



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Catatonía y delirium: síndromes que pueden confluir en el paciente neuropsiquiátrico[☆]



Andrés Felipe Pérez-González^{a,*}, Mariana Espinola-Nadurille^b
y Jesús Ramírez-Bermúdez^c

^a IPS Universitaria Clínica León XIII, Medellín, Colombia

^b Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, MVS, Ciudad de México, México

^c Unidad de Neuropsiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, MVS, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de abril de 2017

Aceptado el 6 de mayo de 2017

On-line el 17 de junio de 2017

Palabras clave:

Catatonía
Delirium
Clínica
Desenlace
Tratamiento

RESUMEN

Introducción: La catatonía y el delirium son 2 síndromes diferentes e independientes. La catatonía es un síndrome psicomotor asociado a una variedad de enfermedades de diferentes causas médicas y está caracterizado por ausencia de actividad, inducción de posturas pasivas contra gravedad, la oposición o ausencia de respuesta ante estímulos externos, flexibilidad cética, estereotipias, manierismos y ecofenómenos, entre otros. El delirium se caracteriza por alteraciones de la conciencia y cognitivas, principalmente atención y orientación, habitualmente de aparición aguda, que tiende a fluctuar durante el día y con evidencia de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad, una intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia. A pesar de las diferencias y que las clasificaciones excluyen la posibilidad de que estos síndromes puedan presentarse juntos, varios reportes de casos y estudios en grupos de pacientes han planteado que pueden darse las 2 condiciones conjuntamente.

Material y métodos: En el presente estudio se detectó a 16 pacientes hospitalizados en quienes concomitaban ambos síndromes, identificados mediante la escala *Delirium rating scale-R* (DRS-98) y la escala de Bush y Francis de Catatonía (BFCRS).

Resultados: Se siguió el desenlace durante la hospitalización y su condición clínica al egreso. Estos pacientes en su mayoría tenían diagnósticos neurológicos, tuvieron una hospitalización larga, requirieron tratamiento con antipsicóticos y benzodiacepinas y sufrieron frecuentes complicaciones.

Conclusiones: Catatonía y delirium son síndromes que pueden presentarse al mismo tiempo, lo que lleva a que los pacientes tengan peor desenlace y mayor riesgo de complicaciones.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] El artículo se extrae de la tesis «Catatonía y delirium en pacientes neuropsiquiátricos: frecuencia, fenomenología y desenlace clínico», presentada para optar al título en Neuropsiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la ciudad de México en el año 2015.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: perandres@gmail.com (A.F. Pérez-González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.009>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Catatonía and Delirium: Syndromes that may Converge in the Neuropsychiatric Patient

A B S T R A C T

Keywords:

Catatonía
Delirium
Symptoms
Outcome
Treatment

Introduction: Catatonía and delirium are two different and independent syndromes. Catatonía is a psychomotor syndrome associated with a variety of diseases of different medical causes and is characterised by lack of activity, induction of passive postures against gravity, opposition or absence of response to external stimuli, waxy flexibility, stereotypies, mannerisms and echophenomena. Delirium is characterised by consciousness and cognitive alterations, mainly attention and orientation and usually of acute onset, which tend to fluctuate during the day and with evidence that the alteration is a direct physiological consequence of a disease, intoxication or substance withdrawal. Despite the differences and the fact that the classifications exclude the possibility that these syndromes may manifest together, several case reports and studies in groups of patients have postulated that the two conditions can occur together.

Material and methods: In this study we identified 16 hospitalised patients who experienced both syndromes at the same time as confirmed by the Delirium Rating Scale-Revised (DRS-98) and the Bush-Francis Catatonía Rating Scale (BFCRS).

Results: Patient outcome was followed during hospitalisation and the patients' clinical condition upon discharge. These patients had mostly neurological diagnoses, long hospital stays, required treatment with antipsychotics and benzodiazepines and had frequent complications.

Conclusions: Catatonía and delirium are syndromes that can present at the same time, resulting in worse patient outcome and an increased risk of complications.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico psicomotor con una combinación de síntomas mentales, motores, conductuales y autonómicos que se observa en enfermedades psiquiátricas, neurológicas y de otros tipos médicos, así como tras la administración de algunos fármacos¹. Es un diagnóstico sindrómico de una variedad de trastornos de movimientos y conductas anormales, como estereotipias, manierismos, flexibilidad cerea, enlentecimiento psicomotor y escasa reactividad al medio, y también conductas complejas como obediencia automática, ecolalia, ecopraxia, verbigeración, mutismo y negativismo.

El delirium es un síndrome neurocognitivo generalmente de inicio abrupto y curso fluctuante, con síntomas cognitivos prominentes que incluyen deterioro de la atención y la conciencia, así como otros posibles déficit de memoria, orientación, lenguaje, habilidades visuoespaciales y percepción. Requiere probar que la alteración es una consecuencia directa de otra condición médica o la exposición a una sustancia que haya producido toxicidad². En el delirium, además de los cambios cognitivos, se puede observar alteraciones psicomotoras como: hipoactividad, hiperactividad, incremento o disminución en la producción del lenguaje, incremento del tiempo de reacción, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, agresividad o combatividad.

La catatonía es un síndrome inespecífico asociado a condiciones como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, las

encefalitis virales o autoinmunitarias, la epilepsia, los accidentes cerebrovasculares y los medicamentos neurolépticos, entre otros³. Actualmente el diagnóstico de catatonía sigue siendo clínico. Con el fin de mejorar la identificación del síndrome, se han elaborado diversos instrumentos diagnósticos que evalúan la catatonía de manera estandarizada. El instrumento más utilizado es la escala de Catatonía de Bush Francis (BFCRS), que es de gran ayuda debido a que en la evaluación de la catatonía el error más frecuente es la omisión: no realizar la evaluación por la falsa creencia de que, para que un paciente tenga catatonía, se debe observar mutismo, inmovilidad y adopción de alguna postura extraña. Los síntomas catatónicos pueden persistir a lo largo del día, pero también pueden ser fluctuantes. El estupor puede intercalarse con la excitación, y en ocasiones su asociación con síntomas afectivos y psicóticos floridos que acaparan la atención del examinador pueden desviar la atención de los síntomas motores y enmascarar el síndrome catatónico.

Las causas del delirium son múltiples y pueden incluir exposición a un tóxico o un agente infeccioso, trastornos metabólicos o nutricionales, traumatismos, fiebre o convulsiones. La variedad de situaciones que causan estos estados confusionales es tanta que ha sido difícil establecer una sola vía fisiopatológica común⁴. El diagnóstico de delirium también se hace clínicamente con base en la información del expediente clínico, el examen físico y mental y la revisión de exámenes fisiológicos y de laboratorio. La característica más importante es un cambio agudo conductual o cognitivo respecto al basal del paciente, información que se puede obtener

de los familiares, los amigos o el equipo médico que evalúa el paciente. Hay muchas herramientas de cribado y diagnósticas disponibles para evaluar la presencia, la ausencia y la gravedad del delirium. Herramientas tales como la *Delirium Rating Scale-R* (DRS-98) es en general más válida cuando lo usan expertos clínicos o evaluadores entrenados². Es común que haya fluctuaciones en la gravedad de los síntomas y en el nivel de alerta, lo que puede hacer que el cuadro clínico cambie durante el día y cause confusión en el diagnóstico. Los síntomas casi siempre son peores en la tarde y en la noche.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un método terapéutico muy seguro y eficaz para la catatonia, y se ha descrito como el mejor tratamiento para este síndrome⁵. Las benzodiacepinas también han mostrado eficacia a corto plazo. En los casos en que no hay respuesta a las benzodiacepinas, está indicada la TEC de no haber contraindicaciones para su uso. También se ha recomendado el uso concomitante de ambas terapias, debido a sus sinergias⁶. Es importante enfatizar que, para la catatonia maligna (CM) o el síndrome neuroléptico maligno (SNM), la TEC es de primera elección. Los agentes dopaminérgicos como la bromocriptina y la amantadina se han utilizado eficazmente en SNM y son de elección cuando la TEC puede implicar mayores riesgos para el paciente⁷.

El tratamiento del delirium es la corrección de la causa médica que lo está causando. Las intervenciones farmacológicas para el manejo sintomático se realizan para el manejo de la agresividad, agitación, inquietud motora, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, alteraciones sensorio-perceptivas, delirios, labilidad afectiva y para alterar el curso del delirium. Los medicamentos que se han mostrado más costo-efectivos y mejores clínicamente son los antipsicóticos, considerados el estándar de tratamiento⁸. Por su alta potencia, bajo riesgo de sedación, pérdida de metabolitos activos y variedad de presentaciones, el haloperidol es el medicamento preferido⁸. Otros estudios en general han encontrado que los antipsicóticos atípicos son tan efectivos como el haloperidol para el tratamiento sintomático⁸. No se ha demostrado la utilidad de las benzodiacepinas e incluso pueden estar contraindicadas en el delirium, ya que pueden empeorar la confusión. Se reservan solo para casos de abstinencia de alcohol o de las propias benzodiacepinas o cuando el paciente requiera sedación intensa o los antipsicóticos estén contraindicados.

Las clasificaciones actuales señalan que las 2 entidades son mutuamente excluyentes. Los criterios de catatonia señalan que no puede darse en el contexto de delirium. Sin embargo, la clasificación de los subtipos de delirium tiene que ver con conductas motoras y dan lugar a los tipos hipoactivo, hiperactivo o mixto. Algunos de los síntomas presentan solapamiento con el síndrome catatónico, como la agitación, el negativismo, la letargia, el retraimiento y la postura fija, entre otros, por la cual es importante explorar con más detalle la relación entre ambos síndromes. Este trabajo pretende estudiar a pacientes con ambos síndromes (catatonia y delirium) y evaluar el desenlace mientras los pacientes permanecieron hospitalizados. El mejor conocimiento de la relación entre estos 2 síndromes es importante para delimitar mejor los criterios entre una y otra, abrir la puerta a nuevas clasificaciones y mejorar el diagnóstico y tratamiento farmacológico de ambas entidades.

Material y métodos

Se seleccionó a todos los pacientes con diagnóstico tanto de catatonia como de delirium atendidos en el Servicio de Hospitalización del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre de 2014. El muestreo fue de tipo no probabilístico de casos consecutivos. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con enfermedad neurológica o psiquiátrica atendidos en el INNN entre abril y septiembre del 2014, diagnóstico de catatonia según la escala *Bush and Francis catatonia rating scale* (BFCRS), con 4 puntos en la subescala de diagnóstico, y diagnóstico de delirium según una DRS-R-98 completa ≥ 18 puntos. Médicos psiquiatras entrenados para ello aplicaron las escalas. Además se revisó con detalle las historias clínicas de ingreso de los pacientes y se descartó que los síntomas se explicaran por otros síndromes u otras razones médicas.

Los criterios de exclusión fueron: estado vegetativo persistente, estado apático, mutismo acinético, estado de mínima conciencia y presencia de otras enfermedades neurológicas que explicaran mejor el cuadro clínico. Se entregó a todos los familiares responsables del paciente un consentimiento informado aceptando participar en la investigación. Previamente el estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 20. Se realizó prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución de las variables numéricas.

Se dio seguimiento a los pacientes durante la hospitalización aplicándoles repetidamente ambas escalas para conocer la evolución, y se registraron el número de días que permanecieron hospitalizados, los medicamentos que requirieron, las complicaciones y el estado clínico al egreso.

Resultados

En total, 16 pacientes tenían ambos síndromes. En la [tabla 1](#) se detallan las características demográficas de estos pacientes. La mayoría de los pacientes eran jóvenes, con una media de edad de 31,56 años. Casi todos eran varones, solteros y de estrato socioeconómico 1 o 2.

La mayoría de las causas de la catatonia y el delirium eran neurológicas. Los diagnósticos de los pacientes se resumen en la [tabla 2](#). La [tabla 3](#) muestra las complicaciones que se presentaron en este grupo de pacientes.

En cuanto a la estancia hospitalaria, estuvo entre 13 y 76 días. El 75% de los pacientes tuvieron al menos 32 días de hospitalización. Las [tablas 4 y 5](#) muestran otros desenlaces de los síntomas y el tratamiento. Todos los pacientes requirieron para el tratamiento tanto benzodiacepinas como antipsicóticos e incluso algunos recibieron estimulantes. Solo 1 paciente requirió TEC y 5 requirieron plasmaféresis.

El 75% de los pacientes presentaron entre 5 y 10 ítems de la BFCRS. Los más frecuentes fueron estupor o inmovilidad, 16 (100%); rigidez, 14 (87,5%), y mutismo, mirada fija y postura/cataplexia, 13 (82,5%). En la escala de delirium DRS-98, el 50% de los pacientes obtuvieron entre 18 y 27 puntos, y el máximo fue 36. Se presentaron con más frecuencia (100%)

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de catatonia y de delirium

Variable	Pacientes, n (%)
Sexo	
Varones	14 (87,5)
Mujeres	2 (12,5)
Estado civil	
Soltero	10 (62,5)
Casado	5 (31,3)
Separado	1 (6,3)
Nivel socioeconómico	
Estrato 1	5 (31,3)
Estrato 2	8 (50,0)
Estrato 3	3 (18,8)
Escolaridad	
Analfabetos	1 (6,3)
Primaria incompleta	2 (12,5)
Primaria completa	1 (6,3)
Secundaria incompleta	2 (12,5)
Secundaria completa	2 (12,5)
Educación media superior	5 (31,3)
Educación superior	3 (18,8)

Tabla 2 – Diagnósticos neurológicos de los pacientes con catatonia y delirium

Diagnóstico	Pacientes, n (%)
Catatonia maligna por neurolepticos	1 (6,2)
Epilepsia	1 (6,2)
Encefalitis de posible etiología viral	12 (75,0)
Tuberculosis del sistema nervioso central	1 (6,2)
Síndrome paraneoplásico	1 (6,2)

Tabla 3 – Complicaciones ocurridas a los pacientes con catatonia y delirium durante la hospitalización

Complicación	Pacientes, n (%)
Crisis epilépticas	8 (50,0)
Neumonía	4 (25,0)
Desnutrición	1 (6,3)
Desequilibrio hidroelectrolítico	2 (12,5)
Sepsis	2 (12,5)
Vasculitis cerebral	3 (18,8)
Necesidad de asistencia ventilatoria	1 (6,3)

Tabla 4 – Desenlace durante la hospitalización de los pacientes con catatonia y delirium

Días con síntomas catatónicos	16 ± 12,22 (3-54)
Días con síntomas de delirium	15,44 ± 6,36 (6-27)
Días con tratamiento farmacológico para delirium	24,38 ± 15,23 (10-75)
Días con tratamiento farmacológico para catatonia	22,50 ± 16,79 (3-75)
Días con benzodiacepinas	20,19 ± 16,94 (3-75)
Días con antipsicótico	24,25 ± 15,29 (10-75)
Días con estimulante	7,25 ± 8,76 (0-30)
Número de medicamentos usados para tratamiento de catatonia o delirium	2,56 ± 0,63 (2-4)
Los valores expresan media ± desviación estándar (intervalo).	

Tabla 5 – Otros desenlaces durante la hospitalización de los pacientes con catatonia y delirium

Desenlace	Pacientes, n (%)
Remisión de catatonia o delirium al egreso	16 (100)
Historia de catatonia o delirium	2 (12,5)
Tratamiento con benzodiacepinas	16 (100)
Tratamiento con antipsicótico	16 (100)
Tratamiento con estimulantes	8 (50,0)
Terapia electroconvulsiva	1 (6,3)
Tratamiento con plasmáferesis	5 (31,3)

alteración del ritmo circadiano, enlentecimiento psicomotor, desorientación, alteraciones en memoria a corto y largo plazo e inicio precoz de los síntomas.

Discusión

En cuanto a las variables sociodemográficas hubo predominio de varones. Un estudio⁹ que comparó delirium y catatonia también reportó un porcentaje similar de distribución por sexos, y los varones eran el 73,7% de la muestra.

No se presentaron diferencias importantes en otras variables sociodemográficas. La gran mayoría de los pacientes eran de estado civil soltero o casado, se encontraban en el nivel socioeconómico 1 o 2 y su educación estaba entre superior y media superior.

En cuanto al diagnóstico, predominaban los cuadros neurológicos, entre los que sobresalía la encefalitis. Aunque en el estudio de Grover et al.⁹ de pacientes con delirium catatónico no se especifica cuáles fueron los diagnósticos de los pacientes, se excluyó a los pacientes que tuvieran antecedentes de esquizofrenia o trastornos afectivos, lo cual hace sospechar que todo el grupo de pacientes en ese estudio tenía enfermedades médicas no psiquiátricas, incluido el 12,7% que tenía catatonia según el DSM-5. Este tipo de resultados puede abrir la puerta al debate sobre la necesidad de modificar los criterios de la catatonia debida a condición médica general, que hasta el momento no se puede diagnosticar si se presenta exclusivamente durante un episodio de delirium¹⁴.

Estos pacientes sufrieron complicaciones en más del 80% de los casos. Varios estudios han dado evidencia sobre la morbilidad asociada con la catatonia, ya sea de origen neurológico o de otra causa¹⁶. En este caso se plantea la hipótesis de que tuvieron mayores complicaciones los pacientes con ambos diagnósticos por los cuadros neurológicos que sufrían, entre ellos encefalitis, epilepsia y meningoencefalitis.

En cuanto al desenlace de la estancia hospitalaria, en términos generales se observó que este grupo de pacientes tenían largas estancias hospitalarias, la mayoría de los días con ambos síndromes, y tratamiento prolongados con antipsicóticos y benzodiacepinas. En el estudio de Grover et al.⁹ hubo correlación entre la gravedad de los síntomas de la BFCRS y la puntuación total de la DRS-98. Algunos estudios plantean que los pacientes con diagnóstico de catatonia asociada con condiciones médicas generales tienen peores morbilidad y pronóstico que los pacientes con catatonia relacionada con trastornos psiquiátricos como el afectivo bipolar o la esquizofrenia⁹. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes con ambos síndromes sufrían cuadros neurológicos, lo que

concordaría con la literatura y podría explicar sus estancias más largas y la mayor persistencia de los síntomas.

El 100% de los pacientes con catatonia acompañada de delirium recibieron tratamiento con benzodiacepinas, lo cual concuerda con muchas de las recomendaciones sobre el tratamiento de esta entidad^{10,11}. Para muchos autores, cumplen la más importante función en el tratamiento de la catatonia¹¹, y la buena respuesta tiene relación con el sistema GABA y la disminución significativa de receptores en comparación con sujetos de control¹⁰. Sin embargo, otros han planteado que no siempre hay buena respuesta a las benzodiacepinas argumentando que no siempre es el sistema GABA el que está implicado, sino también otros, como en el caso de los pacientes esquizofrénicos, en quienes puede predominar una disfunción dopaminérgica¹².

Todos los pacientes recibieron también antipsicóticos. La indicación en los casos de catatonia es evitarlos, por el riesgo de que puedan causar síndrome neuroléptico maligno¹⁰. En este caso el motivo de usar este tipo de medicamentos fue ayudar a reducir la morbilidad del delirium, ya que están indicados como primera línea en muchas de las guías terapéuticas¹¹.

También se usaron medicamentos estimulantes, que están indicados como adyuvantes para los pacientes con catatonia de subtipo inhibido o alteraciones volitivas. La recomendación es sobre todo de uso de dopaminérgicos para pacientes cuya catatonia tenga causa farmacológica o con síndrome neuroléptico maligno¹¹. Se han usado amantadina, dantroleno, bromocriptina y levodopa, con resultados satisfactorios; también hay reportes de casos con metilfenidato¹³.

Solo 1 paciente (6,2%) recibió TEC. Esta continua siendo el tratamiento de elección para la catatonia en muchos estudios¹², junto con las benzodiacepinas. Vale la pena resaltar que la catatonia, al igual que el delirium, es un síndrome cuya resolución depende de la resolución también de la causa de base.

En el estudio de Grover et al.⁹ ya se había observado que la mayoría de los pacientes con catatonia tenían delirium de tipo hipoactivo y mixto, mientras que los que no sufrían catatonia tenían con mayor frecuencia delirium hiperactivo. Aquí se encontraron similares resultados, ya que la gran mayoría de los pacientes con ambos diagnósticos puntuaron para delirium hipoactivo (81,2%) y los pacientes con solo delirium tenían, en su mayoría (43%), un subtipo de cuadro confusional hiperactivo.

En un estudio reciente¹³ que plantea un nuevo subtipo de delirium con características catatónicas, se analizaron 13 casos tomados de la literatura y 3 casos de pacientes que estudiaron los autores, y observaron que, según el DSM-IV, los síntomas en que más puntuaron los pacientes para catatonia fueron: mutismo (14), retraimiento (10), adopción de posturas (8), inmovilidad (8), mirada fija (7), negativismo (6) y rigidez (6). Aquí puede plantarse que puede haber un solapamiento entre ambos síndromes, ya que puede haber síntomas compartidos por el delirium de tipo hipoactivo y la catatonia. Fink et al.¹⁴ han advertido sobre el cuidado que debe tenerse de ciertos síntomas que podrían llevar a un diagnóstico de catatonia erróneo. Entre estos, el mutismo es un síntoma común de entidades neurológicas, el estupor puede explicarse por

fármacos con propiedades sedantes, estados posictales, eventos cerebrovasculares y la misma encefalitis. La rigidez puede estar presente en parkinsonismo por uso de antipsicóticos o por enfermedad de Parkinson, y conductas repetitivas como las estereotipias, las muecas o los tics pueden encontrarse en pacientes obsesivos compulsivos o con síndrome de Gilles de la Tourette. Por ello, en el análisis de los casos que compartan este tipo de diagnóstico, deben tomar peso síntomas «duros» como la flexibilidad cérica, la catalepsia, el *mitgehen*, el *gegenhalten* y la obediencia automática.

Existen pocos estudios que hayan comparado la catatonia con el delirium. Durante algún tiempo, expertos en el tema como los Dres. Taylor y Fink han propuesto que la catatonia se clasifique como un síndrome distinto¹⁵, identificable por su psicopatología, que puede definirse individualmente como el delirium o la demencia. Las clasificaciones actuales siguen considerándolo limitado a un subtipo de esquizofrenia o secundario a una condición médica. El reciente DSM-5 la clasifica en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y hace la referencia de que no lo reconoce como una clase independiente¹⁶. La CIE-10 la considera un tipo de esquizofrenia¹⁷.

Otra de las situaciones que se han presentado en las clasificaciones es que se considera que la catatonia es consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica y que los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirium¹⁸. Sin embargo, la fisiopatología de este síndrome aún no está del todo clara y parece implicar ciertas áreas críticas¹⁹; por otro lado, es frecuente ver a pacientes que cursan con síntomas de catatonia y al mismo tiempo síntomas de delirium. Esto ocurre sobre todo en los casos de catatonia maligna, en los que es difícil distinguir entre uno y otro síndrome⁷.

Algunos autores han planteado la posibilidad de que exista un tipo de delirium con características catatónicas, ya que algunos pacientes muestran varios síntomas motores catatónicos durante el periodo confusional agudo. Los signos que pueden asociarse con el delirium hipoactivo son inmovilidad, retraimiento, adopción de posturas por largo tiempo, mutismo y negativismo. Con el delirium hiperactivo se asocian impulsividad, manierismos, excitación motora y combatividad²⁰.

Francis et al.¹³ describieron a 16 pacientes que reunían criterios de delirium y catatonia concomitantes. Todos los pacientes reunían criterios diagnósticos de catatonia del DSM-IV, con un promedio de 5,5 (intervalo, 2-12) ítems. En varios casos los autores refieren que la catatonia se produjo por retirada de las benzodiacepinas y al volver a reiniciarlas se resolvió el cuadro. Entre los síntomas catatónicos, la mayoría de los 16 pacientes presentaban mutismo (14), retraimiento (10), postura fija (8), inmovilidad (8), mirada fija (7), negativismo (6), rigidez (6), estereotipias (5), excitación (4), gesticulaciones (4), verbigeración (4), flexibilidad cérica (2) y ecofenómenos (2).

Se han descrito varios reportes de casos de catatonia en el contexto de un delirium, que representan un reto tanto en la identificación como en el tratamiento, ya que el uso de benzodiacepinas y la TEC pueden empeorar el delirium. Ueda et al.²¹ describieron el caso de 1 paciente de 75 años sin antecedentes de enfermedad mental al que se había diagnosticado linfoma

y se hospitalizó para quimioterapia. Se le inició prednisolona 100 mg/día por vía intravenosa. Al quinto día del tratamiento con esteroides, el paciente comenzó a estar desorientado, se defecaba en el piso y se arrancó sus líquidos intravenosos y la sonda urinaria. Al siguiente día estaba quieto en su cama, mutista e inmóvil por largos periodos. Se le suspendió la prednisolona, pero el paciente seguía con pocos movimientos y rehusaba comer, tomar medicamentos y ser evaluado. También se observó que al hablar con otras personas pronunciaba repetidamente cantos en voz baja y presentaba rigidez cervical. La neuroimagen descartó alteraciones del sistema nervioso central. Un psiquiatra evaluó al paciente y decidió iniciar olanzapina bucodispersable 5 mg/día. Al siguiente día, el paciente comenzó a hablar espontáneamente y no rehusaba los alimentos, la medicación y las evaluaciones. Su orientación también mejoró. Con los días el paciente continuó mejor y sin recaídas. Los autores concluyen que, en algunos casos en que confluyen delirium y catatonia, se puede usar medicamentos como la olanzapina, que no solo bloquea los receptores D2, sino también es GABA-érgico.

Grover et al⁹ publicaron un estudio llevado a cabo en la sala de psiquiatría de un hospital de India, entre febrero y diciembre de 2012. Se evaluó a 205 pacientes con delirium diagnosticados con los criterios revisados del DSM-IV y DRS-98 > 18 puntos. La edad promedio de los participantes era 45 años, con escolaridad promedio de 8,4 años y predominio de varones. En la mayoría de los pacientes el delirium tuvo una duración ≤ 7 días. Se aplicó a todos los pacientes la BFCRS. El 82% de los pacientes tenían al menos 1 síntoma de catatonia y el 39%, al menos 2. De ellos, 69 cumplían criterios de catatonia, ya que puntuaban en 2 de los primeros 14 síntomas de la escala. También se les aplicaron los criterios de catatonia del DSM-5, y el 12,7% de los pacientes tenían al menos 3 de los 10 ítems que cumplen los criterios de la entidad. Entre los pacientes que puntuaron para catatonia en la BFCRS, predominó el subtipo de delirium hipoactivo o mixto y se observó una mayor prevalencia de los ítems de alteraciones perceptuales y retardo motor en la DRS-98 y agitación motora y retardo motor en la BFCRS. En cuanto a los pacientes que puntuaron para catatonia en el DSM-5, también presentaron con mayor frecuencia subtipos de delirium hipoactivo y mixto. En ese estudio exploratorio, los autores concluyen que la catatonia y el delirium no son entidades excluyentes y que, sobre todo en el subtipo hipoactivo, se puede observar el solapamiento con ciertos síntomas como inmovilidad, estupor, mutismo, negativismo, combatividad, retraimiento, mirada fija, excitación e impulsividad.

Conclusiones

A pesar de que la catatonia y el delirium son síndromes muy diferentes en cuanto a su fisiopatología y son independientes, pueden presentarse conjuntamente en algunos pacientes. En general, la concurrencia de estas enfermedades lleva a que los pacientes tengan peor desenlace y mayor número de complicaciones médicas. Estos casos suelen verse en condiciones principalmente de tipo neurológico, y no de tipo psiquiátrico.

En el caso de que se presenten ambas condiciones concomitantemente, es importante centrarse en los síntomas

«duros», como flexibilidad cética, catalepsia, *mitgehen* o *gegenhalten*, para evitar confusiones entre el delirium hipoactivo y la catatonia.

Responsabilidades éticas del artículo que se envía

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. No aparecen nombres de los pacientes, ni sus iniciales, ni los números de historia clínica, ni cualquier dato que permita su identificación.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walther S, Strik W. Catatonia. *CNS Spectr*. 2016;21:341-8.
2. Neufeld KJ, Thomas C. Delirium: definition, epidemiology, and diagnosis. *J Clin Neurophysiol*. 2013;30:438-42.
3. Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World J Psychiatry*. 2016;6:391-8.
4. Neufeld KJ, Thomas C. Delirium: definition, epidemiology, and diagnosis. *J Clin Neurophysiol*. 2013;30:438-42.
5. Kellam AM. The neuroleptic malignant syndrome, so-called. A survey of the world literature. *Br J Psychiatry*. 1987;150:752-9.
6. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A, Catatonia II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:137-43.
7. Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. *Med Clin North Am*. 1993;77:185-202.
8. Kostas TRM, Zimmerman KM, Rudolph JL. Improving delirium care: prevention, monitoring, and assessment. *Neurohospitalist*. 2013;3:194-202.
9. Grover S, Ghosh A, Ghormode D. Do patients of delirium have catatonic features? An exploratory study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;68:644-51.
10. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *J Neural Transm (Vienna)*. 2002;109:1453-67.
11. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. London: Cambridge University Press; 2006.
12. Grover S, Kate N, Gupta G. Use of electroconvulsive therapy in an adolescent patient with catatonia. *Indian J Psychol Med*. 2014;36:195-7.
13. Delirium with catatonic features: a new subtype? *Psychiatric Times* [Internet]. 2009 [citado 17 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/delirium-catatonic-features-new-subtype>
14. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1233-41.

-
15. Fink M, Taylor MA, Fink Drs. Taylor reply. *Am J Psychiatry*. 2007;164:525.
 16. DSM 5. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
 17. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
 18. Ahuja N. Organic catatonia: a review. *Indian J Psychiatry*. 2000;42:327-46.
 19. Bartolommei N, Lattanzi L, Callari A, Cosentino L, Luchini F, Mauri M. Catatonia: a critical review and therapeutic recommendations. *J Psychopathol*. 2012;18:234-46.
 20. Upadhyaya SK, Pathania M, Sharma A. Multiple-etiology delirium and catatonia in an alcoholic with tubercular meningoencephalitis. *Ind Psychiatry J*. 2011;20:139-41.
 21. Ueda S, Takeuchi J, Okubo Y. Successful use of olanzapine for catatonia following delirium. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:465.