mientras que 2/3 correspondieron a trastornos del ánimo, *un 16% correspondió a otras causas tales como epilepsia, psicosis tóxicas e inducidas por drogas, encefalitis y deterioro por alcohol.*
5. Enfermedades sistémicas: Cetoacidosis diabética, Homocistinuria, Hipercalcemia, Porfiria aguda intermitente, Coproporfiria hereditaria, Pelagra, Insuficiencia hepática o renal.
6. Agentes tóxicos y drogas: privación de glutetamida, morfina, anfetamina, cannabis, Mescalina, metilfenidato, Fenciclidina, aspirina, levadora, hidrocarburos fluorados, esteroides, monóxido de carbono.
7. Diagnóstico: La catatonía es un Síndrome Neuropsiquiátrico de difícil enfoque diagnóstico. La gran mayoría de los signos catatónicos no es reconocida usualmente y su implicación en el diagnóstico pasa inadvertida.
8. La historia psiquiátrica del paciente es de gran utilidad para establecer una hipótesis etiológica del cuadro. Estudiar: clínica referida días previos al cuadro, desorganización conductual, alteraciones en el estado de ánimo y ritmos sueño-vigilia, verbalización de ideación delirante y alteraciones sensorceptivas
9. A diferencia de las personas con esquizofrenia, sin embargo, aquellos con síntomas catatónicos debido a una condición médica demuestran una mayor comprensión y conciencia de su enfermedad y síntomas.
10. Historia farmacológica exhaustiva: Debe preguntarse al paciente sobre el uso reciente de drogas tanto prescritas como ilícitas para determinar si los síntomas están relacionados con drogas.
11. El estudio orgánico del paciente debe ser llevado a cabo por especialistas que mediante exploración física y pruebas complementarias despierten un proceso orgánico.

12. La exploración neurológica exhaustiva, las pruebas analíticas básicas y la monitorización de constantes son imprescindibles, así como los hemocultivos y los urocultivos en caso de que el paciente presente fiebre.

13. Tratamiento: El tratamiento de los síntomas catatónicos depende de la causa subyacente. Benzodiacepinas, TEC: Se utiliza en todas las formas de catatonía. (Tabla N° 2)

Caso

“Una mujer de 31 años fue ingresada en un hospital general con inmovilidad, flexibilidad cerosa, negativismo, mutismo, rigidez y disminución del parpadeo. Su marido había informado que 10 días antes de la admisión su comportamiento cambió, actuó con mayor desconfianza, alucinaciones auditivas y delirios místicos. Se negó a beber y comer y tuvo episodios de impulsividad sin provocación. La pérdida de peso fue evidente. La paciente no tenía antecedentes de trastorno psiquiátrico. Vivía con su esposo y sus tres hijos.

Los estudios de laboratorio fueron de rango normal a excepción de una anemia leve con hemoglobina 9,2 g / dl y hematocrito 32,1%.

Se inició una dosis intravenosa lenta de lorazepam 2 mg. Después de 20 minutos de administración de lorazepam, el paciente comenzó a dar respuestas breves y demoradas, con perseverancia, mejoría del movimiento, exhibición de gestos faciales y respuesta mínima a estímulos externos.

Después de la prueba con lorazepam, se inició lorazepam oral 5 mg / día y zolpidem 10 mg / día. Después de 24 horas, hubo mejoría de los signos catatónicos, aunque persistió la postura. Debido a los delirios místicos y alucinaciones, la paciente también fue tratada con Quetiapina 200 mg. Cuatro días después de la admisión la paciente tenía distensión abdominal y esteatorrea. La ecografía abdominal fue normal. Los resultados de coprocultivos mostraron *Escherichia coli* no enterohemorrágico y patogénico. Una video endoscopia del tracto digestivo supe-

Tabla N°2

El tratamiento de los síntomas catatónicos

Medicamento	Potencia GABA	Efectos GABA	Potencia Anti glutamato	Efectos Anti glutamato
Lorazepam	Fuerte	+ GABAa-P	Ninguna	Ninguna
Zolpidem	Fuerte	+ GABAa- α Subunidad	Ninguna	Ninguna
Memantina	Ninguna	Ninguna	Modesto	antagonismo NMDA

(Carroll B. T., 2013)

rior mostró hallazgos asociados con una alta especificidad para la enfermedad celiaca. El diagnóstico y tratamiento dietético para la enfermedad celiaca comenzó. Junto con la mejora de los síntomas gastrointestinales, la paciente mostró una disminución evidente de los síntomas catatónicos y psicóticos" (Carroll B. T., 2013)

14. La hospitalización y medidas de soporte y prevención pueden ser necesarias para proteger la seguridad del paciente.

15. Prevención: No existen medidas preventivas específicas para la mayoría de las causas de catatonía. A veces, se pueden prevenir las enfermedades infecciosas. Los síntomas catatónicos causados por medicamentos o drogas de abuso pueden revertirse suspendiendo el uso del medicamento.

Bibliografía

1. Abrams R, Taylor MA. Catatonia. A prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry*. 1976 May;33(5):579-81.
2. Carroll B. T. The Pharmacotherapy of Catatonia. *Primary Psychiatry* | May 21, 2013)
3. Fink M., Shorter E., Taylor M. Catatonia Is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. *Schizophr Bull* (2010) 36 (2): 314-320.
4. Stowe R. Current Concepts of the Pathophysiology of Catatonia *Neuropsychiatry*. (2002) en: <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/.../specialFeatureStowe.asp>