

CATATONÍA EN EL HOSPITAL GENERAL

Cristina Carcavilla Puey, MIR III

21 de Febrero de 2019



A B C D E F

Katatonikergruppe.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Conocer la **evolución** del concepto de catatonía desde sus primeras descripciones hasta las ideas actuales tanto en relación a sus bases anatómicas, fisiopatológicas, etiología y clínica.
2. Estudiar y poder aplicar en la evaluación de la catatonía la **escala de Bush y Francis** tanto en la versión de 14 como la de 23 items.
3. Ser capaz de **sistematizar** la **exploración** de un paciente catatónico.
4. Poder valorar las principales **etiologías** psiquiátricas y no psiquiátricas que pueden causar un síndrome catatónico.
5. Tener en cuenta las **complicaciones** médicas asociadas que pueden influir en la evolución del cuadro clínico.
6. Ser capaz de solicitar las **pruebas complementarias** (neuroimagen, analíticas, neurofisiológicas), que pueden orientar a la etiología del cuadro.
7. Poder aplicar **tratamiento** psicofarmacológico y/o de otro tipo que estén indicados a estos pacientes.

INTRODUCCIÓN

- Síndrome catatónico: Manifestaciones motoras, comportamentales y sistémicas
→ condiciones neuromédicas adversas.
- Daños en la estructura cerebral, enfermedades cerebrales intrínsecas (epilepsia, desajustes tóxico-metabólicos, enfermedades infecciosas), trastornos sistémicos que afectan al cerebro, y trastornos psiquiátricos idiopáticos (afectivos, psicosis tipo esquizofrenia).



DEFINICIÓN

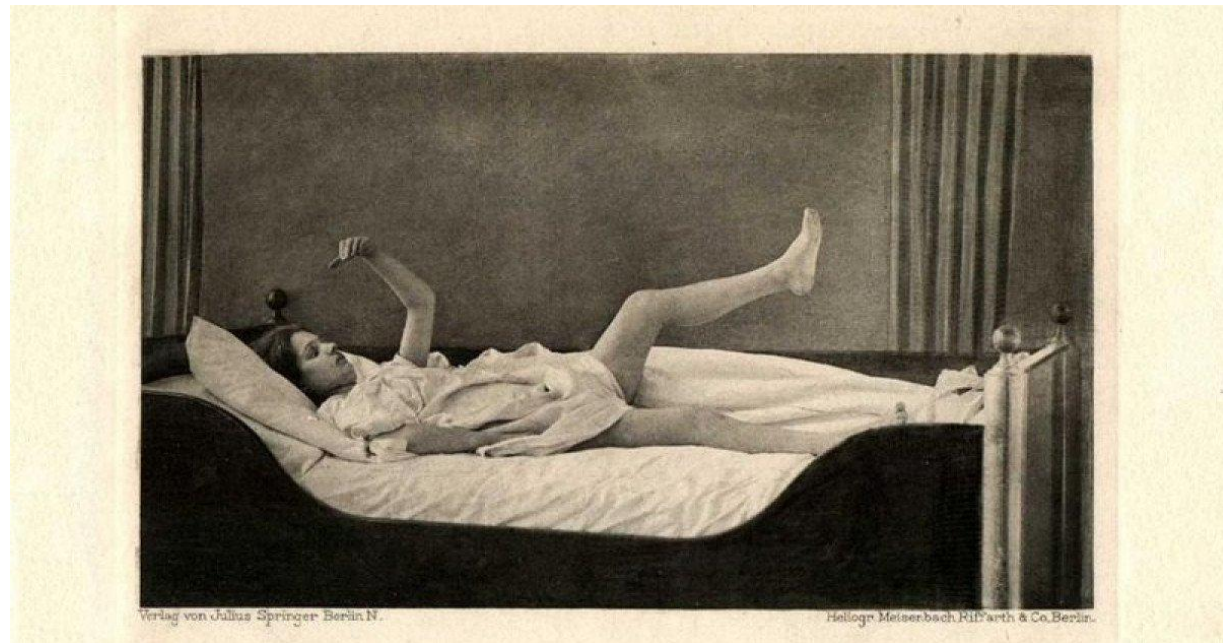
- Karl Ludwig Kahlbaum (1847): monografía 21 pacientes (17 signos) con trastorno psiquiátrico severo (manifestaciones motoras, afectivas y comportamentales).

Fases:

- 1º) Inmovilidad (flexibilidad cética).
- 2ª) Estupor y melancolía.
- 3ª) Manía (presión del habla, hiperactividad, hipertimia).
- 4ª) Demencia.



Kahlbaum.



Verlag von Julius Springer Berlin N.

Hilfogr. Meiserbach, Riffarth & Co. Berlin.

- Kraepelin: incluyó catatonía en grupo de trastornos psicóticos deteriorantes (demencia precoz).

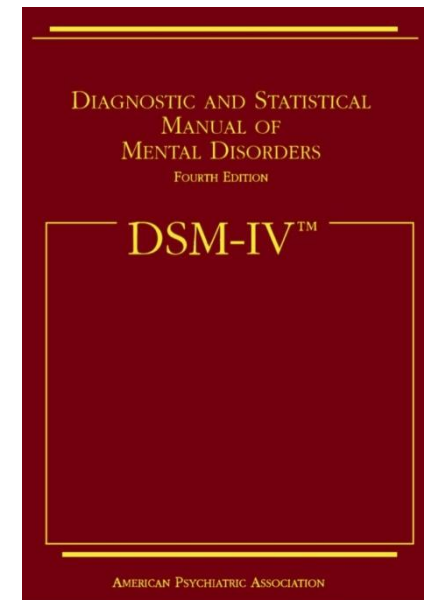
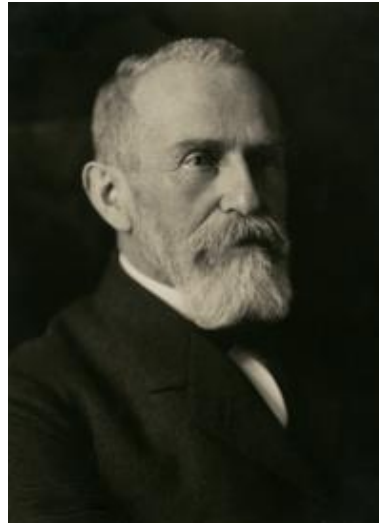
- Bleuler: catatonía incluida en psicosis deteriorantes severas idiopáticas → esquizofrenias.

- Subtipo motor de esquizofrenia.

- Síntomas catatónicos: podían emerger como parte de trastorno del ánimo (manía o depresión).

- Excesiva asociación a esquizofrenia hasta 1994, DSM-IV: trastornos del ánimo con rasgos catatónicos, catatonía secundaria a trastorno médico, catatonía dentro de esquizofrenia.

- Otros autores: hasta cuarenta signos asociados.



- Independientemente causa (enfermedad médica, depresión mayor, manía, trastorno afectivo mixto o esquizofrenia) se diagnostica cuando se cumplen tres o más de los síntomas siguientes:

1. **Estupor**: ausencia de actividad psicomotora; no relacionado activamente con el entorno.
2. **Catalepsia**: inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad.
3. **Flexibilidad cérea**: resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador.
4. **Mutismo**: respuesta verbal ausente o escasa (*nota: no aplicable si existe afasia establecida).
5. **Negativismo**: oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos.
6. **Adopción de una postura**: mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad.
7. **Manierismo**: caricatura extraña, circunstancial, de acciones normales.
8. **Estereotipia**: movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo.
9. **Agitación**: no influida por estímulos externos.
10. **Muecas**.
11. **Ecolalia**: imitación del habla de otra persona.
12. **Ecopraxia**: imitación de los movimientos de otra persona.

Subtipos

-**Primarios** (psiquiátricos) y **secundarios** (neuromédicos).

- **Simple** y **maligna**.

Puede haber catatonías simples primarias y secundarias así como catatonías malignas primarias y secundarias. Ej: SNM (catatonía maligna secundaria).

- Retardada o **estuporosa** (hipoactividad psicomotora o lentificación, posturas extrañas, mutismo y negativismo) y **excitada** (hiperactividad psicomotora, ecolalia o ecopraxia, obediencia automática y movimientos estereotipados). Alternancia.



Fig. 34.—Catatonía periódica, en fase de agitación paracínética.

* Catatonía secundaria → **subtipo catatonía asociado al delirium**, incluiría formas excitadas (como puede ocurrir en la "manía delirante") y formas estuporosas (como se ve a menudo en casos de encefalitis).

- Manía delirante: excitación, grandiosidad, labilidad emocional, delirios, insomnio, desorientación y alteración de la conciencia característicos del delirium, así como fiebre, taquicardia, hipertensión y taquipnea. Inicio agudo. Puede asociarse con catatonía y asemejarse a la catatonía maligna. Catatonía excitada / Manía delirante.
- Encefalitis límbica: Delirium, estado estuporoso, deterioro cognitivo, a veces síntomas catatónicos. Inicio agudo o subagudo. Etiología: infecciones, enfermedades autoinmunes, síndromes paraneoplásicos, idiopática.



- Catatonía "**periódica**" (Kraepelin, Gjessing): Estados excitados intermitentes seguidos de fases catatónicas estuporosas. Comienzo en adolescencia, curso con remisiones y recaídas.

-Catatonía **letal** (Stauder, 1934, serie de 27 casos).

Inicio rápido.

Tasa de mortalidad: actual >50%; era preneuroleptica >75%.

Revisión Mann et al, 1986:

1) Inicio: intensa excitación motora ininterrumpida (8 días). Comportamiento bizarro, agitación, negativa a comer, mutismo intermitente, adopción posturas, trastornos del pensamiento, discurso incoherente y desorganizado; delirios y alucinaciones. Fiebre, diaforesis, taquicardia.

2) Extenuación, estupor, rigidez.

3) Terminal: rigidez, posturas, flacidez.



EPIDEMIOLOGÍA

- **Condiciones médicas** generales: >25%.

Hospital general: 20%.

Escenarios médicos agudos: 1.6 - 6.3%.

Probabilidad real escenario médico o quirúrgico agudo: >50%.

- **Población psiquiátrica** general:

Enfermedad psiquiátrica aguda: 9 - 17%.

Pacientes psiquiátricos hospitalizados: 16.9%

Estudios prospectivos pacientes **hospitalizados**:

Episodios **psicóticos agudos**: incidencia 7 - 17%

Trastornos **afectivos**: 13 - 31%.

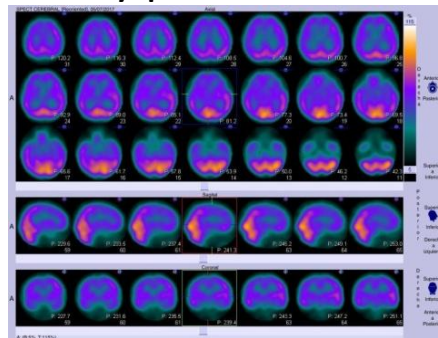
Oldham et al (Universidad de Yale): 14.2% pacientes con **psicosis**, 20% con episodio **afectivo mayor**.



FISIOPATOLOGÍA

- Estudios funcionales neuroimagen: disrupción **ganglios basales** y **circuitos orbitofrontales y límbicos** → estado de relativa **depleción** de **dopamina** y **ácido gammaaminobutírico**, y, en ocasiones, **exceso** de **glutamato**.
- Inicialmente: parte de esquizofrenia → trastorno motor extrapiramidal → ganglios basales (producción de movimientos).
- Síntomas **motores** (acinesia, adopción de posturas): disfunción cortical parietal posterior derecha (reconocimiento posición, coordinación y localización espacial).
 - ***NO** dificultad iniciación y ejecución de movimientos (área motora suplementaria intacta): Dx dif con Parkinson.
 - ***SÍ** dificultad para terminar movimientos y retornar a posición neutra (anosognosia motora, déficits en habilidades visuoespaciales)

Estudios de flujo sanguíneo cerebral regional (FSCR) con SPECT: disminución perfusión cortezas parietal posterior derecha y prefrontal inferior lateral derecha.



- Síntomas **afectivos**: déficits transmisión gabérgica y en corteza orbitofrontal medial (procesamiento de las emociones).

Eficacia terapéutica (60-80%) sustancias gabérgicas (ej: loracepam)

SPECT: Menor densidad y menor unión a receptores GABA-A, alteración relación corteza sensoriomotora izquierda y corteza orbitofrontal lateral derecha y parietal posterior derecha.

Pruebas de imagen: disminución perfusión áreas orbitofrontales.

- Síntomas **comportamentales** (perseveración, estereotipias, obediencia automática y negativismo): disfunción corteza orbitofrontal lateral (inhibición comportamiento y control afectivo).

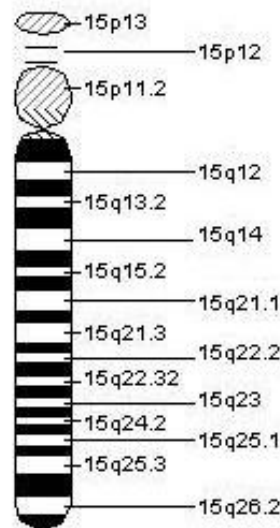
- Aumento metabolitos dopaminérgicos (ácido homovanílico y vanílico) y adrenérgicos/noradrenérgicos (norepinefrina, metanefrina y epinefrina) en orina y plasma de pacientes catatónicos → correlación con síntomas vegetativos.

¿Hiperactividad sistema dopaminérgico? : ¡contradictorio con catatonía inducida por neurolepticos! → papel sistema dopaminérgico en catatonía es controvertido.

- Sistema serotoninérgico: desequilibrio up-regulated receptores 5HT1a y down-regulated receptores 5HT2a, mecanismo no claro.

Genética

- No clara identificación predisposición genética.
- Catatonía periódica:
 - + Efecto genético dominante.
 - + Locus en cromosoma 15q15.14.
 - * En una familia, cromosoma 22q13, afectación gen WKL1 (codifica canal de cationes en tejidos límbicos y nigroestriado dorsal).
 - + Reciente hallazgo polimorfismos un solo nucleótido para gen MLC1, (¿gen de riesgo para esquizofrenia?), también localizado en cr. 22q13 → asociado con catatonía periódica, no con EQZ o TB.
 - + Cr. 15: Región susceptibilidad compartida entre catatonía, esquizofrenia y autismo → catatonía: ¿fenotipo intermedio entre esquizofrenia y autismo?



ETIOLOGÍA

- Gran variedad.

- **Aguda o crónica.**

- **Primaria** (trastornos psiquiátricos: trastornos psicóticos o afectivos severos) → antecedentes psiquiátricos, género femenino.

o

- **Secundaria** (enfermedades médicas, principalmente neurológicas (70%), infecciosas, metabólicas o por tóxicos) → presencia de delirium, activación autonómica, agitación catatónica, signos de liberación frontal e historia de epilepsia u otra condición neurológica.



TABLE 21-2 Potential Etiologies of the Catatonic Syndrome

Primary: Psychiatric

Acute psychoses
 Conversion disorder
 Dissociative disorders
 Mood disorders
 Obsessive-compulsive disorder
 Personality disorders
 Schizophrenia

Secondary: Neuromedical

Cerebrovascular
 Arterial aneurysms
 Arteriovenous malformations
 Arterial and venous thrombosis
 Bilateral parietal infarcts
 Temporal lobe infarct
 Subarachnoid hemorrhage
 Subdural hematoma
 Third ventricle hemorrhage
 Hemorrhagic infarcts

Other Central Nervous System Causes

Akinetic mutism
 Alcoholic degeneration and Wernicke's encephalopathy
 Cerebellar degeneration
 Cerebral anoxia
 Cerebromacular degeneration
 Closed head trauma
 Frontal lobe atrophy
 Hydrocephalus
 Lesions of thalamus and globus pallidus
 Narcolepsy
 Parkinsonism
 Postencephalitic states
 Seizure disorders*
 Surgical interventions
 Tuberosus sclerosis

Neoplasm

Angioma
 Frontal lobe tumors
 Gliomas
 Langerhans' carcinoma
 Paraneoplastic encephalopathy
 Periventricular diffuse pinealoma

Poisoning

Coal gas
 Organic fluorides
 Tetraethyl lead poisoning

Infections

Acquired immunodeficiency syndrome
 Bacterial meningoenzephalitis

Bacterial sepsis
 General paresis
 Malaria
 Mononucleosis
 Subacute sclerosing panencephalitis
 Tertiary syphilis
 Tuberculosis
 Typhoid fever
 Viral encephalitis (especially herpes)
 Viral hepatitis

Metabolic and Other Medical Causes

Acute intermittent porphyria*
 Addison's disease
 Cushing's disease
 Diabetic ketoacidosis
 Glomerulonephritis
 Hepatic dysfunction
 Hereditary coproporphyrin
 Homocystinuria
 Hyperparathyroidism
 Idiopathic hyperadrenergic state
 Multiple sclerosis
 Pellagra

Idiopathic

Peripuerperal
 Systemic lupus erythematosus*
 Thrombocytopenic purpura
 Uremia

Drug-Related

Neuroleptics (typical and atypical): clozapine and risperidone* (all neuroleptics have been associated)
 Non-neuroleptic
 Alcohol
 Anticonvulsants (tricyclics, monoamine oxidase inhibitors, and others)
 Anticonvulsants (e.g., carbamazepine, primidone)
 Aspirin
 Disulfiram
 Metoclopramide
 Dopamine depleters (e.g., tetrabenazine)
 Dopamine withdrawal (e.g., levodopa)
 Hallucinogens (e.g., mescaline, phencyclidine,* and lysergic acid diethylamide)
 Lithium carbonate
 Morphine
 Sedative-hypnotic withdrawal
 Steroids
 Stimulants (e.g., amphetamines, methylphenidate, and possibly cocaine)

* Revisión literatura 1966 – 1993: 261 casos catatonía secundaria.

- 76%: ningún trastorno psiquiátrico relevante.

- Causas más frecuentes:

+Enfermedad estructural o disfunción **SNC**:

- ACV anteriores → apatía, acinesia.

- ACV bilaterales giro cingular parte medial lóbulos frontales → falta movimiento motor espontáneo y mutismo.

- Tumores SNC (astrocitomas).

- Encefalitis u otras infecciones SNC: 25%.

- Epilepsia: 10%.

- Encefalitis anti receptor NMDA.

- Traumatismo SNC.

- Anoxia.

+Trastornos **endocrinos** o **metabólicos**: hipotiroidismo, insuficiencia adrenal, déficit de vitamina B12.

+**Drogas** y **toxinas**: Fenciclidina (PCP) o MDMA (éxtasis), intoxicación por CO (daño en putamen, núcleo caudado o globo pálido), neurolépticos (estado catatónico parkinsoniano), agentes serotoninérgicos (síndrome serotoninérgico), agentes antidopaminérgicos (SNM).

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

-Controversia número y naturaleza signos / síntomas para realizar diagnóstico:

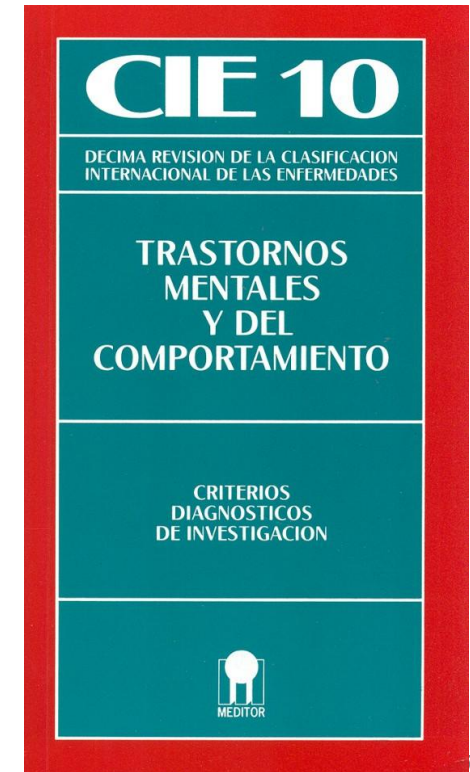
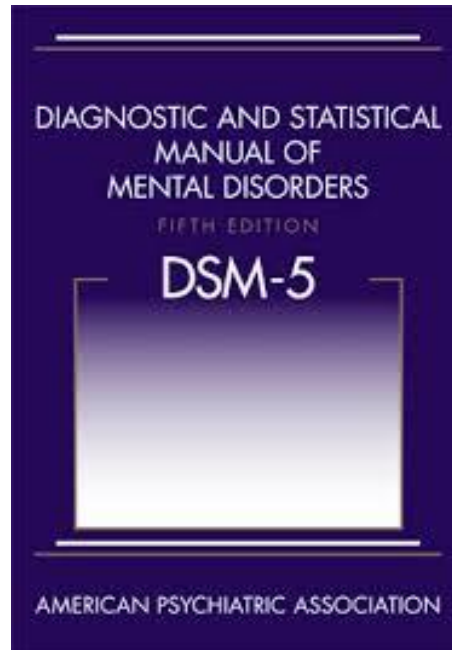
-Lohr y Wisniewski: mínimo 1 síntoma cardinal (catalepsia, positivismo -como el visto en la obediencia automática-, y negativismo) + 2 rasgos no cardinales.

-Rosebush et al: 3 rasgos cardinales (inmovilidad, mutismo y retracción -con negativa a comer o beber-), o 2 rasgos cardinales + 2 características secundaria.

-Taylor: 1 característica cardinal suficiente.

-Fink y Taylor: 2 síntomas clásicos.

-Bush et al: 2 o más signos.
Escala de valoración y guías.

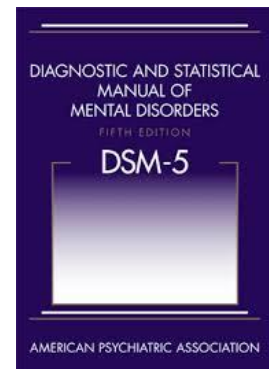


CATATONÍA ASOCIADA A OTRO TRASTORNO MENTAL (ESPECIFICADOR DE CATATONÍA)

El cuadro clínico está dominado por **tres o más** de los síntomas siguientes:

1. **Estupor**: ausencia de actividad psicomotora; no relación activa con el entorno.
2. **Catalepsia**: inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad.
3. **Flexibilidad cérea**: resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador.
4. **Mutismo**: respuesta verbal ausente o escasa (*nota: no aplicable si existe afasia establecida).
5. **Negativismo**: oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos.
6. **Adopción de una postura**: mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad.
7. **Manierismo**: caricatura extraña, circunstancial, de acciones normales.
8. **Estereotipia**: movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo.
9. **Agitación**: no influida por estímulos externos.
10. **Muecas**.
11. **Ecolalia**: imitación del habla de otra persona.
12. **Ecopraxia**: imitación de los movimientos de otra persona

**Nota de codificación: Cuando se registre el nombre de la afección, indicar el nombre del trastorno mental asociado, y codificarlo en primer lugar.*



TRASTORNO CATATÓNICO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

El criterio A es idéntico, deben cumplirse tres o más de los síntomas referidos.

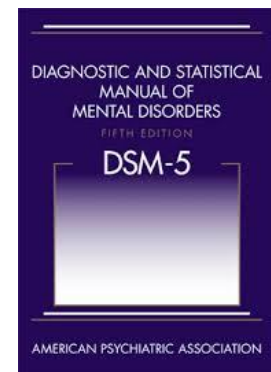
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la **consecuencia** fisiopatológica directa de otra **afección médica**.

C. El trastorno **no se explica** mejor por **otro trastorno mental**.

D. El trastorno **no** se produce **exclusivamente** durante el curso de un síndrome **confusional**.

E. El trastorno causa **malestar** clínicamente significativo o **deterioro** en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota de codificación: Incluir el nombre de la afección médica en el nombre del trastorno mental. La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno catatónico debido a la afección médica.*

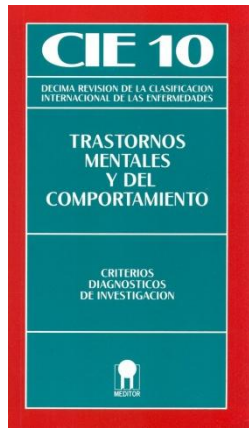


ESQUIZOFRENIA DE TIPO CATATÓNICO

A. Deben satisfacerse los **criterios** generales para el diagnóstico de **esquizofrenia**, aunque al principio esto puede no ser posible si el enfermo es inaccesible a la comunicación.

B. **Uno o más** de los siguientes síntomas catatónicos debe ser prominente durante un período de, al menos, **dos semanas**:

- 1) **Estupor** (marcada disminución de la capacidad de reacción al ambiente y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- 2) **Excitación** (actividad motriz sin propósito aparente, no influida por estímulos externos).
- 3) **Catalepsia** (adopción y mantenimiento voluntarios de posturas inadecuadas o extravagantes).
- 4) **Negativismo** (resistencia, aparentemente sin motivo, a cualquier instrucción o intento de ser movilizado o presencia de movimientos de oposición).
- 5) **Rigidez** (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser movilizado).
- 6) **Flexibilidad cérica** (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- 7) **Obediencia automática** (cumplimiento automático de las instrucciones).



TRASTORNO CATATÓNICO ORGÁNICO

A. Deben satisfacerse los criterios generales para trastorno mental de origen orgánico.

B. Uno de los siguientes síntomas debe estar presente:

1) **Estupor**, definido como disminución o ausencia total de los movimientos voluntarios y del lenguaje, así como de la respuesta normal a la luz, al ruido y al tacto, todo ello con conservación del tono muscular, de la postura estática y de los movimientos respiratorios (a menudo con limitación de los movimientos oculares coordinados); o **negativismo**, definido como resistencia activa a los movimientos pasivos de los miembros o del cuerpo o por la presencia de posturas rígidas mantenidas.

2) **Agitación catatónica** (gran inquietud de movimientos de aspecto caótico con tendencias agresivas o sin éstas).

3) **Alternancia** rápida e imprevisible de estupor y agitación.

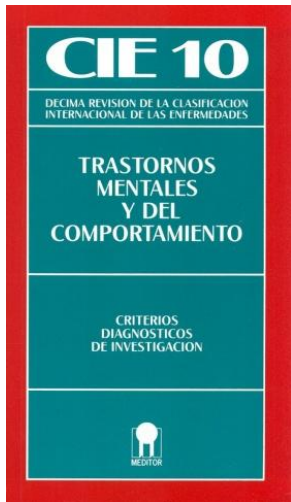


TABLE 1. Prominent Clinical Features and Challenges Associated with Prototypes of Catatonia in the General Medical Setting

	Distant Mute	Waxy Stiff	Broken Record	Stubborn Grouch
Overarching Theme	Disconnection	Interia	Perseveration	Obstinance
Diagnostic Features	Mutism Immobility Interpersonal withdrawal	Catalepsy Waxy flexibility Rigidity	Echo phenomena Vebrigeration Hyperactivity	Negativism Repetitive movements Excitement
Challenges in the General Hospital	Distinguishing sedation from catatonic stupor Accusations of volitional symptom production	Reflexive misattribution to psychopathology Risk of medical and surgical complications due to immobility	Management of patient safety by unit staff Misdiagnosis leading to administration of neuroleptics	Incomplete medical evaluation due to negativism Consideration of medical decision-making capacity with persistent refusal of care



Actitudes catalépticas.



PLATE I. Muscular tension in catatonic stupor.

TABLE 21-1 Modified Bush–Francis Catatonia Rating Scale*

Catatonia can be diagnosed by the presence of two or more of the first 14 signs listed below.

1. Excitement	Extreme hyperactivity, and constant motor unrest, which is apparently nonpurposeful; not to be attributed to akathisia or goal-directed agitation
2. Immobility/stupor	Extreme hypoactivity, immobility, and minimal response to stimuli
3. Mutism	Verbal unresponsiveness or minimal responsiveness
4. Staring	Fixed gaze, little or no visual scanning of environment, and decreased blinking
5. Posturing/catalepsy	Spontaneous maintenance of posture(s), including mundane (e.g., sitting/standing for long periods without reacting)
6. Grimacing	Maintenance of odd facial expressions
7. Echopraxia/echolalia	Mimicking of an examiner's movements/speech
8. Stereotypy	Repetitive, non-goal-directed motor activity (e.g., finger-play, or repeatedly touching, patting, or rubbing oneself); the act is not inherently abnormal but is repeated frequently
9. Mannerisms	Odd, purposeful movements (e.g., hopping or walking on tiptoe, saluting those passing by, or exaggerating caricatures of mundane movements); the act itself is inherently abnormal
10. Verbigeration	Repetition of phrases (like a scratched record)
11. Rigidity	Maintenance of a rigid position despite efforts to be moved; exclude if cogwheeling or tremor present
12. Negativism	Apparently motiveless resistance to instructions or attempts to move/examine the patient; contrary behavior; doing the exact opposite of the instruction.
13. Waxy flexibility	During repositioning of the patient, the patient offers initial resistance before allowing repositioning, similar to that of a bending candle
14. Withdrawal	Refusal to eat, drink, or make eye contact
15. Impulsivity	Sudden inappropriate behaviors (e.g., running down a hallway, screaming, or taking off clothes) without provocation; afterward, gives no or only facile explanations
16. Automatic obedience	Exaggerated cooperation with the examiner's request or spontaneous continuation of the movement requested
17. <i>Mitgehen</i>	"Anglepoise lamp": arm raising in response to light pressure of finger, despite instructions to the contrary
18. <i>Gegenhalten</i>	Resistance to passive movement that is proportional to the strength of the stimulus; appears automatic rather than willful
19. Ambitendency	The appearance of being "stuck" in indecisive, hesitant movement
20. Grasp reflex	Per neurologic examination
21. Perseveration	Repeatedly returns to the same topic, or persistence with movement
22. Combativeness	Usually aggressive in an undirected manner, with no, or only facile, explanation afterward
23. Autonomic abnormality	Abnormal temperature, blood pressure, pulse, or respiratory rate, and diaphoresis

TABLE 21-3 Standardized Examination for Catatonia

The method described here is used to complete the 23-item Bush–Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) and the 14-item Bush–Francis Catatonia Screening Instrument (BFSCI). Item definitions on the two scales are the same. The BFCSI measures only the presence or absence of the first 14 signs.

Ratings are based solely on observed behaviors during the examination, with the exception of completing the items for “withdrawal” and “autonomic abnormality,” which may be based on directly observed behavior or chart documentation.

As a general rule, only items that are clearly present should be rated. If the examiner is uncertain as to the presence of an item, rate the item as “0.”


Procedure

1. Observe the patient while trying to engage in a conversation.
2. The examiner should scratch his or her head in an exaggerated manner.
3. The arm should be examined for cogwheeling. Attempt to reposition and instruct the patient to “keep your arm loose.” Move the arm with alternating lighter and heavier force.
4. Ask the patient to extend his or her arm. Place one finger beneath his or her hand and try to raise it slowly after stating, “Do not let me raise your arm.”
5. Extend the hand stating, “Do not shake my hand.”
6. Reach into your pocket and state, “Stick out your tongue. I want to stick a pin in it.”
7. Check for grasp reflex.
8. Check the chart for reports from the previous 24-hour period. Check for oral intake, vital signs, and any incidents.
9. Observe the patient indirectly, at least for a brief period each day, regarding the following:
 - Activity level
 - Abnormal movements
 - Abnormal speech
 - Echopraxia
 - Rigidity
 - Negativism
 - Waxy flexibility
 - Gegenhalten
 - Mitgehen
 - Ambitendency
 - Automatic obedience
 - Grasp reflex


*Rasmussen et al (Canadá):

- Serie de 220 pacientes
- Signos más frecuentes: inmovilidad, mutismo, retracción y negativa a comer, mirada fija, negativismo, posturas, rigidez, flexibilidad cética, estereotipias, ecolalalia o ecopraxia y verbigeración.
- Cuatro o más signos: 100% especificidad, un bajo % no fueron identificados.

- No test diagnóstico específico.



- **Antecedentes** en **salud mental** personales y familiares: importantes pero no diagnósticos.




- Analítica **sangre**: Hemograma (*leucocitosis*), BUN, creatinina, glucemia, electrolíticos, enzimas hepáticas y musculares (importante *CPK* en detección y monitorización SNM, aunque inespecífica, puede estar elevada en catatonías simples!), función tiroidea, perfil férrico.



- **Serologías** (incluyendo VIH).

- Analítica y tóxicos en **orina**.

- Screening **autoinmune** (VSG, PCR, anticuerpos antinucleares).



- **EEG** (normal en catatonía primaria, posibles cambios difusos inespecíficos).

- **RM cerebral**: resultado negativo no descarta etiología neuromédica.

* Sospecha encefalitis límbica: RM cerebral + Punción lumbar (Ac) + TAC, RM, PET, ecografía abdomino-pélvicos (posible asociación teratomas ováricos o testiculares).



- **Signos vitales**: evaluar con frecuencia.



Atención elevación de **TA**, **T^a**, **CPK** + **leucocitosis** y descenso **Fe** → posible inicio **catatonía maligna** o **SNM!**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Delirium:

- + Delirium: mismas características nucleares. Catatonía: presentación variable.
- + Límites difusos, solapamiento clínico, pueden aparecer rasgos catatónicos en delirium (mutismo, ecolalia, negativismo o agitación) y dificultar la valoración.
- + La mayoría de posibles causas de delirium lo son también de catatonía.
- + DSM V: Delirium es exclusión para diagnosticar otra condición psiquiátrica, incluyendo catatonía secundaria.
- * Sin embargo, pacientes con catatonía médica suelen cumplir criterios de delirium.
- + CAM da con frecuencia dx de delirium cuando se aplica a pacientes catatónicos.
- + **EEG:**
 - Delirium: desaceleración difusa ondas delta.
 - Catatonía: "normal" (secundarias: 80% hallazgos anormales → enlentecimiento difuso)
- + Manejo:
 - Delirium: neurolépticos, empeoran con BZP.
 - Catatonía: BZP, empeora con neurolépticos.



Category	Notes
Infection/ inflammatory ^b	Most commonly encephalitis or meningitis, either of which may be categorized as infectious, postinfectious, autoimmune, paraneoplastic or idiopathic [44,45] Other infectious/inflammatory causes such as pneumonia and peritonitis have been reported [49]
Withdrawal	Sedative-hypnotics: alcohol [64], benzodiazepines [65], glutethimide [66], baclofen [67] and gamma-hydroxybutyrate [68]
Acute metabolic	Dopamine agonists (clinically indistinguishable from NMS) Diverse conditions reported (e.g., uremia, heart failure, liver failure, hyponatremia, acid/base disturbances, porphyria) [5,50,69]
Trauma	Polytrauma and traumatic brain injury [3,49,50] Bum trauma [70]
CNS disease ^b	Neurocognitive disorders [45] Space-occupying lesions, primary [3] or metastatic [45] Seizure related [44,45]
Hypoxia	Normal pressure hydrocephalus [69]
Deficiency	Hypoxic-ischemic encephalopathy [71] B1 (thiamine) or B3 (niacin) deficiency [72] B12 (cyanocobalamin) deficiency [73,74]
Endocrinopathy	Hashimoto thyroiditis [45] ^c May mimic pheochromocytoma [75]
Acute vascular ^b	Poststroke recurrent episodes [76]
Toxins/medications	Corticosteroids and disulfiram [41] Phencyclidine and ketamine [51] Neuroleptics (particularly as NMS) Serotonergic agents (as SS) Withdrawal from sedative-hypnotics and dopamine agonists (see "Withdrawal" above)
Hypertensive encephalopathy	<i>In delirium, "H" stands for heavy metals. Low serum iron is often found in catatonia but is not thought to be causative. An alternate "H" for catatonia is hypertensive encephalopathy, often due to posterior reversible encephalopathy syndrome [77]</i>

^a It remains unclear whether, in each of these instances above, the patient has a "pure" medical catatonia (minus delirium) or delirium with catatonic features.

^b These causes, namely encephalitis, CNS disease (i.e., structural disease and seizures) and cerebrovascular accidents, should be given particular consideration due to their prevalence in catatonia [44,45].

^c Hashimoto encephalopathy, also known as steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis, may represent a cause of autoimmune encephalitis rather than an endocrinopathy *per se*.

- **Efectos secundarios extrapiramidales:**

+ Antipsicóticos típicos y atípicos.

+ Signos comunes: inmovilidad, mirada fija, inquietud.

+ Diferencias:

pacientes parkinsonianos cooperan e interactúan.

temblor de parkinsonismo no es rasgo de catatonía.

diferenciar inmovilidad y mantenimiento postural de distonía.

diferenciar inquietud de acatisia.

+Importante dx dif: BZP mejoran catatonía y exacerban inestabilidad parkinsoniana.

- **Estatus epiléptico no convulsivo:**

+ Puede ser clínicamente indistinguible: en ambos pueden estar inmóviles, mutistas, rígidos e incapaces de comer, beber o cooperar.

+ EEG: actividad epileptógena, hallazgos muy variables.



- Abulia o mutismo acinético:

- + Disminución motivación moderada o severa.
- + Caso extremo: falta completa discurso y movimientos espontáneos.
- + Diferencia: pacientes plenamente conscientes, seguimiento visual conservado.
- + Ensayo con lorazepam.

- Síndrome neuroléptico maligno:

- + Catatonía: FR para desarrollar SNM (Rasmussen et, incidencia de SNM en pacientes catatónicos tratados con antipsicóticos fue 3.6%; en pacientes no catatónicos fue del 0.07-1.8%).
- + SNM: estado catatónico resultado del uso de bloqueantes de la dopamina.
- + Mortalidad 10%.
- + Rigidez, mutismo, delirios, diaforesis, hipertensión, taquicardia y fiebre.
- + Indistinguible de la catatonía maligna excepto por el factor precipitante del APS.
- + Manejo: cese administración APS, terapia soporte, TEC.

	NMS	Catatonía
Clinical signs		
Hyperthermia	+++	+
Motor rigidity	++/+++	++
Mutism	++	+++
Autonomic	++++	++
Instability	++++	++
Laboratory findings		
Elevated CPK	+++	++
Leukocytosis	+++	+
Myoglobinuria	++	_+

+ – Slight; ++ – Moderate; +++ – Marked; ++++ – Severe; _+ – Slight/none;
 NMS – Neuroleptic malignant syndrome; CPK – Creatine phosphokinase

- Locked-in Syndrome:

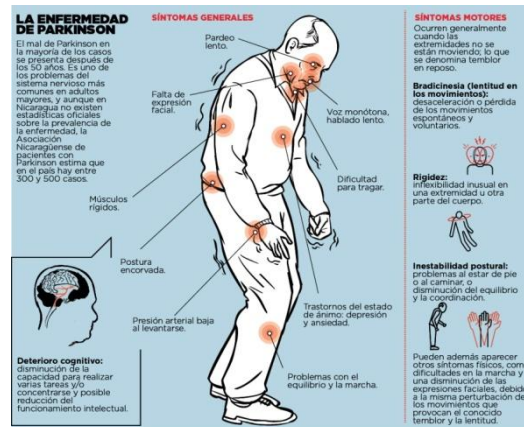
- + Lesiones pontinas ventrales → Parálisis casi completa.
- + Pacientes conscientes, parpadeo y movimientos oculares verticales preservados en general.
- + EEG normal.
- + Anomalías en RM o en potenciales evocados troncoencefalo.

- Estados vegetativos:

- + Daño cerebral severo → Completa falta conciencia yo y entorno.
- + No respuesta a estímulos, no seguimiento con mirada, ciclo sueño-vigilia preservado.
- + EEG casi siempre alterado.

- Acinesia en la Enfermedad de Parkinson:

- + Estadios avanzados → estado similar a catatonía.
- + Catatonía: mantienen posturas contra gravedad, sin conciencia de ello; pueden iniciar y ejecutar movimientos; terminación movimientos alterada.



-Stiff-person syndrome:

- + Autoinmune, poco frecuente.
- + Rigidez muscular progresiva, espasmos.
- + Curso lento.



-Hipertermia maligna:

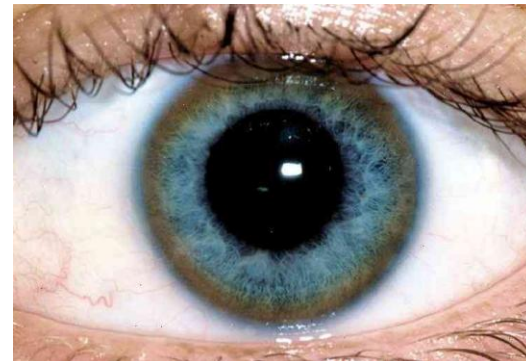
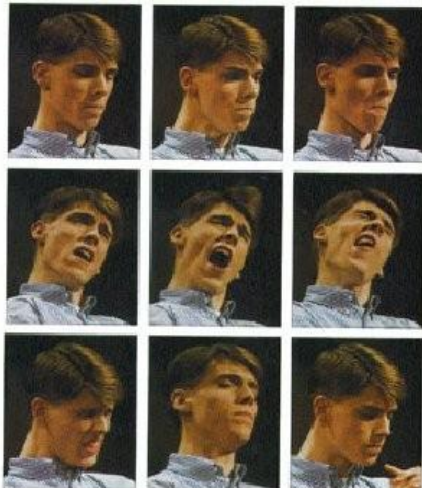
- + Características catatónicas.
- + Anestesia.

-Mutismo selectivo:

- + Único rasgo: mutismo.
- + Trastornos conversivos, TP.

-Trastornos del movimiento:

- + **Hipercinéticos** (Gilles de la Tourette, parálisis cerebral)
- + **Hipocinéticos** (Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Wilson).



COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

- Desafío médico y psiquiátrico.
- Frecuentes: postración, desnutrición, deshidratación → complicaciones médicas.
- Pacientes catatónicos no pueden informar de sus síntomas! → clínicos vigilantes.

- **Cardiovascular:**
 - + Intolerancia **ortostatismo**.
 - + Eficiencia cardiopulmonar reducida.
 - + **TVP** (6%) (inmovilización prolongada, deshidratación) → **TEP**: morbimortalidad significativa.
 - + Prevención: hidratación, terapia física, anticoagulación.

- **Pulmonar:**
 - + **Aspiración** (causa de muerte más frecuente en pacientes con disfagia secundaria a trastorno neurológico y en pacientes con SNG).
 - + **Neumonitis**: inflamación tras regurgitación contenido gástrico a árbol pulmonar. No recomendados bloqueantes H2 ni inhibidores bomba protones.
 - + **Neumonía**: infección tras aspiración bacteriana (secreciones orofaríngeas). Higiene bucal diaria.
 - + Neurolépticos y anticolinérgicos aumentan riesgo.
 - + Se desaconseja profilaxis ATB.

- **Nutrición:**

- + **Sondas: nasogástrica** o nasoenteral (no previene aspiración), **gastrostomía** o yeyunostomía endoscópica percutánea (>30 días).
- + **Riesgo:** colocación no inocua, incapacidad cooperar, reflejo nauseoso disminuido → mala posición, intubación pulmonar, fallecimiento.
- + **Pacientes crónicos:** dilema ético (también en demencia, ELA, Parkinson) → beneficios VS complicaciones y calidad vida.

- **Dermatológicas:**

- + **Úlceras por presión:** Comunes. Sepsis, osteomielitis, aumento mortalidad. Cambios posturales, colchones antiescaras, piel limpia y seca. Suplementos nutricionales no efectivos. Catéteres urinario aumenta riesgo vs pañal.

- **Musculoesqueléticas:**

- + Inmovilización + rigidez muscular → **contracturas** por flexión (pérdida uso musculatura, acortamiento ligamentos).
- + **Prevención:** terapia física.
- + **Rabdomiolisis:** en catatonía letal, SNM y catatonía crónica.

- **Otras: ITU, sepsis urinaria, hipernatremia, necrosis tubular aguda, estreñimiento.**

TRATAMIENTO

1. Tratar **causa subyacente** (catatonía secundaria: condición médica/evitar medicación precipitante).

2. **Benzodiacepinas**: 1ª línea.

+ **Lorazepam** v.o. / SNG, IM, IV: 2 mg-16mg/día (adultos), 0.5-1mg/día (niños o ancianos).

+ Monitorizar → evaluación respuesta: reducción 50% rasgos catatónicos escala Bush Francis.

+ >80-85% respuesta.

* Menor respuesta en psicóticos crónicos con rasgos catatónicos y en pacientes con estados catatónicos de larga evolución.

2.1. Alternativa a BZP: **Zolpidem** 10 mg v.o. / SNG.

+ Se cree que interacciona con receptores GABA-A (= BZP).

+ Respuesta breve.

2.2. Ensayo con **amobarbital** IV en catatonía aguda: eficacia 60% en pacientes con mutismo catatónico.

3. Evitar **neurolépticos** alta potencia:

- + Sobre todo en catatonía aguda: no efectivos, efectos secundarios, potenciar SNM.
- + Antipsicóticos atípicos para catatonía no maligna? → uso precavido junto con BZP u otros ttos específicos.

4. Asegurar **medidas soporte**:

- a) Revertir hipertermia.
- b) Hidratación (prevenir fallo renal agudo).
- c) Mantener nutrición adecuada.
- d) Monitorizar oxigenación.
- e) Administrar profilaxis TVP o TEP.
- f) Prevenir úlceras por presión.
- g) Prevenir contracturas musculares.
- h) Prevenir neumonía por aspiración.



IMAGEN DE REFERENCIA

5. Considerar **antagonistas receptor NMDA** o **topiramato**:

- + Series de casos → uso antagonistas receptor NMDA (amantadina o memantina) o anticonvulsivante topiramato en la catatonía refractaria a lorazepam. Ausencia de guías formales, considerar a partir del tercer día de no respuesta a BZP.

6. Iniciar TEC:

- + Tras 3-5 días de no respuesta o respuesta parcial a BZP.
- + En catatonía maligna o SNM: TEC emergente.
- + Negativa a comer, incapacidad autocuidados: TEC urgente.
- * Recomendación APA 2001: *“el TEC es el tratamiento más efectivo de la catatonía y puede ser usado de forma segura en casi todos los individuos enfermos”*.
- + Desventajas:
 - Requiere consentimiento (subrogado).
 - Altas dosis BZP pueden elevar umbral convulsivo e interferir en eficacia. Protocolo: oxigenación, anestésico, flumazenilo, succinilcolina.



CONCLUSIONES

- Catatonía: síndrome psicomotor severo, buen pronóstico si es diagnosticado y tratado a tiempo.
- Elevado índice de sospecha: *“The eye does not see what the mind does not look”*. Muchos casos diagnosticados como delirium o se ha tratado la patología psiquiátrica subyacente.
- Despistaje enfermedad neurológica.
- Pacientes con enfermedad mental: más susceptibles a desarrollar catatonía de causa médica aguda.
- Investigación: Aproximación sistemática para identificación con instrumentos estandarizados que aseguren detección.

BIBLIOGRAFÍA

- Gregory L. Fricchione, M.D. Anne F. Gross, M.D. Jeff C. Huffman, M.D. George Bush, M.D., M.M.Sc. Theodore A. Stern, M.D. Catatonia, Neuroleptic Malignant Syndrome, and Serotonin Syndrome. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 7th Edition, by Theodore A. Stern MD et al, Chapter 21 (273-277).
- James Levenson. Psychosis Prakash S. Masand, M.D. Eric J. Christopher, M.D. Greg L. Clary, M.D. Rajnish Mago, M.D. James L. Levenson, M.D. Ashwin A. Patkar, M. Mania, Catatonia, and Psychosis. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill, 2nd Edition, by James L. Levenson, Lawson Wulsin, 1200 pages, 2010.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. 2014.
- O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Crespo M^oL; Pérez V. Catatonía: un síndrome neuropsiquiátrico. Revista Colombiana de Psiquiatría 2005; XXXIV(2):251-66.

-Walter Jaimes-Albornoz, Jordi Serra-Mestres. Prevalence and clinical correlations of catatonia in older adults referred to a liaison psychiatry service in a general hospital. Elsevier Inc.; 2013; (35):512-516.

-Azzam PN, Gopalan P. Case Reports Prototypes of Catatonia : Diagnostic and Therapeutic Challenges in the General Hospital. PSYM [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;54(1):88-93.

- Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. World Journal of Psychiatry. 2016;6(4): 391-8.

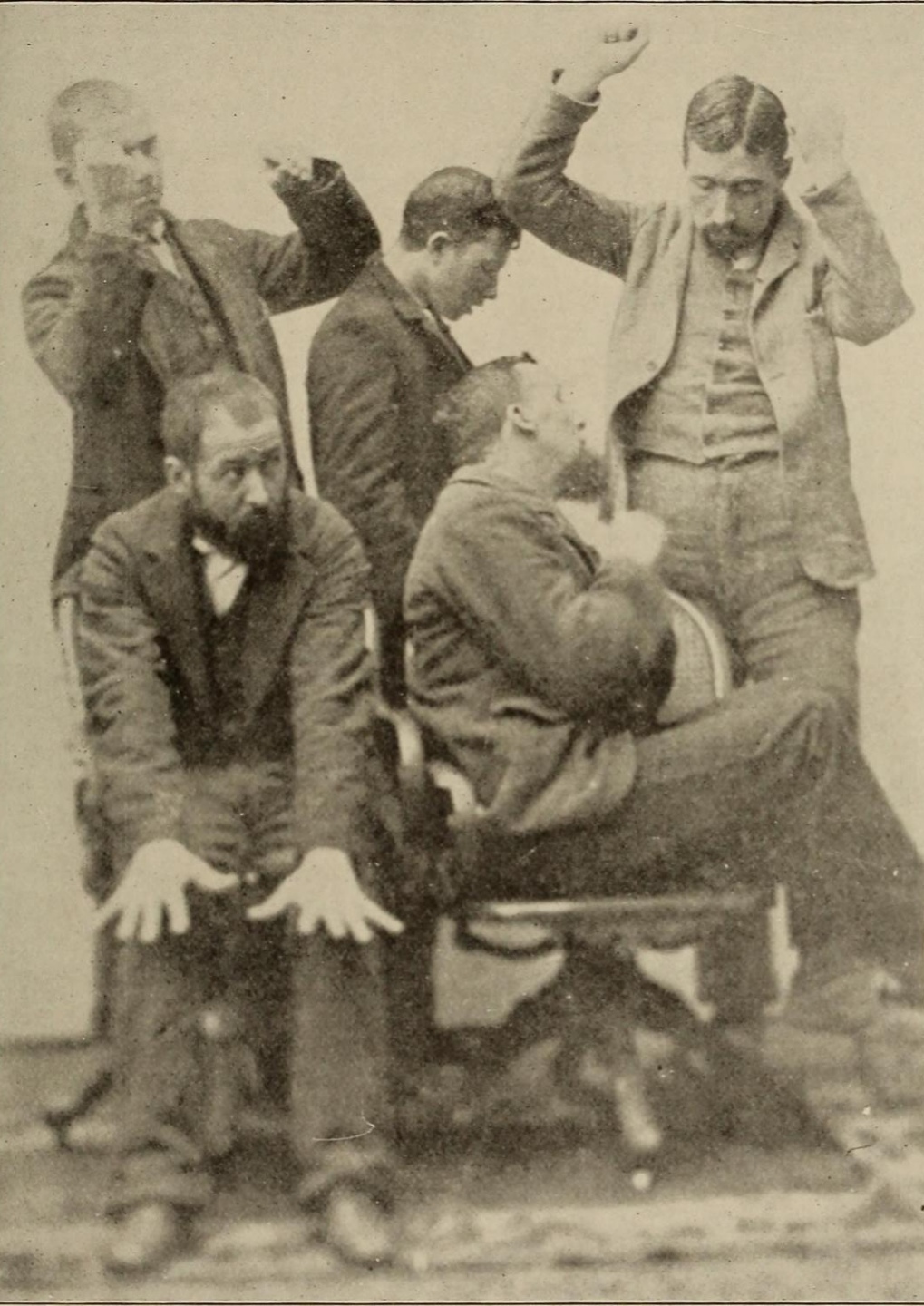
-Doran E, Sheehan JD. Acute catatonia on medical wards : a case series. Journal of Medical Case Reports; 2018; (12) 2016.

- Oldham MA, Lee HB. Catatonia vis-à-vis delirium : the significance of recognizing catatonia in altered mental status. Elsevier Inc.; General Hospital Psychiatry 37 (2015) 554–559.

-Manoj Kumar Sahoo, Sanjay Agarwal, and Harshita Biswas. Catatonia versus neuroleptic malignant syndrome: the diagnostic dilemma and treatment. Ind Psychiatry J. 2014 Jul-Dec; 23(2): 163–165.

-Charles H. Kellner and Max Fink. ECT for Catatonia and Melancholia: No Need for Ambivalence. Psychiatric Times. 2017.

- Mark A.Oldham,M.D. The probability that catatonia in the Hospital has a medical cause and the relative proportions of its causes: a systematic review. Psychosomatics2018:59:333–340.



**¡GRACIAS POR
VUESTRA
ATENCIÓN!**