



CARTAS CIENTÍFICAS

Diagnóstico y tratamiento de la catatonía en ancianos

Diagnosis and treatment of catatonia in the elderly

Sr. Editor:

La catatonía es un síndrome de anomalías motoras, relacionado con trastornos del ánimo, el afecto, el pensamiento y la cognición. Los signos principales son mutismo, inmovilidad, negativismo, catalepsia, flexibilidad cêrea y ecofenómenos¹.

En los ancianos ha sido escasamente estudiada. El abigarrado y cambiante cuadro clínico puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones y de muerte^{1,2}.

Caso clínico

Mujer de 86 años diagnosticada de un trastorno depresivo recurrente. Entre sus antecedentes médicos destacan hipertensión arterial, caídas de repetición que le ocasionaron varias fracturas osteoporosis y artrosis.

Fue diagnosticada de distimia y estuvo en tratamiento con deanxit. En 1999 ante la aparición de síntomas extrapiramidales le suspenden el deanxit y le diagnostican una enfermedad de Parkinson. Los síntomas afectivos empeoran, siendo diagnosticada de un trastorno depresivo orgánico con síntomas psicóticos. Ante la falta de mejoría con el tratamiento antidepressivo con citalopram y la mala tolerancia a los neurolépticos la tratan con siete sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC), mejorando el cuadro.

En 2005 tiene un nuevo episodio depresivo grave con síntomas psicóticos que requiere de ocho sesiones de TEC, con remisión completa y sin complicaciones.

En septiembre de 2007 presenta un nuevo episodio con síntomas psicóticos y catatonía, tratado con ocho sesiones de TEC, con remisión total de los síntomas psicóticos y de la catatonía, remisión parcial de los síntomas afectivos y aparición de un síndrome confusional.

Desde el punto de vista funcional precisa la ayuda de una persona para caminar y es autónoma para la comida. Requiere ayuda para el resto de las actividades básicas de la vida diaria. A nivel cognitivo presenta un deterioro moderado de predominio frontosubcortical, con repercusión importante en el aprendizaje, pero con buen control del entorno (MMSE 22/30).

Desde comienzos del 2009 presenta delirios de culpa, inhibición, ecolalia, ecopraxia y adopción de posturas antigraavitatorias. Cambiamos el tratamiento antidepressivo sustituyendo mirtazapina por bupropion y aumentamos la dosis de lorazepam para la catatonía, con empeoramiento clínico. Se le aplican nueve sesiones de TEC, pero a partir de la séptima sesión presenta un síndrome confusional.

Progresivamente desaparece el síndrome confusional y mejora el cuadro afectivo, aunque se aprecia una caída en la puntuación de los test neuropsicológicos (MMSE 11/30) con perseveración en

las respuestas y mayor inhibición. Desde el punto de vista funcional es independiente para la ingesta, deambula con andador y precisa ayuda para el resto de las actividades básicas de la vida diaria. Es dada de alta a su domicilio.

Discusión

El término catatonía fue usado por primera vez en 1874 por Karl Ludwig Kahlbaum para designar una enfermedad mental cíclica y alternante, que cursa con fases de melancolía, manía, estupor, confusión y locura. El DSM IV (tabla 1) la incorpora como factor por especificar en los trastornos del estado de ánimo y como síndrome en el marco de un trastorno médico general^{3,4}.

Se debe en un 35% a enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar) y en un 40% a lesiones estructurales cerebrales, encefalopatías metabólicas y tóxicas, encefalitis víricas, epilepsia, etc. Los restantes casos se atribuyen a tóxicos, fármacos o son idiopáticos^{1,2}.

En los ancianos, la catatonía se asocia frecuentemente a enfermedades orgánicas, especialmente lesiones cerebrales. Siempre hay que descartar etiología orgánica aún en casos de antecedentes psiquiátricos².

Se diagnostica a partir de los síntomas más graves², no hay criterios diagnósticos para los signos sutiles. Suele diagnosticarse erróneamente como demencia o enfermedad de Parkinson.

En el DSM IV, los criterios clínicos para esquizofrenia de tipo catatónico incluyen: catalepsia, actividad motora excesiva, mutismo o negativismo extremo, movimientos voluntarios peculiares y ecolalia o ecopraxia⁴. Para el diagnóstico se requiere al menos un síntoma cardinal, si se asocia a una enfermedad médica, o dos si se asocia a esquizofrenia o a algún trastorno afectivo, durante por lo menos 24 h.

En nuestra paciente, el diagnóstico de enfermedad de Parkinson es previo a la catatonía y su evolución ha sido la propia de esta enfermedad, precisando dosis crecientes de L-DOPA. La catatonía está causada por un trastorno depresivo recurrente.

En cuanto a la fisiopatología, los estudios con SPECT han mostrado una disminución de la perfusión en las cortezas parietal posterior derecha y prefrontal inferior lateral derecha⁵. Los síntomas afectivos pueden explicarse por déficits en la transmisión gabaérgica.

La catatonía maligna o letal es un cuadro en el que además de los signos clínicos descritos aparecen hipertermia y/o disautonomía². Se trata de una situación de riesgo vital que exige diagnóstico y tratamiento precoz.

Los afectados están en riesgo de sufrir múltiples complicaciones: deshidratación, desnutrición, incontinencia urinaria, infecciones del tracto urinario, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Puede llegarse a una situación de fallo multiorgánico que desemboca en la muerte.

La catatonía se puede dividir en simple y en maligna para orientar el tratamiento³. Las benzodiacepinas están en primera línea de tratamiento para la catatonía simple y el TEC es el tratamiento en la catatonía maligna.

Tabla 1
Criterios para el diagnóstico de tipo catatónico de esquizofrenia⁴

<p>Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor 2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos) 3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o al mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo 4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas 5. Ecolalia o ecopraxia <p>American Psychiatric Association. Comité de Nomenclatura y Estadística. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 4 ed. Barcelona: Masson; 1995.</p>

Se han documentado suficientemente los beneficios de las benzodiazepinas, especialmente el lorazepam^{6,7}. Entre un 60 y 80% de los pacientes con catatonía aguda responden al lorazepam en las primeras 48-72 h⁶.

Cuando el lorazepam no mejora la sintomatología se pueden utilizar antagonistas del receptor NMDA, como memantina o amantadina². Se han descrito casos de catatonía que mejoran tratando únicamente la causa: epilepsia^{8,9}, trastorno depresivo¹⁰ o esquizofrenia⁷. En los casos secundarios a fármacos la suspensión de estos es fundamental².

En los casos refractarios al tratamiento médico hay que considerar el uso de la terapia electroconvulsiva en caso de no existir contraindicaciones^{2,11}. Es uno de los tratamientos biológicos más eficaces y menos comprendidos.

En los ancianos, la TEC tiene una elevada eficacia (70-80%), alta rapidez de acción, buena tolerabilidad y elevada seguridad, incluso en situaciones somáticas críticas¹¹. La mayor parte de los tratamientos psicofarmacológicos pueden resultar más lesivos que la propia TEC¹².

Los riesgos de la TEC se relacionan con las enfermedades somáticas (hipertensión arterial, patología cardiovascular, cerebral, ocular o pulmonar), el tratamiento farmacológico y la respuesta previa a la TEC. Los ancianos presentan un mayor riesgo de síndrome confusional y deterioro cognitivo, además de episodios de hipomanía, arritmia o cuadros convulsivos¹³.

En nuestra paciente la respuesta previa al TEC era buena, si bien ya había sufrido un síndrome confusional. La posibilidad de emplear el TEC de mantenimiento es una opción por considerar para evitar las recaídas.

Agradecimientos

Agradecemos a todo el personal de la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui su dedicación a los pacientes.

Bibliografía

1. Fink M, Taylor MA. Catatonía: guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento. Barcelona: Editorial Masson; 2005. p. 21-36.
2. Takata T, Takaoka K, Fujigaki M. Catatonía in the elderly. Int J Psychiatry Clin Pract. 2005;9:230-7.
3. Taylor MA, Fink M. Catatonía in psychiatric classification: A home of its own. Am J Psychiatry. 2003;160:1233-41.
4. American Psychiatric Association. Comité de Nomenclatura y Estadística. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4 ed. Barcelona: Masson; 1995.
5. Northoff G. Catatonía and neuroleptic malignant syndrome: Psychopathology and pathophysiology. J Neural Transm. 2002;109:1453-67.
6. Salam SA, Kilzieh N. Lorazepam treatment of psychogenic catatonía: An update. J Clin Psychiatry. 1988;49:16-21.
7. Ungvari GS, Kau LS, Wai-Kwong T, Shing NF. The pharmacological treatment of catatonía: An overview. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001;251:31-4.
8. Primavera A, Fonti A, Novello P, Roccatagliata G, Cocito L. Epileptic seizures in patients with acute catatonía syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994;57:1419-22.
9. Lim J, Yagnik P, Schraeder P, Wheeler S. Ictal catatonía as a manifestation of nonconvulsive status epilepticus. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1986;49:833-6.
10. Johnson J. Stupor: A review of 25 cases. Acta Psychiatr Scand. 1984;70:370-7.
11. Kiran Rabheru MC. The use of ECT in special patient populations. Can J Psychiatry. 2001;46:710-9.
12. Tomac TA, Rummans TA, Pileggi TS, Li H. Safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 85. Am J Geriatr Psychiatry. 1997;5:126-30.
13. Flint AJ, Gagnon N. Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. Can J Psychiatry. 2002;57:734-41.

Beatriz Grandal Leiros*, José Joaquín Roldán Larreta y
Laura Moreno Eguinoa

Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui, Alsasua, Navarra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beagrandal2@hotmail.com (B. Grandal Leiros).

doi:10.1016/j.regg.2010.05.003

Hipertensión arterial pulmonar como manifestación de forma limitada de esclerosis sistémica en una mujer nonagenaria

Pulmonary arterial hypertension as symptom of a limited form of systemic sclerosis in a nonagenarian

Sr. Editor:

La incidencia de la esclerosis sistémica (ES) en los ancianos es desconocida y según algunos estudios es del 1 por 1.000, sugiriendo los autores que esta enfermedad es probablemente infradiagnosticada en este grupo de población debido a un curso más favorable y a los menores cambios cutáneos que se atribuyen al envejecimiento o secundarios a otras patologías. Hay estudios

que sugieren que la forma limitada de la ES es la más frecuente en los ancianos^{1,2}.

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se desarrolla en más del 15% de los pacientes con ES. Esta complicación puede ocurrir de forma aislada en ausencia de enfermedad intersticial pulmonar y es más frecuente en la ES de tipo limitado asociándose con la presencia de anticuerpos anticentrómero en el 70-80% de los casos³.

Presentamos el caso de una mujer de 92 años con antecedentes de artrosis y artritis desde hace años que trataba con AINES y cambios de coloración en las manos que refería como cianosis ante la exposición al frío. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo y deambulación con bastón limitada por artrosis y últimamente por disnea.