

Catatonía como forma de presentación del trastorno depresivo mayor en personas mayores y diagnóstico diferencial de compromiso de conciencia: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Natalia Gallardo^{1,2,a,b*}, Paul Ivanov^{3,c}.

Catatonía as a presentation of major depressive disorder in the elderly and differential diagnosis of consciousness impairment: A case report and literature review

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente mayor que sufre un cuadro de compromiso de conciencia cualicuantitativo subagudo secundario a un episodio catatónico en contexto de una depresión psicótica. Discutimos y revisamos la forma de presentación, diagnóstico, etiología y tratamiento de la catatonía, enfocado en la persona mayor y desde el punto de vista del médico internista.

Palabras clave: Catatonía; Terapia electroconvulsiva; Trastorno depresivo mayor; Trastornos psicóticos afectivos.

ABSTRACT

We report the case of an older female patient suffering from a subacute qualitative and quantitative alteration in the state of consciousness secondary to a major depressive disorder with catatonic features. We discuss and review the clinical presentation, diagnosis, etiology, and treatment of catatonia in older adults from the internist's point of view.

Keywords: Affective disorders, Psychotic; Catatonía; Depressive disorder, Major; Electroconvulsive therapy.

¹Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

²Servicio de Medicina Interna Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile.

³Unidad de Agudos de Psicogeriatría, Hospital Sagrat Cor, Martorell, Barcelona, España.

^aResidente de Geriátría, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

^bMédico internista.

^cPsiquiatra.

*Correspondencia: Natalia Gallardo / natalia.gallardoc@gmail.com
Esperanza 2150, Santiago, Chile.

Recibido el 09 de marzo de 2021.
Aceptado el 09 de febrero de 2024.

La depresión en personas mayores (PM) es una patología grave asociada a discapacidad, aumento de mortalidad y peores desenlaces globales¹. Además, en este grupo la forma de presentación de un trastorno depresivo mayor difiere significativamente de las personas jóvenes, dada mayor presencia de somatización, hipocondría, retardo psicomotor, agitación y psicosis, discapacidad física, síntomas cognitivos y ansiedad, lo cual dificulta el diagnóstico, acarreando un sobreuso de los sistemas de salud². A pesar de que el tratamiento es tan efectivo en PM como en jóvenes, esta condición suele ser subdiagnosticada y mal tratada¹, sin embargo, se describe que un tercio de los individuos no responderán sólo a antidepresivos³, requiriendo modalidades terapéuticas alternativas. La terapia electroconvulsiva (TEC) tiene evidencia robusta que apoya su uso como tratamiento de depresión en PM, en particular, en cuadros severos al momento de presentación como aquellos con síntomas psicóticos o ideación suicida⁴. En este contexto, una de las formas de presentación más graves es la catatonía secundaria a un trastorno depresivo mayor, síndrome que suele ser subdiagnosticado en el contexto psiquiátrico, y aún más en los servicios de medicina interna⁵.

A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente con depresión mayor y catatonía. Se cuenta con consentimiento informado para publicación.

Caso Clínico

Mujer de 60 años con antecedentes de hipotiroidismo y diabetes mellitus 2, usuaria de metformina y levotiroxina. Presenta un trastorno de personalidad de tipo histriónico y trastorno bipolar tipo I en control en psiquiatría desde hace 20 años, en tratamiento con sertralina 100 mg, lormetazepam 2 mg y mirtazapina 15 mg. Tenía indicado litio, pero se suspendió en atención primaria por mala adherencia a terapia y riesgo de intoxicación. Vive sola, es independiente en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Acude a urgencia de hospital psiquiátrico derivada desde primaria por alteraciones conductuales de un mes de evolución asociado a

deterioro progresivo del ánimo caracterizado por tristeza, apatía, anhedonia, ideación de minusvalía y culpa. Tres días previos al ingreso presenta un intento de suicidio por defenestración, frustrado por hijo, quien refiere insomnio, desinhibición conductual y sexual, junto a disminución de ingesta alimentaria, con pérdida de 13 kilos de peso. A la evaluación en Urgencia se muestra colaboradora, orientada, atenta, bradipsíquica y bradicinética, discurso repetido e incoherente, con ideación delirante de carácter místico religioso e ideación suicida estructurada. Se hospitaliza en Unidad de Psicogeriatría. Se realiza laboratorio al ingreso, en donde destaca una TSH de 13.4 mU/L (RN: 0.25–5), resto normal. TAC cerebral sin alteraciones significativas.

Durante su ingreso la clínica psicótica se agudizó progresivamente, evolucionando con un rápido e importante deterioro funcional con apatía, abulia, mutismo con mirada perpleja y nula colaboración, lo cual finalmente produce postración y rechazo alimentario. Al examen físico en ese momento destaca paciente vigil, aparición de reflejos arcaicos nuevos (prehensión), oculomotilidad conservada, fuerza no evaluable, rigidez en 4 extremidades (espástica versus oposicionista), con respuesta a estímulo doloroso, rigidez de nuca e hiperreflexia. En relación con esto presenta fiebre hasta 38 °C, retención de orina y fecaloma. Se inicia fuidoterapia, instala sonda nasogástrica, se resuelve fecaloma, se diagnostica infección urinaria, recibiendo tratamiento antibiótico, pese a lo cual no presenta mejoría.

Por compromiso de conciencia cualicuantitativo subagudo se realiza nuevo laboratorio mostrando normalización de TSH, junto a vitamina B12, ácido fólico, función renal, electrolitos plasmáticos y función hepática normal. Anticuerpos anti-tiroideos negativos. Cultivos negativos. VIH, VHB, VHC y RPR negativo. Resonancia magnética cerebral muestra atrofia cortical supratentorial de predominio frontal, sin alteraciones que expliquen cuadro actual. Punción lumbar sin alteraciones. PCR de micobacterias, herpes simplex 1 y 2, y virus de varicela zoster negativos. Anticuerpos onconeuronales (Anti-Hu, Yo, Ri, Tr, CV2, Ma2 y antifisina) negativos. Anticuerpos antineurales

(Anti receptor NMDA, AMPA, GABA p LG11 y CASPR2) también negativos. Proteína 14-3-3 negativo. Electroencefalograma normal.

Dado extenso estudio negativo para causas orgánicas de cuadro de inhibición y catatonía extrema, se plantea que lo más probable es que sea secundario a patología psiquiátrica de base descompensada. Dada persistencia de sintomatología tras completar terapia antibiótica e inicio de terapia antidepressiva, se decide inicio de terapia electroconvulsivante (TEC).

Tras dos semanas (6 sesiones) se obtiene una favorable evolución clínica, con mejoría de mutismo, reinicio de ingesta oral y movilidad espontánea, sin ideación delirante de daño y perjuicio, clínica psicótica aguda ni alteraciones de sensopercepción. Se retiran sondas nasogástrica y vesical. Es dada de alta con diagnóstico de depresión psicótica en tratamiento con desvenlafaxina 100 mg, lorazepam 3 mg, mirtazapina 15 mg y olanzapina 15 mg al día, junto a TEC de mantención.

Discusión

El trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos es un cuadro clínico grave, asociado a mayor morbimortalidad que la depresión sin esta sintomatología, junto a mayor riesgo de recaída y recurrencia, mayor tiempo de recuperación, mayor frecuencia de hospitalizaciones psiquiátricas, dependencia y mortalidad⁶. Los estudios sugieren que aproximadamente el 45% de las PM hospitalizadas por depresión mayor experimentan síntomas psicóticos, a diferencia de la prevalencia en todas las edades que es de 20%⁷. Dentro de los síntomas psicóticos, la catatonía corresponde a una de las más graves formas de presentación de una depresión, asociada a alta morbi-mortalidad y subdiagnóstico en hospitales no psiquiátricos^{5,7}.

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por alteraciones motoras, conductuales, emocionales y autonómicas, que se puede presentar en forma aguda, subaguda o crónica. Se han descrito cerca de cuarenta signos de catatonía, pero los cardinales son inmovilidad y estupor (83 a 100%), mutismo (33 a 80%), rigidez (67 a 90%) junto a catalepsia, flexibilidad cérea y estereotipia/manierismo⁷. Existen clásicamente

dos subtipos: la variante hipoquinética o inhibida (la más frecuente), caracterizada por reducción de movimiento (hasta inmovilidad completa), más asociada a trastornos depresivos y condiciones médicas generales (Tabla 1); así como la variante hiperquinética, que presenta aumento de la actividad motora sin propósito, confusión y disfunción autonómica, que suele presentarse en episodios maníacos. Ambos subtipos pueden existir en forma simultánea⁷. La forma más severa, llamada catatonía maligna o letal, se puede acompañar de disfunción autonómica severa, fiebre, taquicardia, taquipnea e hipertensión, y disfunción multiorgánica, junto a alteración del nivel de conciencia llegando hasta la muerte por las complicaciones médicas de ésta (Tabla 2). En el laboratorio se puede observar leucocitosis, aumento de CK y disminución de niveles de fierro plasmático⁷. En un estudio prospectivo en PM con catatonía en un hospital general, la tasa de complicaciones observada fue de 40% y la mortalidad de 20% sin tratamiento¹⁰.

En relación a la etiología se ha descrito catatonía secundaria a trastornos psiquiátricos primarios, donde los trastornos afectivos son lo más común (trastorno bipolar y depresión), pero también en relación a patologías médicas, neurológicas y drogas o abuso de sustancias (Tabla 1), por lo cual al realizar el diagnóstico es necesario realizar un estudio exhaustivo para determinar la causa, tal como se realizó en esta paciente.

En cuanto a los mecanismos fisiopatológicos subyacentes en la catatonía, aún no están del todo aclarados, sin embargo, se sospecha la alteración de sistemas de neurotransmisores que incluye una hipofunción de las vías GABAérgicas, con disminución de actividad dopaminérgica en ganglios de la base, produciendo inmovilidad y estupor, junto a aumento en la transmisión glutamatérgica^{8,9}. Por esto, los fármacos que actúan en receptores GABA son los más efectivos en el tratamiento de catatonía. Se ha visto que la presentación clínica de pacientes con encefalitis por anticuerpos anti-receptor de NMDA puede imitar un cuadro catatónico agudo⁸.

Del punto de vista del médico internista es importante que ante un cuadro de compromiso

de conciencia cualicuantitativo agudo o subagudo en una PM, en donde se han descartado las causas orgánicas, se debe solicitar precozmente una evaluación por psiquiatría para buscar la presencia de catatonía⁷.

El tratamiento de la catatonía consiste, por un lado, en tratar la causa que la origina, así como la terapia de soporte y farmacológica. La literatura muestra que, a menor duración del episodio, hay mayor respuesta a terapia¹¹, por lo cual es fundamental la sospecha y diagnóstico precoz.

En relación a la terapia específica existe evidencia de que tanto la terapia farmacológica con benzodiazepinas, como la TEC, puede ser considerada la primera línea de tratamiento en depresión grave con síntomas psicóticos y catatonía secundaria¹¹.

La tasa de remisión descrita en TEC es de un 59 a 100, similar a las benzodiazepinas, en donde se describe un 66-100% en estudios occidentales^{11,12}. En relación al caso clínico, la elección de TEC fue principalmente por la mayor disponibilidad de esta herramienta en el centro donde estaba la paciente, con gran experiencia en su uso, junto a los efectos adversos de las benzodiazepinas en personas mayores.

En conclusión, la catatonía es un síndrome clínico frecuentemente subdiagnosticado, con alta morbimortalidad si no se detecta ni trata a tiempo. Es fundamental que quienes trabajen con PM en servicios de urgencia o medicina interna tengan un alto nivel de sospecha de esta condición para poder implementar el tratamiento adecuado para la catatonía y sus causas.

Tabla 1. Adaptado de Serra-Mestres, et al⁹.

Causas de catatonía en personas mayores	
Psiquiátricas	Manía y depresión (Trastorno bipolar), depresión unipolar, depresión de inicio tardío, esquizofrenía, psicosis crónicas. Trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno obsesivo compulsivo compulsivo y síndrome de Gilles Tourette.
Neurológico	Enfermedad cerebrovascular Hidrocefalia Trauma encefalocraneano y secuelas Neoplasias primarias de sistema nervioso central y metástasis Encefalopatía paraneoplásica Encefalitis autoinmune Neurosífilis Enfermedad de Parkinson, demencia de cuerpos de Lewy Demencia frontotemporal, Alzheimer, Vascular Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob Encefalopatía de Wernicke
Metabólico, endocrino, hematológico e inmune	Cetoacidosis diabética, hipercalcemia, falla renal o hepática Hiponatremia o hipernatremia Hipo o hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoglicemia, síndrome de Addison, síndrome de Cushing Deficit de vitamina B12 Lupus eritematoso sistémico, síndrome antisfosfolípido
Tóxicos	Cocaína, cannabis, LSD, mescalina, ketamina, anfetaminas.

Tabla 2. Adaptado de Serra-Mestres, et al⁹.

Complicaciones communes en catatonia	
Vasculares	Tromboflebitis, trombosis venosa profunda.
Cardiacas y respiratorias	Infarto agudo al miocárdico, aspiración, neumonía, tromboembolismo pulmonar.
Renal y urinario	Insuficiencia renal aguda prerenal, hipernatremia, retención de orina, incontinencia urinaria, infección del tracto urinario
Gastrointestinal	Deshidratación, malnutrición, caquexia, hipoglicemia, fecaloma.
Neurológico y muscular	Rabdomiolisis, convulsiones, contractura muscular y posiciones viciosas
Piel y mucosas	Candidiasis oral, infecciones cutáneas, úlceras por presión.

Referencias

1. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ* 2011; 343: d5219.
2. Alvarez P, Urretavizcaya M, Benlloch L, Vallejo J, Menchon J. Early and Late-onset depression in the older: no differences found within the melancholic subtype. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26: 615-621.
3. Riva-Posse P, Hermida AP, McDonald WM. The role of electroconvulsive and neuromodulation therapies in the treatment of geriatric depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2013; 36(4): 607-630.
4. Hermida A, Glass O, Shafi H, McDonald M. Electroconvulsive Therapy in Depression. *Current Practice and Future Direction.* *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Sep; 41(3): 341-353.
5. Llesuy JR, Medina M, Jacobson KC, Cooper JJ. Catatonia Under-Diagnosis in the General Hospital. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2018 Spring; 30(2): 145-151.
6. Takata T, Takaoka K, Fujigaki M. Catatonia in the Elderly. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 2005; 9(4): 230-237.
7. Serra-Mestres J, Jaimes-Albornoz W. Recognizing Catatonia in Medically Hospitalized Older Adults: Why It Matters. *Geriatrics (Basel).* 2018; 3(3): 37.
8. Walther S, Strik W. Catatonia. *CNS Spectrums.* 2016; 21: 341-348.
9. Rogers J, Pollak T, Blackman G, David A. Catatonia and the immune system: A review. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 620-630.
10. Jaimes-Albornoz W, Serra-Mestres J. Prevalence and clinical correlations of catatonia in older adults referred to a liaison psychiatry service in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 Sep-Oct; 35(5): 512-516.
11. Rogers J, Oldham M, Fricchione G, Northoff G, Willson J, Mann S, Francis A, Wieck A, Wachtel L, Lewis G, Grover S, Hirjak D, Ahuja N, Zandi M, Young A, Fone K, Andrews S, Kessler D, Saifee T, Gee S, Baldwin D, David A. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2023; 37(4): 327-369.
12. Pelzer A, van der Heijden F, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 317-326.