

Síndrome catatónico en una adolescente gambiana: presentación de un caso inusual

Catatonic syndrome in a gambian teenager: an unusual case presentation

Fátima de los Ángeles García-Quilez ^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1428-9581>

¹ University of The Gambia. Medical School Faculty. Edward Francis Small Teaching Hospital. Banjul, The Gambia.

*Autor para la correspondencia (email): fatima.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: la catatonía es una de las presentaciones psiquiátricas más dramáticas, es muy rara en niños y adolescentes, por lo que puede ser mal diagnosticada al confundirse con cuadros psicóticos y provocar la muerte si no es tratada de manera adecuada.

Objetivo: presentar el caso inusual de una adolescente gambiana diagnosticada como un síndrome catatónico.

Presentación del caso: adolescente de 14 años de edad, gambiana, femenina, fue ingresada en el Hospital Pediátrico de Banjul; debido a negarse a ingerir alimentos, agua y hablar por una semana. El examen físico reveló aumento de la frecuencia cardíaca, signos de deshidratación moderada, nivel de conciencia estuporoso y rigidez generalizada del cuerpo. Los estudios analíticos e fonomenológicos fueron normales. Se diagnosticó como un síndrome catatónico y luego de recibir tratamiento con lorazepam durante 10 días, fue dada de alta con evolución satisfactoria.

Conclusiones: a pesar de ser la catatonía una rara afección, el médico general debe conocer esta enfermedad, con el fin de poner el tratamiento adecuado, para evitar su agravamiento y así preservar la vida de estos pacientes.

DeCS: CATATONÍA/diagnóstico; CATATONÍA/tratamiento farmacológico; ADOLESCENTE; ESTUPOR/diagnóstico; ESTUPOR/tratamiento.

ABSTRACT

Background: catatonia is one of the most dramatic psychiatric presentations, it is a very rare condition in children and adolescents, it could be misdiagnosed as a psychotic disorder, and could cause death if not treated properly.

Objective: to discuss an unusual case of a Gambian female teenager diagnosed of catatonic syndrome.

Case report: a 14-year-old Gambian female teenager was admitted to Banjul Pediatric Hospital because she refused to eat, drink or speak for one week. On physical examination she was found to have an increased heart rate, moderate signs of dehydration, stuporous level of consciousness and generalized rigidity of the body. The analytical and phenomenological studies were normal. After being diagnosed of catatonic syndrome and treated with Lorazepam for 10 days, she improved enough and she was satisfactorily discharged.

Conclusions: despite the fact that catatonia is a rare condition, the general practitioner must know this pathology, in order to impose the appropriate treatment, avoid its aggravation and thus preserve the life of these patients.

DeCS: CATATONÍA/diagnosis; CATATONÍA/drug therapy; ADOLESCENT; STUPOR/diagnosis; STUPOR/treatment.

Recibido: 08/06/2021

Aprobado: 17/06/2021

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

La catatonía fue descrita por primera vez por Karl Ludwig Kahlbaum en 1874 según cita Yasgur MA, ⁽¹⁾ Kahlbaum fue el primero que asoció los síntomas psicomotores de esta afección con trastornos psiquiátricos; luego en 1899 Emil Kraepelin categorizó la catatonía como una característica de la demencia precoz y fue incluida como un subtipo motor de la esquizofrenia por lo que se la denominó esquizofrenia catatónica.

Así se mantuvo hasta principios de la década de los noventa del siglo pasado, en que se clasificaba como un subtipo de la esquizofrenia desde la aparición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-I hasta el DSM III-R; ya en el DSM-IV Fink y Taylor plantearon que la catatonía no debería estar ligada solo a la esquizofrenia y que podía deberse a otras causas medicas y psiquiátricas. ⁽¹⁾

Si bien su lugar en la nosografía aún no está claro, en la actualidad se considera como un síndrome independiente en el DSM-V y no como una característica o especificador de otros trastornos; ⁽²⁾ algunos autores plantean que fue un error de Kraepelin el incluirla dentro de la esquizofrenia, ⁽³⁾ pues la catatonía no es esquizofrenia, es tratable y curable. ⁽⁴⁾

La catatonía se define como un síndrome neuropsiquiátrico psicomotor con una combinación única de síntomas mentales, motores, conductuales y autonómicos que se observan en enfermedades psiquiátricas, neurológicas y médicas. ⁽⁵⁾ Es de predominio en características motoras como: ausencia de actividad, inducción de posturas pasivas contra la gravedad, oposición o ausencia de respuesta ante estímulos externos, flexibilidad cérica, estereotipias, manierismos, ecolalia y ecopraxia, y a menudo acompañada de estupor. ⁽⁶⁾

Desde el punto de vista de la neurobiología, se ha planteado que en la patofisiología y etiología, las vías y centros nerviosos implicados son los circuitos cerebrales cortico-subcorticales y una posible disfunción de la corteza orbitofrontal lateral, ^(7,8) se plantea, el interés que se ha recobrado por la neurobiología con relación a la catatonía está dado por la identificación de estas alteraciones cerebrales en un síndrome que es capaz de llevar a la muerte en los casos más graves. ⁽⁷⁾

Existen muchas causas asociadas a este síndrome, como son las metabólicas, neurológicas, psiquiátricas y tóxicas; pero una causa que siempre debe tenerse en cuenta es una respuesta sistémica a un miedo indefinido. ⁽⁹⁾

En pediatría la catatonía es infrecuente y muy rara, por lo general de causa orgánica. Presenta una gran variedad de síntomas psiquiátricos y neurovegetativos, y precisa la detección en forma temprana para un manejo adecuado. La incidencia de catatonía en pediatría es de 0,10 por un millón al año. ⁽⁶⁾

En los niños y jóvenes la psicopatología se expresa en la inmovilidad completa, disminución de la hipertonía de los músculos y la actividad mental, silencio, inhibición de las reacciones reflejas, negatividad y falta de contacto con otras personas; se describe que en el caso del síndrome psicopatológico catatónico en el momento de la congelación por miedo, los niños o jóvenes rechazan alimentos. ⁽⁷⁾

En los adolescentes con síndromes psicopatológicos catatónicos hay fenómenos de catalepsia pronunciados, mutismo, negativismo activo pronunciado y persistente, negativa a comer, el cual puede desarrollarse como resultado de los sufrimientos del paciente afectado. ⁽⁷⁾

No hubo tratamiento efectivo para la catatonía hasta la década del 30 del siglo pasado. ⁽⁹⁾ En la literatura revisada todos los autores señalan que el tratamiento específico es con benzodiacepinas y de elección se utiliza el lorazepam, las dosis recomendadas son de 3 mg al día aunque puede aumentarse de 9 mg hasta 12 mg al día. ^(1,2,3,4)

La respuesta al tratamiento tiene que ver con la relación que se ha encontrado con el sistema del ácido gammaaminobutírico (GABA) (por sus siglas en inglés), y la disminución significativa de receptores, lo cual no ocurre en la esquizofrenia por lo que los pacientes esquizofrénicos no mejoran con su uso. ^(5,10,11)

El uso de la terapia electroconvulsivante es recomendada por todos los autores como muy efectiva cuando no existe remisión de los síntomas con lorazepam. ^(7,8,9,10) La respuesta a la terapia con antipsicóticos no es efectiva y debe evitarse el uso de neurolepticos por el riesgo de síndrome neuroleptico maligno. ^(1,3,5,8) Se ha reportado una remisión completa de la sintomatología en 70-80 % de los casos tratados con lorazepam entre cuatro a diez días. ^(4,11,12,14)

El tratamiento a menudo es inadecuado y demora, a pesar de que puede ser una enfermedad fatal que es reversible con tratamiento; ^(12,14) de ahí la importancia en reconocer este síndrome, ya que puede evolucionar de manifestaciones simples a una forma dramática de inestabilidad autonómica, hiperpirexia y colapso cardiovascular. ⁽¹⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 14 años de edad, femenina, que convivía con su tío materno en Banjul, pues sus padres habían emigrado hacia Italia hacía varios años, tenía antecedentes de haber sido llevada a la Consulta de Psiquiatría por su tío pocas semanas antes del ingreso actual con la queja de mutismo selectivo; según refirió su tío en esa ocasión la paciente no hablaba con nadie, solo se dirigía a las personas cuando necesitaba algo, pedía que le compraran perfumes caros y cremas para la piel, rehusaba la compañía de otras personas, pasaba el día aplicándose las cremas y cuidaba su peinado y maquillaje.

En aquella ocasión acudió a la consulta muy maquillada y arreglada, vestida con ropas de mujer; lo cual era muy extraño dadas las costumbres del país con religión musulmana y llamó la atención; luego del interrogatorio y datos aportados por el familiar, se confirmó que la adolescente presentaba un mutismo selectivo y que solo se sonreía cuando se le hacían las preguntas; se diagnosticó además del mutismo selectivo, rasgos de personalidad narcisista e histriónicos; y se dieron las indicaciones precisas para el manejo de la adolescente en el hogar; el seguimiento se realizó a las dos semanas siguientes y la paciente mantuvo similar actitud, luego en dos oportunidades más de igual forma; por lo que no hubo remisión del cuadro clínico.

Semanas más tarde llegó al cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico de Banjul remitida en ambulancia desde un *Health Center* muy lejano, ubicado en el poblado de Basse, donde se encontraba viviendo durante un tiempo con su abuela materna, con la historia de dejar de ingerir alimentos y agua por más de una semana; tampoco se comunicaba con ninguna persona, no realizaba ningún movimiento voluntario.

Al examen físico se detectó taquicardia de 100 latidos por minuto, signos de deshidratación moderada; el examen neurológico reveló un nivel de conciencia estuporoso; ojos abiertos espontáneamente pero sin mantener contacto visual; ausencia de respuesta verbal; sensación de dolor, calor o frío reducida; no se detectaron signos meníngeos; pupilas iguales en tamaño, reactivas a la luz y acomodación normal, reflejo corneal presente y rigidez generalizada de todo el cuerpo; en el examen psiquiátrico se detectó la presencia de estupor catatónico, rigidez catatónica, negativismo extremo, flexibilidad cérea, ausencia de contacto visual, mutismo extremo, afecto restringido; no se pudo explorar los procesos senso-perceptuales y del pensamiento por falta de cooperación de la paciente (Figura 1).



Figura 1. Estupor catatónico en una adolescente: flexibilidad cérea.
Hospital Pediátrico de Banjul, The Gambia (Imagen propia de la autora).

Los estudios analíticos mostraron una hemoglobina normal en 13,7 g/dl, leucograma con un conteo global de leucocitos en $8,6 \times 10^9$ g/l, plaquetas en 273×10^9 g/l, eritrosedimentación en 6,5 mmol/l; función renal dentro de límites normales, test de malaria negativo; Rayos X de tórax normal, tomografía axial computarizada normal.

Al inicio del ingreso se le puso tratamiento con medidas generales: líquidos por vía endovenosa para corregir la deshidratación, sonda nasogástrica para realizar alimentación parenteral, monitoreo de signos vitales, sonda vesical y hoja de balance hidromineral. El tratamiento específico consistió en administrar dextrosa al 5 % (500) ml + prometazina 25 mg (ámpula) cada ocho horas durante las primeras 48 horas, pues el medicamento de elección (lorazepam) estaba en déficit en esos momentos en el país; al no observarse mejoría en el cuadro clínico pues la paciente se mantuvo rígida, con negativismo y mutismo extremo; se procedió a solicitar la presencia de la madre de la paciente, la cual viajó desde Italia y trajo consigo el medicamento, el cual se administró de inmediato en forma de suspensión 1 mg dos veces al día por dos días y luego se incrementó a 3 mg diarios hasta completar los 10 días, a los cinco días la paciente comenzó a sentarse en la cama sin ayuda, la rigidez comenzó a disminuir poco a poco; a los siete días comenzó a hablar, se retiró la intubación naso gástrica pues comenzó a alimentarse por sí misma, y a los 10 días fue dada de alta acompañada de su mamá. El seguimiento por consulta externa se realizó a las dos semanas posteriores al alta con evolución favorable (Figura 2).



Figura 2. Recuperación de la paciente junto a su mamá
(Imagen propia de la autora).

DISCUSIÓN

Se coincide con lo planteado por otros autores en relación a lo difícil de realizar un diagnóstico certero, ^(10,11,12) en este caso la paciente no pudo cooperar a la entrevista por su estado, el familiar que la acompañó en el momento del ingreso, su abuela materna, desconocía los antecedentes; además de la ausencia de la mamá para aportar datos, por lo que fue necesario solicitar su retorno al país.

La paciente presentó seis síntomas, para realizar el diagnóstico de síndrome catatónico: catalepsia, flexibilidad cética, estupor, mutismo, negativismo y posturas catatónicas. ⁽⁶⁾

Los antecedentes de haber presentado síntomas como el mutismo selectivo y rasgos de personalidad narcisista e histriónicas a pesar de su corta edad, hace plantear la hipótesis de que la paciente sufrió este cuadro secundario a trastornos de ansiedad ocasionado por estrés mantenido dados los síntomas neuróticos que presentaba.

Se descartaron otros diagnósticos diferenciales como la esquizofrenia que es la causa más frecuente, ante la ausencia de antecedentes familiares y de síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios; los trastornos afectivos por ausencia de síntomas de depresión o manía; y los cuadros orgánicos por los estudios de imagenología realizados y ausencia de signos de focalización neurológica; otras enfermedades médicas por los resultados de los estudios analíticos.

El tratamiento fue muy difícil en los inicios por existir déficit de lorazepam en Gambia y solo comenzó a mejorar el cuadro sintomático luego de su administración, lo cual coincide con estudios realizados por otros autores. ^(7,8,9,10) La paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria a los diez días del tratamiento.

CONCLUSIONES

A pesar de ser la catatonía una rara afección, el médico general debe conocer esta enfermedad, con el fin de imponer el tratamiento adecuado, evitar su agravamiento y así preservar la vida de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yasgur MA, LSW. The misconceptions of catatonia. Treatment is often useful with the right knowledge. Psychiatry Advisor [Internet]. 2018 Ago [citado 08 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatryadvisor.com/home/schizophrenia-advisor/the-many-misconceptions-of-catatonia-treatment-is-often-successful-with-the-right-knowledge/>.
2. Arenas Borrero A, Uribe Restrepo M. Catatonía. En: Gómez Restrepo C, Hernandez Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M, editores. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3^{ra} ed. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 2008.p. 392-414.
3. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. Schizophr Bull [Internet]. 2010 Mar [citado 08 Abr 2020];36(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2833121/>.
4. Appiani FJ, Castro GS. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable. Schizophr Res [Internet]. 2018 Oct [citado 10 Jun 2020];200:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28610803/>. Doi:10.1016/j.schres.2017.05.030.

5. Pérez-González AF. Catatonía y delirium en pacientes neuropsiquiátricos: frecuencia, fenomenología y desenlace clínico. Arch Neurocién (Mex) [Internet]. 2015 [citado 25 Abr 2020];20(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane153d.pdf>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
7. Katarzyna Bialasiewicz G. Síndrome de catatonía: en el punto de mira de la neurobiología [Internet]. España: Infosalus; Abr 2016 [citado 12 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-sindrome-catatonia-punto-mira-neurobiologia-20160425055949.html>
8. Pelzer ACM, van der Heijden FM, den Boer E. Systemetic Review of catatonía Treatment. Neuro-psychiatr Dis Treat [Internet]. 2018 Ene [citado 17 Ene 2020];14: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5775747/>.
9. Shorter E, Fink M. The madness of fear: a History of Catatonía [Internet]. EE.UU: Oxford University Press; 2018. Disponible en: <https://www.prnewswire.com/the-madness-of-fear-300738972>. Oxford University Press 2018
10. Tanidir C, Adaletti H, Ozbek F, Gunes H, Uneri OS. Catatonía and differential diagnosis in adolescence: a case report. J Psychiatry Neurological Sciences [Internet]. 2015 Sep [citado 17 Ene 2020];28(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/43/43-1419710531.pdf?1623939343>
11. Roberto AJ, Pinnaka S, Mohan A, Yoon H, Lapidus KAB. Adolescent catatonía successfully treated with Lorazepam and Aripiprazole. Case Rep Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 12 Ene 2020];2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145739/>.
12. González A, Nachar R, Quezada L, Vergara F, Sumba J, Díaz de Valdes F, et al. Síndrome catatónico. Discusión a partir de un caso clínico. Psiquiatría y salud Mental [Internet]. 2017 [citado 12 Mar 2020];XXXIV(1-2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/libros/32-38%20sindrome%20cat.pdf>
13. Brasic JR. Catatonía Treatment and management. Approach considerations. Medscape [Internet]. 2018 Feb [citado 12 Mar 2019]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1154851-treatment>
14. Coffey MJ. Catatonía: Treatment and prognosis. Up To Date [Internet]. 2021 May [citado 22 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/catatonia-treatment-and-prognosis>

CONFLICTOS DE INTERESES

La autora declara que no existen conflictos de intereses.