PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA
19 / AÑO 2021
OCTUBRE • NOVIEMBRE • DICIEMBRE

Un caso de catatonía. De Psiquiatría a Oncología.

María García López [(1)], María de la Almudena Mantecón Domínguez [(2)], David Soto Mariz [(1)], Gonzalo Talamanca Sánchez [(3)], María Elena González Rodríguez [(3)], Miguel Alonso Sánchez [(1)], Eduardo Delgado Parada [(4)].

[(1)] Médico Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.
[(2)] Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.
[(3)] Psicólogo Clínico Residente. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.
[(4)] Facultativo Especialista de Área. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

OBJETIVOS

Reflexionar acerca del diagnóstico diferencial al que invita una situación de catatonía, aún con una indicación dirigida. La catatonía es un síndrome psicomotor basado en un aumento del tono muscular en reposo, oposicionismo, mutismo, estereotipia y catalepsia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer 53 años con diagnósticos previos de Síndrome de Alpert (craneosinostosis, deformaciones óseas acras, oligofrenia, hipoacusia bilateral), esquizofrenia paranoide y carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, con metástasis ganglionar en axila ipsilateral.

Es derivada con indicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) por un cuadro subagudo de desorganización conductual, bloqueo psicomotor y oposicionismo a la ingesta. Había estado ingresada unas semanas antes en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) por una situación similar que había mejorado con ajuste psicofarmacológico (clozapina). Durante el ingreso actual en la UHB una complicación respiratoria retrasa el inicio de la TEC.

La respuesta al tratamiento con benzodiazepinas y a su medicación habitual (clozapina) es nula, por lo se plantea un diagnóstico diferencial ampliado y se realizan pruebas complementarias.

RESULTADOS

En el electroencefalograma no se describe ningún patrón patológico, mientras que la resonancia magnética craneal se informa como compatible con carcinomatosis meníngea, con implantes medulares, corticales y subcorticales.

CONCLUSIONES

Las alteraciones de conciencia y la clínica psicomotora, aún en personas con trastorno mental grave, sobre todo cuando no se trata de una presentación conocida en descompensaciones previas, requieren de un diagnóstico diferencial ampliado.