

ARTICULO ORIGINAL

SIGNOS CATATONICOS

PREVALENCIA EN TRASTORNO MENTAL

RODRIGO ESCOBAR*, MARCELA MEDINA.**

ALFONSO GUSHIKEN***, SARA LÓPEZ****

Se estudiaron todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Salud Mental del Hospital San Vicente de Paúl de marzo de 1998 a marzo de 1999. Al ingreso se les aplicó la Escala de Bush - Francis para Catatonía (EBFC) para determinar la presencia de este tipo de síntomas. Se obtuvo una muestra de 132 pacientes; un 11.4% (n=15) cumplió criterios para catatonía. Los diagnósticos más prevalentes dentro del grupo de catatónicos fueron los Trastornos Psicóticos (53%, n=8), seguidos por los Trastornos Mentales Orgánicos (26%, n=4) con una diferencia significativa en comparación con el grupo de pacientes no catatónico ($p=0.004$). Los síntomas catatónicos más frecuentes fueron: mutismo (73%), cata-lepsia (67%), negativismo (67%), abstinencia a comer, beber o al contacto visual (60%), estupor (53%), mirada fija (46%) y mitgehen -ir con- (33%).

Palabras Claves: Catatonía; Escala de Bush Francis.

CATATONIC SYMPTOMS

PREVALENCIA EN TRASTORNO MENTAL

In order to find catatonic symptoms we applied Bush Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) to all patients admitted to in the Hospital San Vicente de Paul in patient psychiatric unit, from march 1998 to march 1999. Sample consisted in 132 patients, 11.4% (n=15) met catatonia criteria. Most prevalent diagnostics among catatonic patients were psychotic disorders (53%, n=8) and organic mental disorders (26%, n=4). A significant difference was found with the group of no catatonic patients ($p=0.004$). The most frequent catatonic symptoms were mutism (73%), catatepsy (67%), negativism (67%), withdrawal (60%), stupor (53%), staring (46%), and mitgehen (33%).

Key Words: Catatonia; Bush-Francis Catatonia Rating Scale.

Coordinador de Psiquiatría Universidad CES, Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Residente Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Médico Magister en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Médica Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia del estudio de la catatonía, diversas definiciones y clasificaciones han sido propuestas, dependiendo de la forma en que se ha entendido el concepto: como un síndrome o como un síntoma de algún otro proceso patológico. Kahlbaum fue quien primero la describió (1874), definiéndola como "una enfermedad cerebral con evolución alternante, cíclica e independiente de otras enfermedades mentales, en la cual los síntomas psíquicos son consecutivamente depresión, manía, estupor, confusión y eventualmente demencia", a la cual se agregan fenómenos de la esfera del sistema nervioso motor que constituyen los síntomas principales^(1/ 2). Existe cierto consenso en que las características primordiales de la catatonía son los trastornos motores, que no sólo implican anormalidades en la motricidad sino también alteraciones en actos voluntarios, de la conducta y del lenguaje (estupor, verbigación, mutismo, negativismo, movimientos estereotipados, agitación y flexibilidad cética)^(3/4). Eugene Bleuler (1911) observó trastornos motores en más de la mitad de sus pacientes esquizofrénicos y al igual que Kraepelin (1904), consideró la catatonía como un subtipo de esquizofrenia, pero a diferencia de Kraepelin, estableció una relación entre los signos catatónicos y los afectivos⁽⁴⁾. La escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard retomó los

conceptos de Kahlbaum y la definió como una identidad nosológica independiente^(2, 5).

Aún hoy en día no se tiene claridad sobre si la catatonía se debiera considerar como una entidad nosológica independiente, un síndrome inespecífico, un subtipo de esquizofrenia o de un trastorno del afecto. Es reveladora la ausencia de consenso en cuanto a los criterios diagnósticos.

Hacia 1936 Bonner y Kent encontraron que el estupor y el mutismo, fueron más prevalentes en la esquizofrenia, mientras que los signos catatónicos de agitación y manierismos lo fueron en la manía⁽⁶⁾. En 1971 Hearst y colaboradores evaluaron 20 pacientes con esquizofrenia catatónica y hallaron que la mitad presentaban historia familiar y personal de trastorno afectivo⁽⁷⁾. Morrison encontró, al revisar historias clínicas de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos catatónicos, que el 28% de los catatónicos agitados tenían en realidad un trastorno afectivo y por lo tanto mejor pronóstico⁽⁸⁾. Richard Abrams y colaboradores (1976) evaluaron durante 14 meses pacientes que ingresaron a dos unidades de tratamiento psiquiátrico y observaron que 55 de ellos presentaron uno o más de los siguientes signos motores: mutismo, estereotipias, catalepsia, obediencia automática, negativismo, ecolalia-ecopraxia o estupor, los cuales se definieron como catatónicos⁽⁹⁾. Posteriormente

Abrams y Taylor estudiaron un grupo de pacientes con manía comparando aquellos que presentaban signos catatónicos con los que no los tenían y analizaron un amplio número de variables sociodemo-gráficas y clínicas. Ellos no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo que los llevó a concluir que los signos catatónicos, aunque muy pre-valentes, son muy inespecíficos⁽¹⁰⁾.

En 1982, Teo Manschreck publicó un trabajo en el que llama la atención sobre el abandono del estudio de los signos motores en la psicosis, afirmando que debido a la disminución de las formas graves de catatonía y a raíz de la introducción de los neurolépticos se ha ignorado la evolución de los trastornos motores más sutiles como la torpeza motora, la incoordinación, los manierismos, así como las diversas anomalías de la iniciación y realización del acto motor. Los autores observaron que este tipo de alteraciones no eran sólo por enfermedad neurológica y que se daban más frecuentemente en la esquizofrenia que en otras psicosis⁽¹¹⁾.

Actualmente, esta controversia persiste entre los sistemas de clasificación como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional para Enfermedades, en su capítulo para las Enfermedades Mentales (CIE-10). Así el DSM-IV admite la catatonía como secunda-

ria a los trastornos afectivos, a la esquizofrenia y a los trastornos mentales orgánicos, mientras que la CIE-10 continúa considerándola un subtipo específico de esquizofrenia o secundaria a un trastorno mental orgánico y no incluye los trastornos afectivos^(12/13).

Por otra parte, son pocas las publicaciones recientes que han evaluado en forma sistemática y objetiva la actividad motora, con el fin de diagnosticar catatonía en los pacientes que ingresan a unidades de salud mental. En 1996, Bush y colaboradores examinaron la validez de una escala de evaluación y diagnóstico de los signos catatónicos. Esta escala utilizó definiciones operativas de signos adscritos a la catatonía a partir de los hallazgos de otros estudios, comparando la distribución de los signos encontrados con la de otras tres publicaciones del mismo tipo. Ellos encontraron en su investigación una prevalencia de catatonía del 7%, mientras que otros trabajos establecen cifras entre 8% y 14% en pacientes hospitalizados en servicios de psiquiatría⁽³⁴⁾.

En nuestro medio no hay cifras estadísticas de la prevalencia de los síntomas catatónicos. Sin embargo, dada la forma tardía como nuestra población recibe atención médica y psiquiátrica especializada, que en parte se refleja en cuadros clínicos más floridos, es posible que sea más alta que la informada en otros países.

Los objetivos del presente trabajo son determinar la prevalencia de los signos catatónicos y de catatonía en los pacientes que ingresan a la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital San Vicente de Paul (HUSVP) de Medellín, examinando la distribución de frecuencia según edad, sexo, procedencia, escolaridad y psicopatología de base.

MATERIALES Y MÉTODOS

UNIVERSO - MUESTRA

Se incluyeron los pacientes que ingresaron para tratamiento a la Unidad de Salud Mental del HUSVP entre marzo de 1998 y marzo de 1999.

INSTRUMENTO

A todos los pacientes, durante la primera semana del ingreso, se les aplicó la Escala de Bush Francis para Catatonía (EBFC). Se recogieron, además, datos sociodemográficos: sexo, escolaridad, procedencia, edad. Finalmente el diagnóstico definitivo, al egreso, según los criterios del DSM-IV.

La EBFC está compuesta por 23 ítems. Los primeros 14 describen los signos más comunes reportados por la literatura (inmovilidad, estupor, mutismo, signos clásicos como flexibilidad cética, manierismos y ecofenómenos) y se evalúan por su presencia o su ausencia. La presencia de 2 ó más signos en los primeros 14 ítems se considera positivo para catatonía. Si en los pri-

meros 14 ítems hay 2 ó más positivos y, por lo tanto, se realiza el diagnóstico, se continúa aplicando el resto del instrumento (23 ítems) para determinar la severidad. Esta última se evalúa según la puntuación total (por ejemplo, un paciente con un puntaje total de 13, se encuentra más comprometido que aquél con un puntaje total de 8).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizó por distribución de frecuencias de variables sociodemo-gráficas en el total de la población atendida y en la población con diagnóstico de catatonía.

Se analizó la existencia de asociación entre las características socio-demográficas y la presencia de catatonía, empleando para ello las pruebas estadísticas chi cuadrado para las variables nominales y t de student para la variable de edad. Igualmente se exploró la existencia de asociación de catatonía con un diagnóstico psiquiátrico de base mediante chi cuadrado.

RESULTADOS

En total de obtuvo una muestra de 132 pacientes, con una edad media de 36.5 años (rango: 15-78), siendo de sexo masculino el 53.3% (n=69), la mayoría de procedencia urbana (75,8%; n=100), y con al menos estudios secundarios incompletos el 28% (n=37).

De los 132 pacientes evaluados, 11.4% (n=15) cumplieron criterios

de Catatonía. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de las características socio-demográficas entre los pacientes catatónicos y los pacientes no catatónicos (Tabla 1). En total, de los 15 pacientes catatónicos, 13 tuvieron más de 2 signos en el momento de la evaluación.

En los pacientes con manifestaciones catatónicas, los diagnósticos con mayor prevalencia fueron: Trastornos Psicóticos con el 53% (n=8) y Síndrome Mental Orgánico (SMO) con 26% (n=4). En ambos

casos se encontró diferencia estadísticamente significativa (P=0.004) respecto del grupo de los pacientes no catatónicos donde la prevalencia de los Trastornos Psicóticos fue del 18% (n=21) y del SMO del 7% (n=8). El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) fue encontrado solamente en uno de los de los pacientes catatónicos (7%), mientras que en el grupo de pacientes no catatónicos estuvo presente en el 44% (n=51). 13% (n=2) de los pacientes catatónicos se agruparon en otros diagnósticos, incluyendo un paciente con comorbilidad de TOC y

Tabla 1

Comparación de las características sociodemográficas de los pacientes catatónicos y no catatónicos

	NO CATATÓNICOS N:117	CATATÓNICOS N:15	Valor P
Edad	37.3 años Rango: 15-78	30.3 años Rango: 15-66	0.85
Sexo	Masculino: 47.0% (n: 55)	Masculino: 46.7% (n:7)	0.76
		Urbana: 73.3% (n: 11)	0.67
Procedencia	Urbana: 76.0% (n: 89)	Ninguna: 13.3% (n: 2)	
Escolaridad	Ninguna: 8.5% (n: 10)	PC: 6.6% (n: 1) PI: 33.3% (n:5)	
	PC: 17.0%(n:20)	SC:13.3%(n:2) SI: 33.3% (n: 5) SupC:	
	PI:21.4%(n:25)	0% (n: 0) Supl: 0% (n: 0)	
	SC:10.2%(n:12)		
	SI: 27.4% (n: 32)		
	SupC:5.1%(n:6)		
	Sup:10.2%(n:12)		

PC: primaria completa; PI: primaria incompleta; SC: secundaria completa; SI: secundaria incompleta; SUPC: superior completa; SUPI: superior incompleta.

Tabla 2

Prevalencia de síntomas «catátomeos»	
Mutismo	73%
Catalepsia	67%
Negativísimo	67%
Abstinencia	60%
Estupor	53%
Mirada Fija	46%
Mitgehen	33%
Rigidez	26%
Estereotipias	26%
Perseveración	26%
Ambitendencia	20%
Excitación	13%
Manierismos	13%
Verbigeración	7%
Flexib. Cérea	7%
Gegenhalten	7%

Síndrome de Guilles de la Tourette y otro paciente con diagnóstico de Trastorno Conversivo.

De los 8 pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico, 4 tenían Esquizofrenia Cata tónica (50%), 2 Esquizofrenia de tipo Paranoide (25%), uno Trastorno Esquizofreniforme (12.5%) y otro Trastorno Es-quizoafectivo (12.5%). De los 4 pacientes con diagnóstico de SMO, un paciente tenía Lupus Eritematoso Sistémico (LES), uno delirium secundario a esteroides, una paciente una enfermedad cerebral vascular isquémica y una paciente un cuadro de hipertensión endocra-neana.

La Tabla 2 muestra la prevalencia de los síntomas en los pacientes catatónicos. La duración de los síntomas cata tónicos fluctuó entre 1.5 semanas (16.7%; n=2) y 52 o más semanas (7.25%; n=3).

DISCUSIÓN:

La catatonía es un síndrome neu-ropsiquiátrico que puede ser causado por múltiples etiologías: psiquiátricas, neurológicas, metabólicas, tóxicas, etc. Requiere ser identificado de manera rápida para realizar un estudio y tratamiento adecuados. Utilizando la EBFC, nosotros encontramos que 11.4% de los pacientes que ingresan en nuestra USM muestran síntomas de catatonía, cifra ligeramente superior a la del reporte original de la escala, pero que se mantiene en el rango encontrado en los otros estudios (de 8% a 14%³).

El grupo de pacientes con síntomas catatónicos tuvo una tendencia a ser de menor edad que los pacientes sin síntomas catatónicos, sin embargo no se encontraron diferencias significativas de los datos sociodemográficos analizados.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos de base en pacientes con catatonía, nuestros hallazgos difieren de los otros estudios. Así, en nuestra serie, 40% de los catatónicos tenía diagnóstico de esquizofrenia y 7% diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar. Este hallazgo esta en contraposición al grupo de Chicago que en un estudio realizado en los años 70 encontró, en un grupo de 55 pacientes con uno o más síntomas de catatonía, que 7% de los pacientes tenían diagnóstico de esquizofrenia y dos tercios diagnóstico de trastorno afectivo. Estas di-

ferencias en los resultados podrían explicarse, en parte, porque ellos utilizaron criterios excluyentes para el diagnóstico esquizofrenia e incluyentes para el diagnóstico de trastornos afectivos ⁽⁹⁾. Nosotros utilizamos para el diagnóstico de catatonía la presencia de por lo menos 2 síntomas (inclusivo 13 de los 15 pacientes presentaron más de 2 síntomas), no un solo síntoma como ellos, y además se utilizaron los criterios DSM-IV para el diagnóstico definitivo de la enfermedad psiquiátrica de base. El hecho que no todos los pacientes con Trastornos Psicóticos con síntomas catatónicos correspondían a Esquizofrenia Catatónica, se debe a que en algunos casos la magnitud de los síntomas catatónicos era sobrepasada por otros síntomas psicóticos, o en otros casos, los síntomas catatónicos disminuían marcadamente. Esto llevaba a que el diagnóstico definitivo correspondiese a otra modalidad de psicosis. El grupo de Peralta y colaboradores en España encontró, de manera retrospectiva, que la mayoría de los pacientes que cumplían criterios de síndrome de Kahlbaum, correspondían a catatonía periódica y de forma especial a psicosis cicloides ⁽²⁾.

El 27% de los pacientes presentó un síndrome catatónico secundario a una entidad médica. Los cuadros de catatonía orgánica han sido descritos desde los primeros reportes de Kahlbaum y es la forma etiológica que ha tenido mayor estabili-

dad en el tiempo, siendo actualmente reconocida por las diferentes escuelas psiquiátricas. Por su elevada frecuencia es recomendable, en los pacientes catatónicos, la realización de estudios exhaustivos para descartar alteraciones médicas de base, ya que en nuestra experiencia estos cuadros son clínicamente indistinguibles de los otros tipos de catatonía y desafortunadamente son catalogados, de manera muy precoz y sin las suficientes exploraciones complementarias, como secundarios a una entidad psiquiátrica.

Cinco síntomas catatónicos se presentaron en más del 50% de los pacientes analizados: mutismo, cata-lepsia, negativismo, abstinencia a comer, beber o al contacto visual y estupor catatónico. La frecuencia en la presentación de estos síntomas es similar a la descrita por Bush y colaboradores⁽³⁾. Las alteraciones en la mirada (mirada fija) y el mit-gehen (respuesta excesiva «de cooperación a los movimientos pasivos, por ejemplo, elevar un brazo en respuesta a una ligera presión de un dedo a pesar de instruir al paciente de lo contrario), que son síntomas rara vez valorados de rutina, se encontraron en 46% y 33% de los casos respectivamente. Por otro lado, un síntoma tan «clásico» como la flexibilidad cética, sólo se observó en el 7% de nuestros pacientes.

El hecho de tener protocolos de tratamiento e investigación para el

síndrome catatónico y de recibir pacientes remitidos, puede contribuir a que nuestra prevalencia sea más elevada que la de otros servicios de salud mental en el país. Sin embargo, cabe señalar que la mayoría de los pacientes incluidos en este estudio no fueron remitidos a nuestra sala.

Finalmente, a pesar de la alta tasa de pacientes catatónicos con esquizofrenia, estamos de acuerdo con el Dr. Max Fink en que no se puede

pensar que la catatonía obedece a un subgrupo de pacientes esquizofrénicos, sino que más bien se trata de un conjunto de síntomas motores que, como las alteraciones de la sensopercepción, no son específicas ni patognomónicas de una entidad particular y pueden aparecer en múltiples patologías. Además, nosotros agregaríamos la importancia de incluir a los pacientes con síndromes mentales orgánicos.

REFERENCIAS

1. Kalhbaum KL. *Catatonía*. (Y Levij & T Priden) (1874/1973) Baltimore: Johns Hopkins University Press.
2. Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Mata I. Catatonía: De Kahlbbaum al DSM-IV. *Archivos de Neurología* 1995; 58(4): 351-61.
3. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonía. I. Rating scale and standardized examination. *Acta psychiatr Scandl* 1996; 93: 129 - 136.
4. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonía. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta psychiatr Scand* 1996; 93: 137- 143.
5. Wernicke C. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica; 1996: 501-603.
6. Bonner CA, Kent GH. Overlapping symptoms in catatonic excitement and maniac excitement. *Am J Psychiatry* 1936; 92:1311-22.
7. Hearst DE, Muñoz RA, Tuason VB. Catatonía: its diagnostic validity. *Discases Nervous System* 1971; 32: 453-56.
8. Morrison JR. Catatonía: Prediction of Outcome. *Comprehensive Psychiatry*; 1974; 15: 37-24.
9. Abrams R, Taylor MA. Catatonía. A Prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 579-81.
10. Abrams R y Taylor MA: Catatonía: Prediction of response to somatic treatments. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 78-80.
11. Manschreck TC, Maher BA, Rucklos ME, Vereen DR. Disturbed volutar/ motor activity in schizophrenic disorder. *Psychological Medicine* 1982; 12: 73-84.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association Washington, DC. American Psychiatric Press. 1994.
13. World Health Organization (1992): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revisión. Geneve: World Health Organization.
14. Rogers D. The motor disorders of severe psychiatric illness: A conflict of paradigms. *Brit J Psychiatry* 1985; 147: 221-32.
15. Lund CE, Mortimer AM, Rogers D, McKenna PJ. Motor, volitional and Behavidural Disorders in Schirozophrenia I: Assesment using the Modified Rogers Scale. *Brit J Psychiatry* 1991; 158: 323-27.
16. McKenna PJ, Lund CE, Mortimer AM, Bíggin CA. Motor, volitional and behavioral disorders in schizizophrenia 2: The «conflict of paradigms» hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 328-36.