

CATATONÍA SECUNDARIA A SÍNDROME PARANEOPLÁSICO EN UNA PACIENTE CON DECLINACIÓN FUNCIONAL



Hoyos, S¹; Gama A²



1. Médico Residente de Geriátrica, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia

2. Médico Geriatra, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Objetivo

Describir un caso clínico.

Métodos

Estudio descriptivo, reporte de caso.

Resultados

Mujer de 79 años previamente independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Con cuadro de 9 meses de síntomas ansiosos, desencadenados por anticipación a las citas médicas, se torna repetitiva, con insomnio de conciliación, valorada por el servicio de psiquiatría, el cual inicia manejo con benzodiacepina (clonazepam) e ISRS (sertralina). Con dicho manejo hay mejoría de la alteración del sueño, pero no de la ansiedad. La paciente persistía con ideación delirante, aunque sin alucinaciones. Posteriormente presenta mayor deterioro por atención dispersa, además requiere apoyo para deambular, no sostiene una conversación, se torna mutista, apática, reconoce rostros familiares pero no recuerda los nombres. Funcionalmente presenta declinación progresiva hasta la dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) y pierde el control de esfínteres. Concomitantemente menciona quejas de dolor abdominal difuso a nivel de epigástrico y en región dorsolumbar, así como significativa pérdida de peso. Por dichos síntomas y rápida progresión de este cuadro clínico, consulta a urgencias con criterios CAM 4/4 para delirium, minimental: 14/30 y Bush Francis Catatonía: 8 puntos. Teniendo en cuenta el síntoma cardinal que refirió la paciente, se realiza enfoque de valoración para síndrome constitucional, catatonía y delirium en el marco de un dolor abdominal crónico.

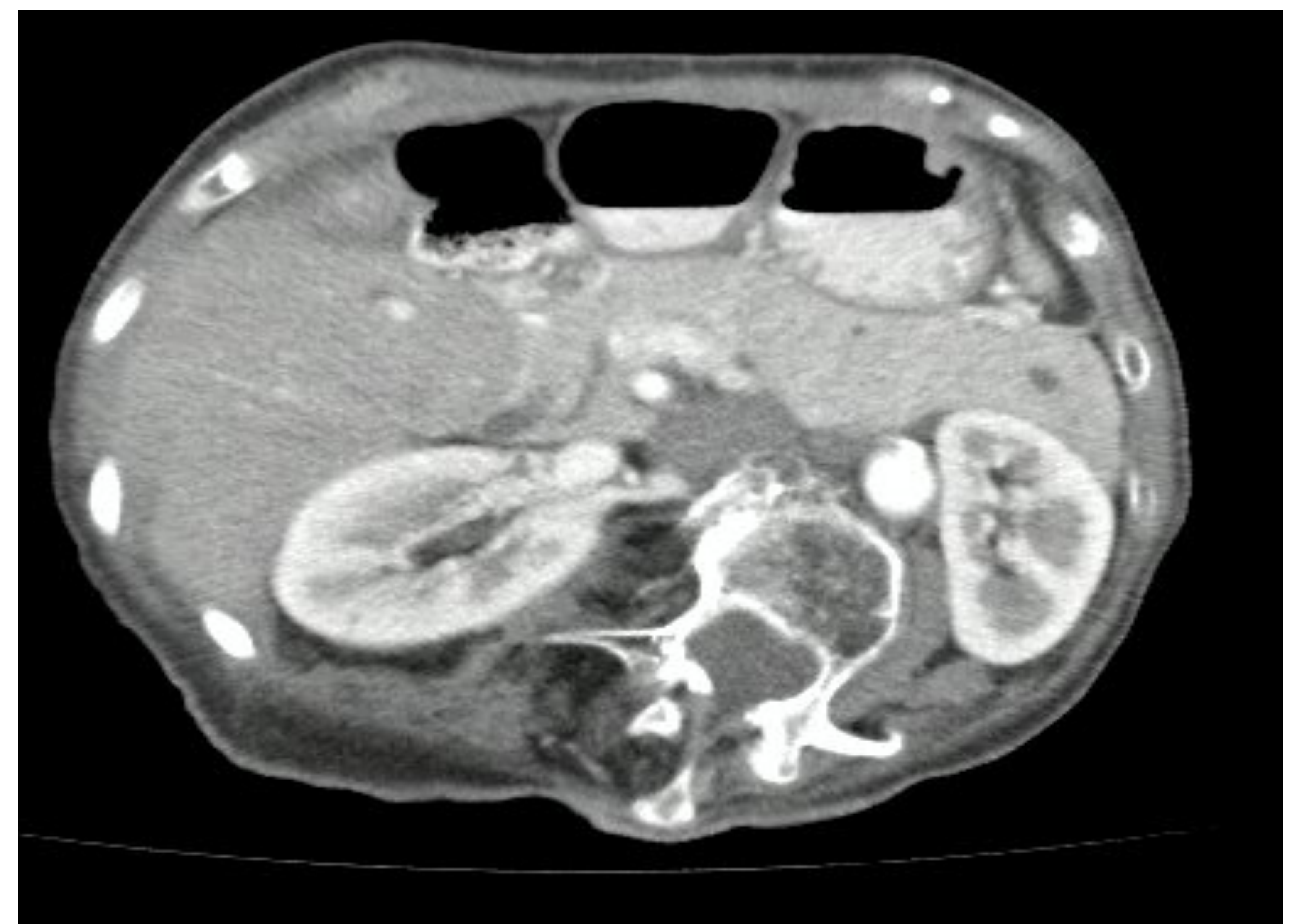


FIGURA 1: TAC Abdomen, que muestra dos lesiones hipodensas, aspecto quístico, a nivel de la cabeza del páncreas, de 6 mm, y otra en la cola de 7 mm, que presentan comunicación con ramas del conducto pancreático principal; y además se evidencia aumento en el espesor de la cola del páncreas.

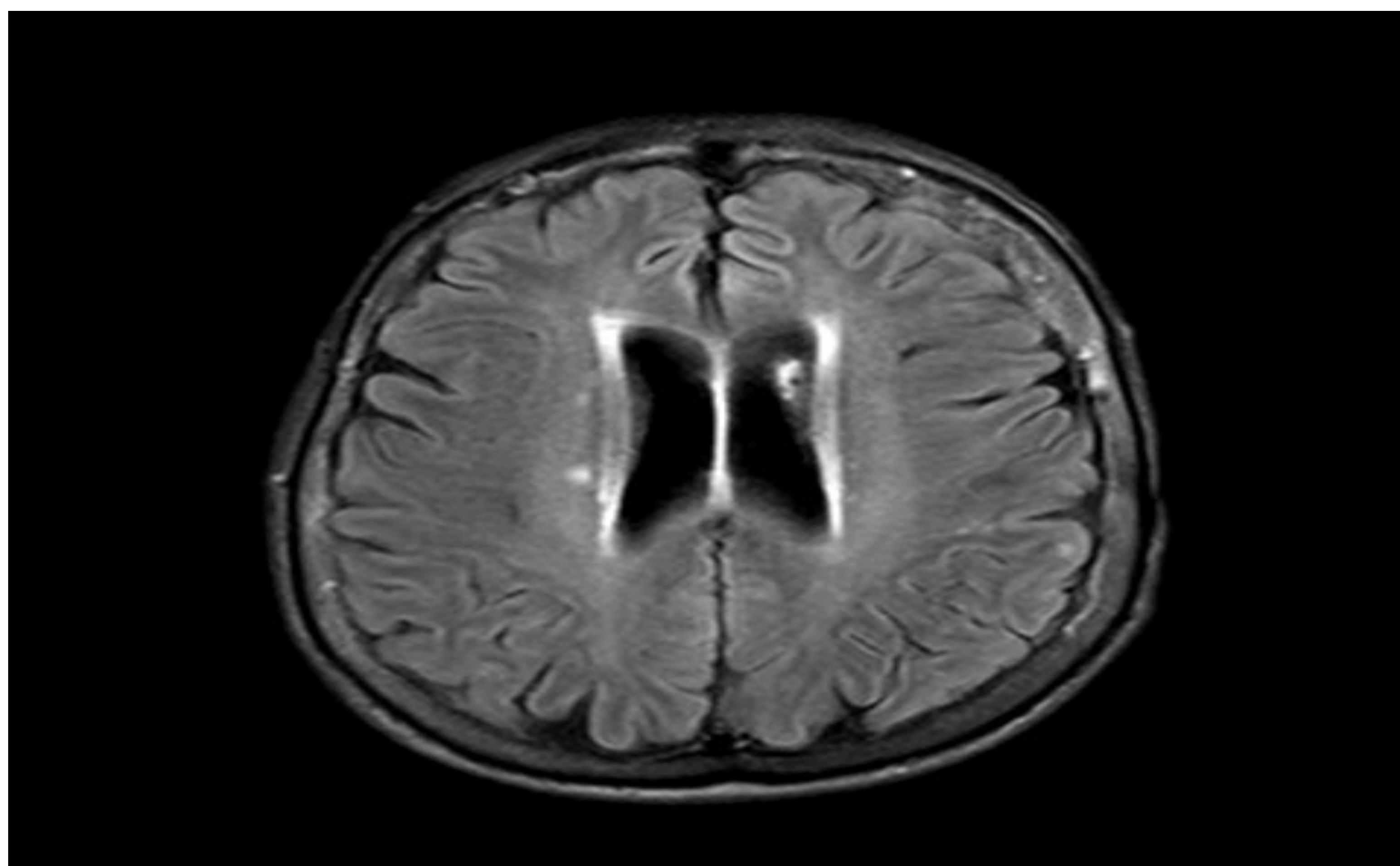


FIGURA 2: RM Cerebral simple, Imagen de pequeño infarto isquémico subagudo en el aspecto anterolateral del lóbulo parietal izquierdo. Focos hiperintensos en la sustancia blanca supratentorial compatibles con microangiopatía isquémica crónica o hipertensiva (Fazekas I. Atrofia cerebral cortical y central esperada para la edad.

Se solicitó TAC de abdomen encontrando, dos lesiones quísticas en la cabeza y la cola del páncreas, con características radiológicas de neoplasia mucinosa papilar intraductal, con lo que se consideró cursaba con catatonía secundaria a síndrome paraneoplásico.

Se revalora el manejo médico, optando cambiar dicho tratamiento, de BZD de corta duración por una de larga acción y se ajustó la dosis de ISRS con lo cual la sintomatología neuropsiquiátrica mejora

Conclusión

Se presenta un cuadro clínico de catatonía como manifestación de un síndrome paraneoplásico, dicha relación siempre debe descartar organicidad como primera causa etiológica. Sobre todo conociendo que la literatura médica reporta asociación de la catatonía con tumores del SNC y gastrointestinales como ejemplo los carcinoides.