

Volumen 21

Número 7

Julio 2010

## Recuperación a largo plazo de los pacientes con trastorno límite de la personalidad

■ Muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad muestran con el paso del tiempo una mejoría moderada y una estabilización sintomática. Sin embargo, el trastorno es muy heterogéneo y son pocos los estudios que han descrito su evolución y curso a largo plazo. Este grupo de investigadores, al avanzar en sus hallazgos previos, hicieron un seguimiento de 290 sujetos diagnosticados con este trastorno y que habían sido hospitalizados en un inicio. De este grupo, el 80% eran mujeres y su edad promedio al ingreso fue de 27 años.

A lo largo del seguimiento por 10 años, la mayoría permaneció en tratamiento. Se determinó que un sujeto lograba una condición de remisión cuando cumplía dos años sin reunir criterios para el diagnóstico, y remisión sostenida cuando esta condición se mantenía por cuatro años. Del total de los pacientes el 93% y el 86%, respectivamente, alcanzaron estas condiciones. La presencia de recurrencia ocurrió en el 30% de quienes lograron el estado de remisión y en el 15% de los que llegaron a remisión sostenida. Por otra parte, del total de la muestra, el 50% se consideró como en recuperación, condición definida como remisión más el obtener al menos una relación emocional sostenida y ser capaz de trabajar consistente y competitivamente, o bien atender de esa misma manera sus obligaciones escolares. Eventualmente el 34% de los pacientes recuperados recayeron. Durante el seguimiento el 4.1% murió por suicidio y el 2.4% por otras causas.

Esta información tiene relevancia clínica y puede ser de utilidad para quienes tratan a este tipo de casos. Sin embargo, hay que considerar una serie de aspectos: la mayoría de estos sujetos estaban participando en algún tipo de tratamiento, por lo que su evolución no puede generalizarse a aquellos pacientes que no tienen acceso a alguna forma de terapia o bien a aquellos que nunca se han hospitalizado. La certeza clínica para pronosticar adecuadamente el desenlace de estos casos se podrá incrementar por medio de más estudios que examinen en forma más precisa las relaciones entre el desenlace y los rasgos afectivos, conductua-

les y de comorbilidad en pacientes con trastorno límite de la personalidad. No obstante, la información generada por este trabajo sugiere que muchos de estos pacientes pueden lograr un cierto grado de mejoría sintomática, si bien al final son pocos los que logran establecer y mantener relaciones sociales adecuadas y alcanzar metas vocacionales persistentes, los datos parecen indicar que esta estabilización se mantiene con el avance del tiempo.

(Mónica del Río Cabrero)

### Bibliografía

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, REICH DB y cols.: Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*, 167:618-619, 2010.

## Predecir el desarrollo futuro de la personalidad antisocial

■ Para poder definir al trastorno antisocial de la personalidad, en la actualidad los criterios diagnósticos del DSM IV TR mencionan que debe de existir un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde los 15 años, y que deben de existir pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de esa edad, lo cual nos sitúa en el constructo de una continuidad en el comportamiento desde la infancia o adolescencia hasta la

## Contenido

<b>Recuperación a largo plazo de los pacientes con trastorno límite de la personalidad</b>	<b>37</b>
<b>Predecir el desarrollo futuro de la personalidad antisocial</b>	<b>37</b>
<b>Toxicidad e inducción de suicidio con antidepresivos</b>	<b>38</b>
<b>El estudio BALANCE en el trastorno bipolar</b>	<b>39</b>
<b>Relación entre consumo de cannabis y desarrollo de psicosis</b>	<b>40</b>
<b>Catatonía: aspectos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos</b>	<b>40</b>

adultez, este motivo ha generado en diversos investigadores el interés por estudiar caminos para la identificación de los distintos patrones de comportamiento agresivo y antisocial en la infancia y adolescencia. Tomando una de las teorías mejor conocidas para diferenciar el curso del comportamiento antisocial, la doctora Moffitt ha postulado tener en consideración dos tipos de cursos. El primero de ellos es el de inicio temprano y persistente (EOP). Es similar en ambos sexos, presentan alteraciones en el neurodesarrollo temprano (déficit en habilidades verbales o retraso en actividad psicomotriz), temperamento incontrolable aunado a un riesgo perinatal alto y adversidad psicosocial elevada. El segundo en comparación es el comportamiento de inicio en la adolescencia (AO) que presenta los factores adversos psicosociales en la infancia temprana, mayor frecuencia de trastornos internalizados y que en la adultez desiste este comportamiento antisocial y agresivo. Los autores del estudio que a continuación se mencionará proponen un tipo más que es limitado a la infancia (CL), el cual desiste en la adolescencia, presenta una adversidad psicosocial media en comparación a los de EOP, una frecuencia mayor en que el embarazo fue en edades tempranas, menor nivel de educación en los padres y una mayor asociación con factores maternos. Por tanto, tomando en cuenta estos tres caminos del comportamiento antisocial en niños y adolescentes, la investigación del presente artículo se desarrolló como parte de un estudio longitudinal prospectivo en donde se analizaron a 138 varones y 155 mujeres con diferentes grados de riesgo obstétrico (complicaciones perinatales) y psicosocial, dividiéndolos en tres ramas: sin riesgo, con riesgo moderado y de alto riesgo; los cuales se examinaron desde el nacimiento hasta la adolescencia evaluando el temperamento con una entrevista altamente estructurada a los padres, y observaciones estandarizadas a los 2, 4.5 y 8 años, continuando con la medida del temperamento en la adolescencia por un autorreporte. Así mismo se evaluó el neurodesarrollo con los estándares internacionales. Finalmente se evaluaron los problemas del comportamiento y emocionales a los 8 y 15 años por medio de las escalas de Achenbach.

Obteniendo una *n* en cuatro tipos de población, a saber: EOP con una *n* de 60 (27 niños y 33 niñas), CL con una *n* de 45 (26 niños y 19 niñas), AO con una *n* de 27 (11 niños y 16 niñas) y un grupo control con una *n* de 161 (74 niños y 87 niñas).

Para el análisis estadístico se realizó ANOVA de medidas repetidas y una comparación post-hoc; separando estos grupos por género y posteriormente se realizaron análisis de regresión logística bivariante para comparar la asociación entre las variables predictoras significativas y los tipos de conducta antisocial; se realizó una comparación de EOP vs controles; una más de EOP vs CL y finalmente las mujeres del grupo AO vs controles.

Gracias a esta manera de abordaje estadístico se obtuvo que el grupo de EOP presentó un riesgo psicosocial elevado y bajos puntajes de autocontrol, bajo puntaje en el riesgo obstétrico, así como niveles elevados en disfunción temperamental a los quince años, y menores puntajes de calificaciones académicas comparados con los controles; sin

presentar diferencia entre géneros, con la diferencia de presentar menor puntaje de calificaciones al comparar EOP con los grupos de CL y AO exclusivamente en el género femenino.

En lo que corresponde al grupo de CL, éste no difirió de los controles al comparar riesgo obstétrico, riesgo social o variables del neurodesarrollo; sin embargo sí presentaron diferencias significativas en el reporte de padres acerca de problemas en la atención en comparación al grupo control. Finalmente al comparar este grupo con EOP se presentan niveles menores de riesgo psicosocial en el género femenino.

Al valorar al grupo AO debido a la *n* tan pequeña de niños que se agregaron, para el análisis sólo se tomó en cuenta a las niñas, con lo que se reporta no existir diferencias significativas del riesgo obstétrico y el riesgo psicosocial en comparación con los controles.

(José Nicolás Iván Martínez López)

### **Bibliografía**

PITZER M, ESSER G, SCHMIDT MH y cols.: Early predictors of anti-social developmental pathways among boys and girls. *Acta Psychiatr Scand*, 121:52-64, 2010.

## **Toxicidad e inducción de suicidio con antidepresivos**

■ La sobredosis de medicamentos es un método frecuente de suicidio principalmente entre mujeres. Los antidepresivos, de acuerdo a datos de los servicios de salud pública en el Reino Unido, se utilizan en cerca del 20% de todos los casos de suicidios por sobredosis y entre el 20 y 30% del total de intentos no fatales. Esto implica por consiguiente que la depresión es el trastorno más común entre las personas que intentan suicidarse o que se suicidan por sobredosis. En la mayoría de los casos, la medicación utilizada para estos objetivos es la que el médico les prescribe. El conocer la toxicidad relativa de estos fármacos es un factor importante para definir el resultado de una sobredosis con antidepresivos. Diferentes estudios han mostrado una amplia variación en la toxicidad relativa de estos compuestos, sin embargo, los antiguos tricíclicos (ADT) resultan consistentemente más tóxicos que los nuevos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS). En este trabajo se utilizaron dos procedimientos para evaluar la toxicidad relativa de las diferentes clases de antidepresivos y de algunos de ellos en forma individual. El primer procedimiento aplicado fue el de relacionar las tasas de mortalidad por envenenamiento con el uso de estos medicamentos con las tasas de su prescripción. Este procedimiento se conoce como «índice de toxicidad fatal». El segundo procedimiento, que es menos utilizado, fue comparar las tasas de muerte con las tasas de envenenamiento no fatal, lo cual genera un índice de «casos de fatalidad». El índice de toxicidad fatal es probablemente menos específico debido a que está más influenciado por políticas de prescripción incluyendo el uso de al-

gunos antidepresivos para condiciones diferentes a la depresión. Los objetivos específicos de este trabajo fueron generar una información actualizada sobre la toxicidad relativa de los antidepresivos individualmente, para poder orientar a los clínicos en la toma de decisiones para prescribir este tipo de medicamentos. Se investigaron los siguientes compuestos: ADT (amitriptilina, clorimipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina), ISRS (fluoxetina, citalopram, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), además de venlafaxina y mirtazapina.

Los antidepresivos más involucrados en muertes por suicidio y ordenados por frecuencia fueron: amitriptilina, venlafaxina y citalopram. En cuanto a envenenamientos no fatales fueron: fluoxetina, citalopram, amitriptilina, paroxetina, venlafaxina, sertralina y mirtazapina. Los patrones fueron similares tanto en hombres como en mujeres. El índice de toxicidad para la venlafaxina fue aproximadamente la mitad que para la amitriptilina, pero hasta cinco veces más que para los ISRS. El índice relativo de toxicidad para la mirtazapina fue ligeramente menor que para la venlafaxina. El índice de toxicidad fatal para el citalopram fue tres veces mayor que para el resto de ISRS. La venlafaxina fue claramente menos tóxica en sobredosis que los ADT. Entre los ISRS el citalopram obtuvo el mayor índice de toxicidad relativa considerando tanto los datos de medición de toxicidad fatal como los casos fatales. Este dato es similar a lo que se ha encontrado en otros estudios y es factible que refleje los conocidos efectos cardiotoxico y pro convulsivos de este fármaco en sobredosis.

En cuanto a las implicaciones de los hallazgos de este estudio se deben considerar las siguientes: entre los ADT la doxepina tiene la mayor toxicidad considerando a las muertes por sobredosis, tanto en relación con las prescripciones como en cuanto a los autoenvenenamientos no fatales. La venlafaxina se coloca en un nivel intermedio en cuanto a toxicidad, entre los ADT y los ISRS, además resultó ser ligeramente más tóxica que la mirtazapina. De los cinco ISRS evaluados, el citalopram parece ser más tóxico que los demás. Esta información deberá ser considerada por los clínicos en el momento de prescribir antidepresivos. De manera particular en pacientes en los que se identifica un riesgo mayor. Deberá agregarse a la valoración sobre eficacia, aceptación y posibles interacciones farmacológicas con otros medicamentos y con el alcohol. Finalmente, los autores sugieren que la evaluación del riesgo relativo de toxicidad de los antidepresivos deberá continuar en la medida en que aparezcan nuevos medicamentos.

Por otra parte, otro trabajo de investigación reporta que el riesgo de intentos de suicidio y de suicidio consumado en los pacientes que reciben tratamiento es similar entre todos los antidepresivos. Por medio de un estudio de cohorte de usuarios de antidepresivos, los investigadores evaluaron la incidencia del riesgo de estos fenómenos asociado a cada uno de los antidepresivos investigados individualmente. Incluyeron a sujetos residentes en Columbia Británica, en Canadá, que recibieron tratamiento antidepresivo y tenían registrado el diagnóstico de depresión. Su objetivo a evaluar fue la detección combinada de muerte por suicidio o bien la hospitalización debido a daño autoinflingido. En

una población total de 287,543 adultos mayores de 18 años en tratamiento con antidepresivos, los autores encontraron la presencia de los eventos en estudio en un rango desde 4.41/1000 personas-año hasta 9.09/1000 personas-año. La mayoría de los eventos ocurrieron en los primeros 6 meses después de iniciado el tratamiento. Después de efectuar un exhaustivo procedimiento de ajuste, no se encontraron datos clínicos importantes como variables de predicción del riesgo de suicidio en consumidores de antidepresivos. No hubo diferencias en el riesgo cuando se indagaron los antidepresivos de manera individual. Incluyeron fármacos tales como la fluoxetina, la fluvoxamina, el citalopram, la paroxetina y la sertralina. Cuando éstos se agruparon como inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y se compararon con otras clases de antidepresivos como los duales y los tricíclicos, tampoco se encontraron diferencias de riesgo. Los datos que obtuvieron muestran que no hay diferencias en el riesgo de suicidio con ninguno de los antidepresivos evaluados, por lo que se apoya la decisión de algunos organismos de control farmacéutico como la FDA, en cuanto a la advertencia general de vigilancia que se debe llevar con estos fármacos durante su prescripción.

(Rafael López Sanchez)

### **Bibliografía**

HAWTON W, BERGEN H, SIMKIN S: Toxicity of antidepressants: rates of suicide relative to prescribing and non-fatal overdoses. *Br J Psychiatr*, 196:354-358, 2010.

SCHNEEWEISS S, PATRIC AR, SOLOMON DH y cols.: Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults. A propensity score-adjusted analysis of 9 Years' data. *Arch Gen Psychiatr*, 67:497-506, 2010.

## **El estudio BALANCE en el trastorno bipolar**

■ Este trabajo de investigación recientemente publicado en la revista *Lancet*, es la culminación de un ensayo farmacológico llevado a cabo durante casi 10 años. Su objetivo fue determinar si la combinación litio/valproato es mejor que cualquiera de los dos fármacos administrados de manera individual para prevenir la desestabilización en pacientes bipolares tipo I. Este estudio sobresale debido a dos factores: por una parte genera información en un campo caracterizado por contar con pocos trabajos comparativos con estos medicamentos; por otra, debido a que utiliza dos compuestos de relativo bajo costo y sin ningún tipo de interés particular por parte de la industria farmacéutica. Los resultados muestran con claridad que la combinación fue mejor que el valproato pero no que el litio cuando se utilizaron en monoterapia. Esta información es contraria a la que proporcionan muchas guías de tratamiento en el sentido de que el valproato es un fármaco de primera elección en las fases de mantenimiento del trastorno para aquellos pacientes que respondieron adecuadamente en las etapas agudas. Por otra parte, tomando en cuenta sus resultados los autores consideran que la alternativa litio/valproato es-

taría indicada en aquellos pacientes en los que el tratamiento con litio a largo plazo pierde efectividad con el paso del tiempo. Esta afirmación es, sin embargo, cuestionable para muchos clínicos ya que se considera que cuando un paciente deja de responder al litio la mejor opción es intentar otro estabilizador diferente. Si bien no se incluyó un grupo con placebo, el estudio BALANCE corrobora la eficacia del litio a largo plazo para evitar el riesgo de recurrencia de episodios, tanto de manía como de depresión.

La mayoría de los trabajos que valoran la eficacia de los tratamientos preventivos para el trastorno bipolar utilizan un diseño en el cual sólo los pacientes que respondieron en la fase aguda pasan a la fase de mantenimiento; esto evidentemente favorece las probabilidades de respuesta de un tratamiento sobre otro. Una de las virtudes en el diseño de este estudio fue que los pacientes se asignaron aleatoriamente a los grupos en el seguimiento sin considerar cómo había sido su respuesta previa a los tratamientos en fase aguda. Este procedimiento ha sido utilizado por muy pocos estudios por lo que el hacerlo de esta manera permite que sus resultados sean más generalizables a lo que habitualmente se hace en la clínica cotidiana. Es entonces un trabajo cuidadosamente balanceado en cuanto a su validez interna y externa; de ahí el acrónimo escogido por sus autores. El ser un estudio con estas características proporciona información razonable y acertada para guiar al clínico en la selección de los tratamientos en estas fases de la enfermedad. Es deseable entonces que en el futuro aparezcan más estudios desarrollados e impulsados por los mismos investigadores y sin la influencia de intereses externos al avance honesto del conocimiento.

(Carlos Berlanga)

### Bibliografía

THE BALANCE INVESTIGATORS AND COLLABORATORS: Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomized open-label trial. *Lancet*, 375(9712):385-395, 2010.

## Relación entre consumo de cannabis y desarrollo de psicosis

■ Varios estudios prospectivos de cohorte han identificado una asociación entre el uso de cannabis y el desarrollo ulterior de cuadros psicóticos. Sin embargo, hay dudas sobre si esto se debe al efecto de diversas variables que son difíciles de determinar. Al estudiar a pares de hermanos se puede reducir la influencia de los factores residuales de confusión en un rango considerable. Los autores de este trabajo exploraron la asociación entre el uso de cannabis y la generación de cuadros psicóticos con un procedimiento de análisis de pares de hermanos en el contexto de una cohorte prospectiva. El estudio se llevó a cabo en Australia e incluyó a 3801 adultos jóvenes nacidos entre 1981 y 1984. A lo largo de 21 años de seguimiento se valoraron la edad de inicio y la continuidad en el consumo de cannabis y la presencia de tres tipos de desenlaces psicóticos (esquizofrenia, tras-

torno delirante persistente y trastornos psicóticos transitorios). La asociación entre la duración del uso de cannabis y el desarrollo de un desenlace psicótico que pudiese relacionarse a ello se determinó por medio de un procedimiento de regresión logística. Tomando en cuenta un total de 228 pares de hermanos, fueron examinadas las diferencias de asociación entre ellos. Sus resultados mostraron que tanto el inicio temprano como la duración del consumo se asoció a los tres desenlaces psicóticos. Entre quienes consumieron durante más de 6 años, el riesgo de psicosis se incrementó en forma clara. Los investigadores concluyen que el consumo de cannabis en etapas tempranas del desarrollo se asocia a la presencia posterior de manifestaciones psicóticas en adultos jóvenes. Al utilizar este procedimiento se reducen las posibilidades de incluir factores de confusión. Estos datos confirman la evidencia de que el consumo en etapas tempranas de la vida es un factor de riesgo para generar alteraciones posteriores en las condiciones de salud mental.

Este trabajo viene a llenar un hueco de información existente en este campo de la investigación sobre adicciones. No obstante su buen diseño y el esfuerzo de un seguimiento a largo plazo, el trabajo deja aún algunas preguntas sin responder. En primer lugar existe la duda de cómo diferenciar entre un episodio psicótico transitorio y los efectos de intoxicación por cannabis. Muchos sujetos pudieron haber presentado el cuadro de intoxicación que podría confundirse con la manifestación psicótica. Otra inquietud es el saber cómo se distribuyen los desenlaces en los distintos niveles de exposición a la sustancia adictiva. También sería de interés conocer las diferencias entre la prevalencia de las psicosis inducidas por cannabis con la prevalencia de psicosis global en la población de donde se extrajo la muestra, lo cual no se incluye en el artículo. También hay que considerar que el procedimiento, si bien útil para buscar asociación, no permite identificar casos en los que la presencia de síntomas psicóticos antecedió al consumo de la sustancia. Esto genera posibles sesgos de medición y produce dudas sobre la dirección de la relación causal (¿el consumo lleva a la psicosis o la psicosis lleva al consumo?). A pesar de estas limitaciones es indudable que este tipo de estudios genera información relevante que dará lugar a otro tipo de trabajos como procedimientos diferentes para dar respuesta a las inquietudes que surgen en esta área tan compleja de la investigación en adicciones y su relación con la psicopatología.

(Rafael López Sanchez)

### Bibliografía

McGRATH J, WELHAM J, SCOTT J y cols.: Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 67:440-447, 2010.

## Catatonía: aspectos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos

■ La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por mutismo, estupor, rechazo al alimento, excitación o hipoquinesia y posturas anormales. Aunque la catatonía ha sido asociada a la esquizofrenia, es causada más frecuentemente por trastornos afectivos y enfermedades físicas o neurológicas. La prevalencia de la catatonía se desco-

noce, pero se calcula que se presenta en un 7 a 31% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. En estudios de revisión, se ha visto que ocurre con mayor frecuencia en trastornos afectivos (28 a 31% de los pacientes catatónicos han presentado manía mixta), que sólo 10 a 15% de los pacientes catatónicos han tenido diagnóstico de esquizofrenia y que el 20 a 25% de los casos se han debido a una condición médica general.

**Presentación clínica y caracterización.** La catatonía incluye alteraciones conductuales, motoras, cognitivas, afectivas y en ocasiones autonómicas. Entre los signos que la caracterizan se encuentran la excitación, impulsividad, inmovilidad/estupor, catalepsia, flexibilidad cética, obediencia automática, perseveración, negativismo, manierismos, estereotipias, retraimiento, mutismo, verbigeración, ecolalia y ecopraxia. Estos signos están incluidos en *The Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BF CRS), que es el instrumento más ampliamente utilizado en investigación y reportes de caso. Entre las manifestaciones afectivas se han descrito afecto plano, estados emocionales intensos y ansiedad.

**Subtipos de catatonía y diagnóstico diferencial.** La expresión del síndrome catatónico se ha dividido en *excitada* (excesiva actividad motora sin propósito, lenguaje desorganizado, desorientación y agresividad) y *retraída* (mínimo lenguaje espontáneo y escaso movimiento, estupor, mutismo y negativismo), aunque con frecuencia los pacientes presentan signos de ambos. La catatonía *maligna* o *letal* se acompaña de fiebre e inestabilidad autonómica; este subtipo se parece al síndrome neuroléptico maligno (SNM) en varios aspectos, e incluso se ha propuesto a la catatonía como un factor de riesgo para el SNM. La catatonía comparte características y tiene un curso similar al síndrome serotoninérgico (SS); sin embargo, el SS es precipitado por medicación serotoninérgica y cursa típicamente con síntomas gastrointestinales e hiperreflexia o clonus.

**Neurobiología de los síntomas catatónicos.** Se han reportado lesiones en varias regiones cerebrales (lóbulos frontales y parietales, ganglios basales, cuerpo calloso y cerebelo); sin embargo, es mucho más frecuente que se trate de una etiología difusa asentada en el Sistema Nervioso Central (SNC). Actualmente se cree que una disregulación de los sistemas gabaérgico, glutamatérgico y dopaminérgico está involucrada en la catatonía. Se ha reportado una unión del radioligando de GABA-A significativamente menor en la corteza orbitofrontal lateral derecha de pacientes con catatonía; lesiones en esta región se han encontrado asociadas a conductas de imitación, que podrían explicar los ecofenómenos; asimismo, la corteza orbitofrontal tiene conexiones recíprocas con la amígdala, lo cual pudiera explicar el temor intenso que con frecuencia reportan estos pacientes. Se cree que un exceso de glutamato o la hiperactividad de los receptores de glutamato causan disfunción del lóbulo parietal posterior, lo cual pudiera conducir a síntomas posturales. Se ha propuesto que la disregulación inicial es gabaérgica y se asienta en la corteza, para posteriormente afectar el sistema dopaminérgico en el circuito tálamo-cortical y la subcorteza, con una disfunción a la baja de dopamina.

**Diagnóstico y causa subyacente.** La catatonía siempre

es causada por una enfermedad física, neurológica o un trastorno psiquiátrico. Debe ser diferenciada del coma, del mutismo acinético, la abulia, el *delirium* y el síndrome de enclaustramiento. Se sugiere realizar estudios de laboratorio (citometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de función hepática y tiroidea, vitamina B12, ácido fólico, CPK, VIH, niveles séricos de medicamentos y examen general de orina), electroencefalograma, RMN de cráneo y punción lumbar (en presencia de signos de encefalitis o meningitis). Una dosis de lorazepam puede ayudar a hacer el diagnóstico. Entre las causas médicas de catatonía se encuentran la encefalitis, las crisis convulsivas, las neoplasias del SNC, los infartos cerebrales, trastornos metabólicos, lupus eritematoso, VIH/SIDA, exposición a fenciclidina, esteroides y disulfiram; otros medicamentos asociados a síntomas psicóticos y catatonía han sido los siguientes: azitromicina, claritromicina, amoxicilina, minociclina y sibutramina.

**Tratamiento.** El tratamiento debe incluir cuidados generales para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad causadas por la inmovilidad y la malnutrición. Los pacientes con catatonía pueden requerir soluciones intravenosas, cateterización urinaria, administración de heparina subcutánea y alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía. Las intervenciones primarias para el tratamiento de la catatonía son las benzodiazepinas y la terapia electroconvulsiva (TEC). Las benzodiazepinas son agonistas GABA-A y se ha propuesto que corrigen la función gabaérgica deficiente en la corteza orbitofrontal en los pacientes con catatonía. El lorazepam es la benzodiazepina más frecuentemente utilizada en estos pacientes, aunque también se ha reportado el uso de diazepam, oxazepam y clonazepam. La TEC ha tenido una alta tasa de éxito en el tratamiento de todos los tipos de catatonía; ha demostrado su efectividad en los casos refractarios o parcialmente refractarios al lorazepam. Se ha propuesto la existencia de un efecto sinérgico entre las benzodiazepinas y la TEC. Sin embargo, algunas situaciones clínicas peligrosas pueden ocurrir con el uso de la TEC, como es el caso de la hiperkalemia (que puede conducir a arritmias cardíacas) y la hipertensión intracraneana (en los casos de neoplasias del SNC). Otros tratamientos que han demostrado éxito son la estimulación magnética transcranial y el uso de antagonistas de los receptores NMDA de glutamato (amantadina y memantina). En casos aislados se ha reportado el uso exitoso de topiramato y valproato. El uso de antipsicóticos atípicos ha sido controversial; algunos estudios los han reportado como útiles en el tratamiento de pacientes catatónicos con esquizofrenia o síntomas psicóticos, aunque es sabido que todos los antipsicóticos pueden causar SNM y existen reportes de síntomas catatónicos secundarios al uso de antipsicóticos; la recomendación de este grupo farmacológico para pacientes con catatonía secundaria a causa médica aún no se ha establecido.

(Laura Romans)

### Bibliografía

DANIELS J: Catatonía: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 21:371-380, 2009.

**EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA**  
**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**  
**Programa SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2010**

Nombre del curso	Coordinación	Fechas
• ¡Nuevo! Bioética y salud mental	Dra. Liliana Mondragón	Sep. 1 al 3
• Envejecimiento y salud mental	Dr. Oscar Ugalde	Sep. 1
• Intervención del equipo de salud mental en el manejo de las experiencias traumáticas	Dra. Martha Ontiveros Dr. Ilyamin Merlin	Sep. 6 al 8
• Prevención de adicciones en el trabajo	Lic. Silvia Carreño	Sep. 6 a Oct. 8
• El Manejo del suicidio en el primer nivel de atención	Dr. Héctor Senties Castellá	Sep. 22
• Trastornos psiquiátricos en el embarazo y en el postparto	Dra. Lourdes García F. Dr. Alfredo Whaley	Sep. 20 al 24
• Curso – Taller de Electroencefalografía, Mapeo Cerebral y Polisomnigrafía en Neuropsiquiatría (Cupo máximo 20 personas)	Dr. Mario Ulises Ávila Dr. Alejandro Jiménez	Sep. 27 al 29
• Adolescentes, salud mental y adicciones. Adolescencia, trastornos externalizados y adicciones	Dra. Liz Sosa	Sep. 1o. al 30
• Organizando una intervención a favor de la subsistencia infantil en las calles	Lic. Rafael Gutiérrez/Lic. Leticia Vega	Ago. 30 - Oct. 1o.
• Violencia hacia la población infantil y adolescente desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud: por una convivencia sin violencia... (Una sesión semanal el día miércoles, cuatro horas.)	Lic. Teresa Saltijeral Dra. Luciana Ramos Mtro. Raúl Zúñiga Silva	Sep. 1o., 2010 a Jun. 30, 2011
• ¡Nuevo! Envejecimiento y salud mental	Dr. Oscar Ugalde	Oct. 4 al 8
• El estrés y el cerebro	Dr. Jorge González Olvera	Oct. 6
• El Manejo del suicidio en el primer nivel de atención	Dr. Héctor Senties Dr. Alejandro Molina	Oct. 11 al 15
• Abordaje interdisciplinario de los problemas por el consumo de alcohol	Dra. Rosa Díaz Martínez	Oct. 18 al 22
• Psicopatología Dual	Dr. Ricardo Nanni	Oct. 20
• Introducción a la Tanatología	Dr. Ismael Aguilar / Dra. Ana Fresán	Oct 25 al 29

**MAYORES INFORMES**  
**Psic. Dulce Mejía. Tel: 4160 5421**  
**difusión@imp.edu.mx / inprfm@gmail.com**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador  
Dr. Ramón de la Fuente

Editor de la publicación  
Dr. Carlos Berlanga

Jefe del Departamento de Publicaciones  
Dr. Héctor Pérez-Rincón

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F.

Departamento de Publicaciones:  
Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Elizabeth Cisneros

