

Síndrome de Cotard, Catatonia y Depresión en Adulto Mayor

Cotard Syndrome, Catatonia and Depression in Older Adults.

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0230>

Yadira Marisol Gómez Pachacama¹
<https://orcid.org/0009-0006-3436-228X>
yadimarisol15@hotmail.com

Cristina Gabriela Villa Lema¹
<https://orcid.org/0009-0003-3815-3731>
crisgabyvl@gmail.com

Carlos Daniel Solano de la Sala Meneses¹
<https://orcid.org/0000-0002-0972-1096>
daniels92@hotmail.com

José Lenin Quiñonez Gómez^{1*}
<https://orcid.org/0009-0004-3399-7772>
lenin.quinonez@haiam.gob.ec

Recibido: 12/12/2023

Aceptado: 22/03/2024

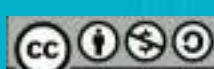
RESUMEN

Introducción: El síndrome de Cotard, se la considera como una condición neuropsiquiátrica muy poco frecuente que expresa la negación del paciente hacia su propia existencia, incluso hacia el medio externo que lo rodea. La catatonia es una condición compleja con presentaciones variables y que está asociado con múltiples trastornos, que pueden hacer que el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento sean un proceso desafiante para los profesionales de la salud. **Objetivo:** Determinar diagnóstico del síndrome de Cotard, Catatonia y Depresión en Adulto Mayor. **Materiales y métodos:** El presente relato de caso se refiere a un paciente bajo la atención del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, posterior a lo cual se realizó una revisión bibliográfica acerca de Síndrome de Cotard, Catatonía, Depresión y reportes de caso, obteniendo el debido consentimiento informado para garantizar la confidencialidad y la protección de la información personal de la paciente. **Resultados:** Los síntomas catatónicos a menudo se asocian con diversos trastornos psicológicos y neurológicos, incluyendo esquizofrenia, síndrome neuroléptico maligno, entre otros. La asociación de trastornos afectivos de tipo depresivo junto con síntomas psicóticos como la ideación nihilista descrita dentro del Síndrome de Cotard y su progresión a un cuadro de Catatonia es un caso poco frecuente por su falta de reportes de caso debido a la falta de criterios clínicos definitivos e instrumentos para evaluar el síndrome. **Conclusión:** La intervención oportuna de la catatonia se vuelve vital para prevenir cualquier morbilidad a largo plazo. Los médicos deben mantener un alto nivel de sospecha al momento de realizar la historia clínica y evolución cronológica de los síntomas

Palabras clave: Síndrome de Cotard, Catatonia y Depresión en Adulto Mayor, Modafinilo.

Palabras claves:

1. Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, Quito- Ecuador
- * Autor de correspondencia: lenin.quinonez@haiam.gob.ec



ABSTRACT

Introduction: Cotard syndrome is considered a very rare neuropsychiatric condition that expresses the patient's denial of his own existence, even of the external environment that surrounds him. Catatonia is a complex condition with variable presentations and is associated with multiple disorders, which can make recognition, diagnosis and treatment a challenging process for healthcare professionals. **Objective:** Determine diagnosis of Cotard syndrome, Catatonia and Depression in Older Adults.

Materials and methods: This case report refers to a patient under the care of the Psychiatry Service of the Hospital for Comprehensive Care of the Elderly, after which a bibliographic review was carried out about Cotard Syndrome, Catatonia, Depression and reports case, obtaining the appropriate informed consent to guarantee the confidentiality and protection of the patient's personal information. **Results:** Catatonic symptoms are often associated with various psychological and neurological disorders, including schizophrenia, neuroleptic malignant syndrome, among others. The association of depressive-type affective disorders together with psychotic symptoms such as the nihilistic ideation described within Cotard Syndrome and its progression to Catatonia is a rare case due to the lack of case reports due to the lack of definitive clinical criteria. and instruments to evaluate the syndrome. **Conclusion:** Timely intervention of catatonia becomes vital to prevent any long-term morbidity. Doctors must maintain a high level of suspicion when taking the clinical history and chronological evolution of symptoms.

Keywords: Cotard Syndrome, Catatonia and Depression in Older Adults, Modafinil.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Cotard, es considerado como una condición neuropsiquiátrica muy poco frecuente que expresa la negación del paciente hacia su propia existencia, incluso hacia el medio externo que lo rodea. Con respecto a la Catatonía es también un cuadro neuropsiquiátrico, caracterizado por un síndrome de componente psicomotor en el que se presenta un subtipo con inhibición “inhibido” y otro “excitado” con agitación psicomotriz. El primer subtipo “inhibido” es más frecuente, caracterizándose por inmovilidad, mutismo, mirada fija, rigidez. Se ha asociado la aparición del síndrome, especialmente en casos de trastornos del ánimo.

La catatonia es a menudo una presentación de ansiedad y depresión extremas. Su patogenia es aún inespecífica, aunque se ha estudiado el papel de los sistemas de neurotransmisión gabaérgico y glutamatérgico. La aparición de un Síndrome Catatónico junto al Síndrome de Cotard es aún más infrecuente, y son escasos los reportes de caso que documentan esta presentación conjunta. Aún no se ha aclarado la relación entre ambos síndromes, aunque varios autores han expuesto la hipótesis de vías neurobiológicas compartidas y otros han sostenido, la aparición de síntomas catatónicos, como presentación de la progresión del Síndrome de Cotard.

El síndrome de Cotard, se considera una condición neuropsiquiátrica muy poco frecuente que expresa la negación del paciente hacia partes de su cuerpo, e incluso de su cuerpo en su totalidad; en el cual el principal síntoma, es la presencia de una idea delirante de tipo nihilístico. Cuando el cuadro se logra estructurar totalmente, conduce

al paciente a la negación del paciente hacia su propia existencia, incluso hacia el medio externo que lo rodea (1).

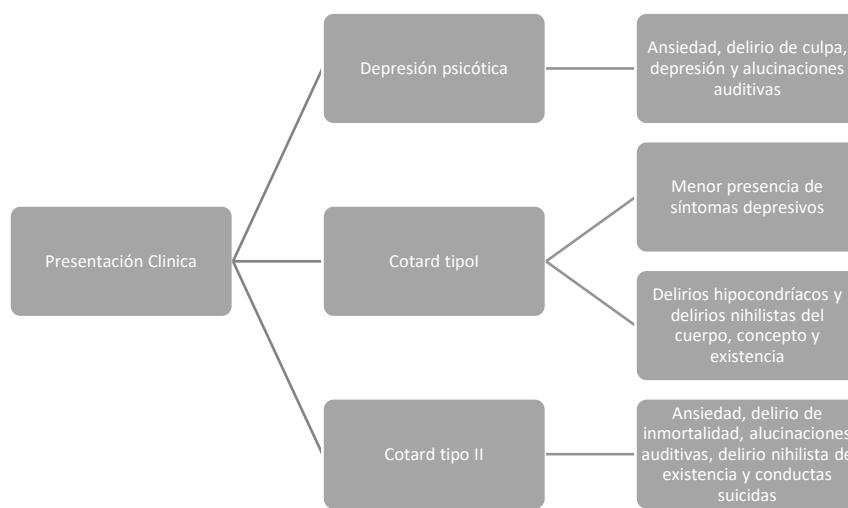
El síndrome de Cotard ha sido descrito predominantemente en los grupos etáreos entre los 16 y los 81 años; a pesar de que la mayoría de los casos se presentan en la edad adulta media. La impresión clínica indica que su presentación se da mayoritariamente en las mujeres con respecto a los hombres (1).

Se encuentra relacionada a una gran variedad de problemas neurológicos, así como hemorragia subdural, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular isquémica, epilepsia o atrofia de la corteza insular, y en estos casos no siempre se presenta la vinculación con síntomas afectivos como ansiedad, agitación, depresión y suicidio; igualmente con respecto a diversos trastornos psiquiátricos, como trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo o esquizofrenia. La manifestación de síntomas catatónicos en el Síndrome de Cotard clásicamente ha sido caracterizada, como poco frecuente. Sin embargo, esta coexistencia, pudiera ser más prevalente de lo que se indica en la literatura (3).

La asociación con depresión fue reportada en 89% de los casos; las ideas delirantes más frecuentes fueron las ideas nihilísticas relacionadas con el cuerpo, en 86% de los casos; las relacionadas con la existencia son del 69%; la existencia de ansiedad se presentaba en 65% de los casos; y las ideas de culpa, en el 63%. Continuaban, en su orden, los delirios hipocondriacos, en el 58% de los casos, y los delirios de inmortalidad, en el 55% (1).

Figura 1.

Tipos de presentación de Síndrome de Cotard y sus principales características clínicas de presentación.



El síndrome de Cotard expone en su cuadro, dos tipos de delirio, Tipo 1 (delirio de negación), el cual se manifiesta, la negación de la existencia de diversas partes del cuerpo del paciente, la negación de su propia existencia, incluso del medio externo que

lo rodea. Y puede finalizar, en el tipo 2 (Delirio de enormidad), caracterizado por ideas de inmortalidad e inmensidad. (2)

Establecida la característica principal del síndrome, que consiste en la negación de la propia existencia, este puede estar asociado con eventos neurológicos en los que existe un compromiso de la imagen corporal o de un síndrome de negación, que podría vincularse con lesiones del lóbulo parietal, sin embargo, no se ha documentado una patología parietal evidente. Desde el punto de vista psicodinámico, se describe que el delirio de negación emerge del deseo de muerte inherente en el inconsciente.

El debate con el síndrome de Cotard, es sí existe la condición solo como un síndrome, un síntoma de otra enfermedad mental, o es una enfermedad específica y esto se confirma con que el síndrome de Cotard no posee por sí mismo, una definición como tal, en el DSM V ni en el CIE10.

El pronóstico del Síndrome de Cotard es reservado. La recuperación total de un paciente puede ser rápida o gradual. A veces, cuando los síntomas depresivos están concomitantemente presentes en el cuadro, puede ocurrir que estos síntomas se resuelvan, pero las ideas delirantes permanezcan. Si el cuadro forma parte de una enfermedad esquizofrénica, el cuadro se resolverá en la medida, en que los otros síntomas psicóticos, también se vayan resolviendo.

Catatonía

La catatonía es un síndrome que se ha asociado con varios trastornos de enfermedades mentales pero que también se presenta en otras condiciones médicas. Constituye un grupo de síntomas que implican falta de movimiento y falta de comunicación, puede ir acompañado de agitación, confusión e inquietud. Es un síndrome psicomotor complejo que anteriormente se consideraba un subtipo de esquizofrenia; sin embargo, con cambios implementados en el DSM-5, ahora puede clasificarse como derivado de otros trastornos de salud mental, incluyendo trastornos psicóticos breves, esquizofreniformes y esquizoafectivos, así como por uso de sustancias (15). Varias condiciones médicas pueden enmascarar la catatonía, retrasando su tratamiento.

Se puede pensar que ocurre solo en esquizofrenia o manía. Es esencial identificar la catatonía desde el principio para que el tratamiento proteja al paciente de desarrollar más enfermedades y complicaciones. (10). Pacientes que desarrollan catatonía acompañados de inestabilidad autonómica aguda tiene un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad. (14).

Algunas condiciones médicas generales también pueden presentarse con síntomas catatónicos incluyen afecciones como hiponatremia, trombosis cerebrales, trasplante hepático, entre otros (9). Pacientes que utilizan benzodiazepinas o clozapina también están en riesgo de desarrollar catatonía después de la abstinencia a estos medicamentos. Se especula que el uso prolongado de estos fármacos aumenta la actividad del GABA y que la interrupción brusca puede a su vez aumentar la neurotransmisión excitatoria, lo que lleva a la catatonía. A pesar de esta reacción, las benzodiazepinas todavía se utilizan como la forma principal de tratamiento para la catatonía (12).

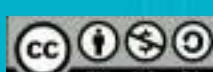
Los criterios diagnósticos para la catatonía en el DSM-5 requieren tres o más de los siguientes síntomas: estupor, catalepsia, flexibilidad cérea mutismo, negativismo, postura, gestos, estereotipia, agitación no influenciada por estímulos externos, muecas, ecolalia y ecopraxia. Estos criterios diagnósticos se aplican tanto a adultos como a niños, pero en niños, la catatonía a menudo presenta como resultado de condiciones somáticas o uso de sustancias (13). Hay algunas escalas de calificación de catatonía diferentes que se han desarrollado para detectar y monitorear la progresión de los síntomas durante un episodio, por ejemplo, la Escala de calificación de catatonía de Bush-Francis y la Escala de catatonía de Northoff (8).

En el caso clínico que se detalla posteriormente, se aplicó la Escala de Calificación de Catatonía de Bush-Francis, que es probablemente la escala clínica y científica más utilizada, es la primera escala estandarizada y cuantificable para el diagnóstico de la catatonía, que tiene 23 ítems y ha sido validada como herramienta de screening (en los que debe cumplirse 2 o más de los 14 primeros criterios).(6) Los primeros 14 ítems, describen los signos más comunes en la literatura (inmovilidad, estupor, mutismo, signos clásicos como flexibilidad cérea, manierismos y ecofenómenos) y se evalúan por su presencia o su ausencia (5). Presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad 75-100%. También le permite evaluar la gravedad del cuadro, en base a la puntuación total obtenida (los grados de severidad no están limitados a puntos de corte, sino que, a mayor puntuación en la escala, mayor severidad del cuadro). Se debe realizar conjuntamente una entrevista semiestructurada que nos permita evaluar los principales síntomas catatónicos. Cada ítem se define en detalle en la escala, al igual que el procedimiento para evaluarlo dentro de la entrevista clínica (6)

Figura 2.

Descripción de los ítems a evaluar de la Escala de Calificación de Catatonía de Bush-Francis; en el caso de nuestra paciente la puntuación total fue de 10/23 puntos que fue compatible con una catatonía moderada, puntuando en los siguientes ítems: mirada fija, gesticulación, rigidez, negativismo, flexibilidad cérea, impulsividad y ambitudencia.

Escala de Calificación de Catatonía de Bush-Francis	
1.	Excitación psicomotriz.
2.	Estupor.
3.	Mutismo.
4.	Mirada Fija.
5.	Postura/Catalepsia
6.	Gesticulación
7.	Ecolalia/ ecopraxia
8.	Estereotipia.
9.	Manierismos
10.	Verbigeraciones.
11.	Rigidez
12.	Negativismo.
13.	Flexibilidad cérea.
14.	Retracción
15.	Impulsividad.
16.	Obediencia automática
17.	Mitgehen/“Lámpara de ángulo”
18.	Gegenhalten
19.	Ambitudencia
20.	Reflejo de prensión



- 21. Perseveración
- 22. Combatividad
- 23. Anormalidad autonómica

Todos los días se observó al paciente indirectamente para detectar otros síntomas de catatonía, incluido su nivel de actividad, movimientos y habla anormales, ecopraxia y ecolalia, rigidez, negativismo, flexibilidad cerosa, resistencia igual a la cantidad de presión aplicada), el paciente levanta la mano a la presión ligera), ambitudencia (expresión simultánea de acciones opuestas que lleva a una actividad contradictoria o a la parálisis de las acciones) obediencia automática y reflejos de agarre.

Figura 3.

Entrevista Semiestructurada que permite evaluar los principales síntomas catatónicos.

Entrevista Clínica

- Observar al paciente durante una conversación normal.
- Rascar la cabeza del paciente de manera exagerada mientras habla con él mismo para ver si copia el movimiento.
- Mover pasivamente el brazo del paciente para examinar el engranaje, variando la cantidad de fuerza proporcionada mientras le dice al paciente que mantenga su brazo suelto.
- Hacer que el paciente extienda su brazo y con un dedo aplique una ligera presión sobre su dedo índice mientras le dice al paciente: "No me deje levantar el brazo".
- Extienda su mano para un apretón de manos mientras le dice al paciente: "No me dé la mano".
- Meta la mano en tu bolsillo y dice: "Saca la lengua; Quiero meterle un alfiler".
- Compruebe el reflejo de prensión.
- Revise las ingestas orales, los signos vitales y cualquier instancia de agitación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente relato de caso se refiere a un paciente bajo la atención del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, posterior a lo cual se realizó una revisión bibliográfica acerca de Síndrome de Cotard, Catatonía, Depresión y reportes de caso, obteniendo el debido consentimiento informado para garantizar la confidencialidad y la protección de la información personal de la paciente. El objetivo es analizar la evolución y diagnóstico de Síndrome de Cotard asociado a catatonía, dentro de un cuadro de trastorno depresivo, así como el beneficio del uso de modafinilo como coadyuvante en el tratamiento antidepresivo mediante presentación de caso. Con la finalidad de aportar al conocimiento de esta comorbilidad y su manejo.

Caso Clínico

Paciente femenina de 79 años, con antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Paciente que desde hace más de un año presenta un cuadro afectivo caracterizado por síntomas depresivos compatibles con trastorno depresivo mayor, ánimo triste, labilidad emocional, llanto fácil, anhedonia, hipobulia, fantasías de muerte, hipomnesia anterógrada, estos síntomas se exacerbaron desde hace 3 meses por lo que en consulta de Geriatría se modifica esquema de psicofármacos con Sertralina 50 mg VO QD, Quetiapina 25 mg VO hora sueño, con lo que paciente se tornó somnolienta con falta de respuesta a estímulos externos. Así como cambios de humor, mayor tendencia a la irritabilidad hasta llegar en ocasiones a la agresividad

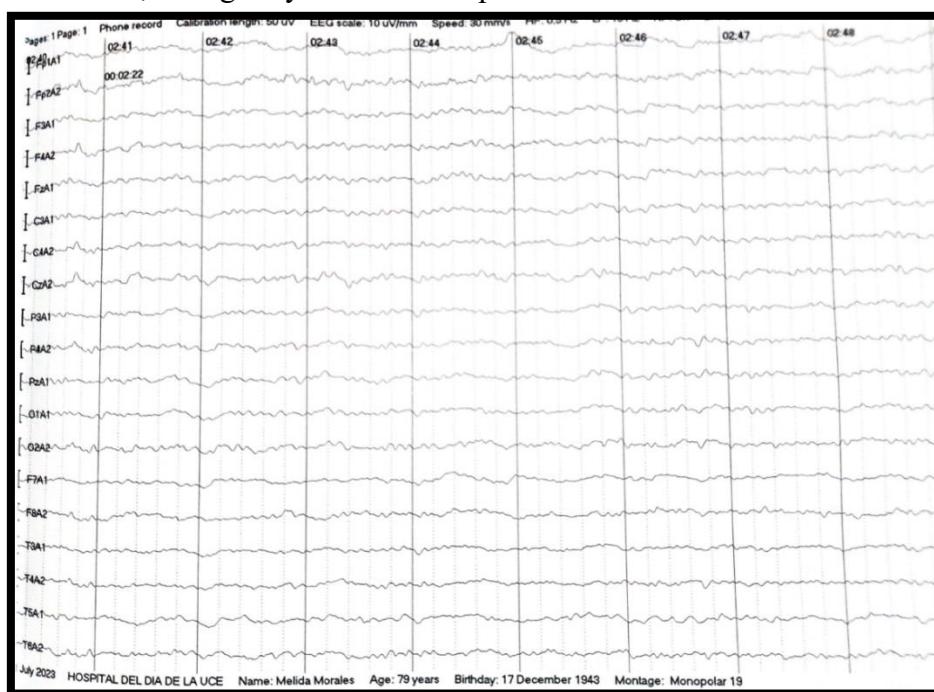
aumenta labilidad emocional hay respuesta parcial a la medicación. Por excesiva tendencia a la somnolencia diurna, así como a la hipoactividad, familiares difieren la medicación por disminución del estado de conciencia de paciente, así como abulia y negatividad a la alimentación.

Acuden a Emergencia donde se evidencia irritabilidad y agresividad, así como episodios de somnolencia por lo que se decide ingreso a hospitalización, donde se evidencio ideas nihilistas, así como presencia de síntomas de catatonia que se corrobora con la Escala de Busch-Francis donde paciente obtuvo 10/23 puntos compatible con catatonia moderada. Paciente recibió Benzodiazepinas con lo que aumenta somnolencia, persiste negatividad para alimentación, así como mutismo por lo que se decide aumento de dosis de Sertralina, así como uso de Risperidona y como coadyuvante modafinilo. Se realiza electroencefalograma para descartar causa neurológica donde no se evidencia hallazgos patológicos, ondas alfa y beta de trazo normal en vigilia y sueño.

Paciente con buena respuesta al uso de modafinilo, al 3er día de administrado, se evidencia mejoría en estado de conciencia, en mutismo, así como en alimentación, mejora su estado de ánimo por lo que se indica alta luego de 18 días de hospitalización, con tratamiento de Modafinilo 100 mg VO QD, Sertralina 200 mg VO QD, Risperidona 1mg/ ml 10 gotas AM y 40 Gotas PM y seguimiento ambulatorio por consulta externa. Donde se informa que paciente ha retomado actividades diarias, mejoría de energía y motivación, así como retoma actividades lúdicas. Paciente continúa en controles con evolución favorable.

Figura 4.

Trazado de electroencefalograma donde no se evidencia hallazgo de patología en ondas alfa ni beta, en vigilia y somnolencia presenta actividad de fondo normal.



RESULTADOS

Manejo y Tratamiento.

El manejo específico del síndrome de Cotard se centra, principalmente, en el tratamiento de la condición clínica de la que forma parte. Si el síndrome se presenta en el contexto de alguna entidad orgánica, el tratamiento será el de la condición subyacente que determinó el cuadro. Como se observa en pacientes con trastornos afectivos, los antidepresivos pueden ser eficaces; sin embargo, debido a la presencia de delirios, algunos autores han recomendado fuertemente la terapia electroconvulsiva incluso llegándola a plantear como el tratamiento de elección. (1)

Existen reportes de pacientes con depresión psicótica que desarrollaron un síndrome de Cotard en los cuales se utilizaron venlafaxina 225 mg/día y quetiapina 600 mg/día, similar a lo reportado en el presente caso, con lo que se evidenció una mejoría de los síntomas afectivos y delirantes luego de 2 semanas de tratamiento. La hospitalización debe ser considerada en el caso de síntomas afectivos intensos y delusiones, así como el inicio del tratamiento en base a antidepresivos y antipsicóticos. (2) Adicionalmente, algunos autores proponen agregar estabilizadores del humor, si los síntomas afectivos son muy intensos. Para otros investigadores, el tratamiento de elección es la terapia electroconvulsiva (ECT) (3).

Otras medidas a considerar en el manejo del síndrome de Cotard incluyen el seguimiento del paciente, para detectar las posibilidades de autoagresión y riesgo suicida, recomendación especial para pacientes con síntomas depresivos, y especialmente si se ha iniciado el tratamiento, debido a que el paciente en la fase de recuperación alcanza a recobrar su movilidad de una manera más activa (1).

Como se vio previamente la catatonía era un síndrome psicomotor que puede presentarse por diversas motivos, dentro de la esfera psiquiátrica pueden ser de índole afectivas o psicóticas, como por causas de origen clínico, infecciones, metabólicas y demás, en pacientes adultos mayores está aún poco estudiada, lo que puede provocar retraso en su diagnóstico junto con implementación tardía de tratamiento adecuado generando aumento del riesgo de complicaciones posteriores e incluso la muerte del paciente, entonces es de relevancia mencionar las estrategias disponibles de abordaje, para poder utilizarlas dentro del manejo clínico de pacientes que presenten el cuadro. Es de importancia además mencionar que aún en esta etapa de la vida los trastornos afectivos aparecen como componente causal, en especial cuando estos tienen antecedentes de difícil manejo por lo cual se inicia mencionando su línea de abordaje (16).

En el caso de adultos mayores los trastornos afectivos tienen como primera línea de manejo a los Inhibidores selectivos de recepción de serotonina y dentro de este grupo los fármacos con mejor evidencia de seguridad y eficacia están sertralina y citalopram, se recomienda que las terapias instauradas sean a dosis terapéuticas efectivas, con tiempo de espera adecuado de respuesta, si esta no se obtiene existen estrategias de mejoría de acción, así tenemos cambio a otro grupo farmacológico, combinación de dos grupos farmacológicos, uso y potenciación con fármacos no antidepresivos, este último ha sido visto como herramienta de apoyo en caso de depresión resistente al tratamiento

habitual o con síntomas refractarios, así pueden ser utilizados fármacos como antipsicóticos de segunda generación en especial quetiapina y aripiprazol, estabilizadores del ánimo como litio y hay reportes de caso de uso de modafinilo, un agente estimulante que inhibe al transportador de dopamina y norepinefrina a la vez que aumenta actividad serotoninérgica y glutamatérgica, este último se ha convertido en una molécula diana a la hora de pensar en coadyuvantes de trastornos afectivos de tipo depresivos, pues se ha identificado que genera una adecuada respuesta en relación a mejoría de síntomas residuales como fatiga y somnolencia junto con una respuesta más rápida al usarlo de manera concomitante viendo resultados hasta 1 semana después de iniciado el tratamiento (17-18).

Para el manejo de catatonía en el adulto mayor, se ha identificado como en otros grupos de edad, el beneficio del uso de benzodiacepinas logrando control sintomático de forma eficaz y rápida, alcanzando mejoría tras horas o pocos días del inicio del tratamiento, diversos estudios plantean como primera línea de manejo al lorazepam pues existen resultados de mejoría con independencia de causa de la sintomatología, este fármaco se encuentra dentro del grupo de benzodiacepinas de alta potencia con una vida media intermedia, las dosis iniciales identificadas como adecuadas oscilan entre 0,25 a 4mg por día, pudiendo llegar a dosis tope de 20 mg/día, sin embargo se recomienda seguimiento continuo durante su uso por el aumento de riesgo de depresión respiratoria, deterioro cognitivo y caídas, se recomienda además el uso a la mínima dosis efectiva, por tiempos cortos en dependencia de respuesta clínica, otras benzodiacepinas ha mostrado respuesta dentro de este grupo de pacientes, entre estas tenemos diazepam, alprazolam y midazolam, con menor evidencia se encuentra también clonazepam, ninguno con rango de dosis definida para estos casos (19).

En caso de contraindicación o falta de respuesta a benzodiacepinas la Terapia Electro convulsiva se encuentra como primera línea de manejo, es recomendada además cuando las condiciones del paciente requieren una respuesta rápida, en promedio se han requerido 10 sesiones por episodio catatónico, pero existen reporte de caso de hasta 15, estas en general se imparten tres veces por semana con electrodos bifrontotemporales, existe además diferencia identificada en el nivel de respuesta en dependencia etiológica, así dentro de cuadros depresivos existe mejor respuesta establecida, seguido de cuadros psicóticos no afectivos y al final con reporte de casos refractarios se encuentran a las causas orgánicas en especial las relacionadas con alteraciones neurológicas (19-20).

Existe reporte de otros fármacos asociados a buena respuesta en casos de catatonía, entre estos tenemos a zolpidem, este es una imidazopiridina que es un modulador positivo selectivo de la subunidad alfa-1 GABA-A, existen reportes de casos de su uso en personas refractarias al tratamiento inicial a dosis de 10 mg/día VO, pero en adultos mayores existe reporte de respuesta desde 5mg/día, con mejoría de clínica transitoria que puede iniciar hasta 6 horas después de su uso, se ha visto en general mejores resultados en pacientes con lesión cerebral concomitante y en pacientes con mutismo predominante en su evolución clínica, otros fármacos como memantina y amantadina, ambas antagonistas del receptor NMDA han sido de utilidad según varios reportes de casos en especial en pacientes con antecedentes de cuadros esquizofrénicos y concomitancias médicas, levodopa ha sido también reportado en casos excepcionales,

pero teniendo como efecto adverso repetitivo aumento de síntomas psicóticos, por ultimo medicamentos como metilfenidato y modafinilo han sido reportados en casos de catatonia debida a cuadros afectivos teniendo adecuada respuesta cuando el paciente ha sido refractario a las terapias de primera línea, sin embargo no hay dosis definidas ni tiempo ventana de acción (19-20).

DISCUSIÓN

Con respecto a este caso, la paciente presentó un cuadro que inicia con síntomas afectivos de tipo depresivo desde hace 1 año, los síntomas afectivos se fueron incrementando dentro de un período de 3 meses donde se evidencia una alteración en estado de conciencia con tendencia a la somnolencia, hipoactividad, irritabilidad y agresividad con respuesta parcial a medicación, posterior aparece negativismo a la alimentación, así como ideas nihilistas, rigidez, flexibilidad cérea que es considerado con escalas como catatonía moderada dentro de un Síndrome de Cotard. Los informes de caso de asociación entre el síndrome de Cotard y la catatonía son escasos, debido a que los síntomas catatónicos son muchas veces infradiagnosticados por ser poco explorados, a esto se añade el desconocimiento de herramientas adecuadas para objetivarlo, lo que puede llevar, en el peor de los casos, a un tratamiento ineficaz, resultando en complicaciones serias que puedan comprometer la vida del paciente, debido a la prolongada inmovilidad y deshidratación producto de la catatonía. El síndrome de Cotard en el caso reportado se presenta dentro de un trastorno depresivo mayor, donde la edad de inicio, la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser variables, según reporta la literatura. La recuperación suele ser completa, pero una pequeña proporción puede convertirse en depresión crónica.

En relación al tratamiento, el síndrome de Cotard debe considerarse como una patología severa, por el riesgo de autoagresión y suicidio, como consecuencia de los síntomas afectivos intensos y productividad psicopatológica que se observa durante su desarrollo; por lo tanto, se debe indicar hospitalización para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a base de antidepresivos y antipsicóticos. Dentro de la literatura revisada, una de las opciones con mejor respuesta, es la combinación de Venlafaxina y Quetiapina, pero dentro del contexto de nuestra práctica clínica a nivel del sector público, se reemplazó Venlafaxina y se administró dosis máximas de Sertralina, así como dosis antipsicóticas de Risperidona y un aspecto novedoso dentro del manejo fue el uso de Modafinilo como coadyuvante y potenciador del antidepresivo así como por su efecto en los síntomas residuales como fatiga y somnolencia, disminuyó el tiempo de respuesta al tratamiento, logrando una evolución adecuada así como una remisión del cuadro clínico y la recuperación de la funcionalidad de la paciente en los controles posteriores.

CONCLUSIONES

La catatonia es una condición compleja con presentaciones variables y que está asociado con múltiples trastornos, que pueden hacer que el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento sean un proceso desafiante para los profesionales de la salud. Los síntomas catatónicos a menudo se asocian con diversos trastornos psicológicos y neurológicos, incluyendo esquizofrenia, síndrome neuroléptico, entre

otros. Pacientes con cualquier síntoma de catatonia debe ser evaluado más a fondo para un síndrome catatónico secundario a su condición o independientemente de un diagnóstico psiquiátrico.

En resumen, la asociación de trastornos afectivos de tipo depresivo junto con síntomas psicóticos como la ideación nihilista descrita dentro del Síndrome de Cotard y su progresión a un cuadro de Catatonia es un caso poco frecuente por su falta de reportes de caso debido a la falta de criterios clínicos definitivos e instrumentos para evaluar el síndrome. En pacientes con trastorno depresivo mayor con su tipo de catatonia, los síntomas de catatonía pueden confundirse o pasarse por alto como síntomas del trastorno depresivo mayor. La intervención oportuna de la catatonia se vuelve vital para prevenir cualquier morbilidad a largo plazo. Los médicos deben mantener un alto nivel de sospecha al momento de realizar la historia clínica y evolución cronológica de los síntomas. Las benzodiacepinas tienen un historial probado de éxito en el tratamiento de la catatonia, así como el uso del Modafinilo para potenciar y aumentar la rapidez en la respuesta de antidepresivo se ha indicado en varias guías de práctica. Se requieren más investigación para poder aclarar la relación, lo que requiere información más profunda acerca de su patogenia, clínica y terapéutica de ambos síndromes.

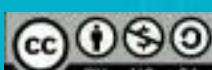
Dentro del tratamiento de la depresión se ha identificado que alrededor de un tercio de pacientes tratados no logran remisión sintomática con el tratamiento antidepresivo, así se ha buscado tratamientos coadyuvantes, dentro de estos se encuentra el Modafinilo, un agente estimulante que inhibe al transportador de dopamina y norepinefrina a la vez que aumenta actividad serotoninérgica y glutamatérgica, a pesar de no estar claro el mecanismo de acción responsable, este se ha convertido en una molécula diana a la hora de pensar en coadyuvantes de trastornos afectivos de tipo depresivos, pues se ha identificado que genera una adecuada respuesta en relación a mejoría de síntomas residuales como fatiga y somnolencia junto con una respuesta más rápida al usarlo de manera concomitante viendo resultados hasta 1 semana después de iniciado el tratamiento, actualmente dependiendo la guía de manejo analizada, Modafinilo se encuentra dentro de las líneas terapéuticas potenciadoras de antidepresivos, así en las guías CANMAT se presenta como tercera línea con nivel de evidencia tres y sin dosis definida, pues se señala que aún hace falta mayor evidencia de respaldo.

Aspectos éticos: La paciente descrita en el caso, brindo y firmo su consentimiento para la publicación de su historial clínico.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tenerlos.

REFERENCIAS

1. Eduardo Castrillón Muñoz, B. G. Síndrome de Cotard, presentación de un caso. Revista Colombiana de Psiquiatría, (29 de enero del 2009). Vol 28, pag 194-202.
2. Héctor Ocampo, R. J.-R. Síndrome de Cotard en trastorno depresivo recurrente: Reporte de caso. Revista de la Facultad de Medicina Humana URP, (2021). 859-864.
3. Jeff Huarcaya-Victoria, A. P.-A. Síndrome de Cotard, catatonía y depresión:reporte de un caso. Revista de Neuro-Psiquiatría, (2018). 136-140.
4. Jeff Huarcaya-Victoriaa, L. M. Depresión psicótica y síndrome de Cotard en una paciente con enfermedad de Graves-Basedow: reporte de un caso. Psiquiatría Biológica., (2021). 1-4.



5. Rodrigo Escobar, M. M. Signos Catatonicos Prevalencia En Trastorno Mental. Revista Colombiana de Psiquiatria, (2000). 243-250.
6. Sanabria, F. M. Métodos de Ayuda al Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial de la Catatonia. . (2022). XXIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental.
7. Berardi, D.; Amore, M.; E Keck, P.; Troia, M.; Dell'Attì, M. Clinical and pharmacologic risk factors for neuroleptic malignant syndrome: A case-control study. Biol. Psychiatry 1998, 44, 748-754. Burrow JP, Spurling BC, Marwaha R. Catatonia. 2023 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 28613592.
8. De Figueiredo, N.S.V.; Angst, D.B.M.; Lima Neto A de, M.; Machado, M.F.; Rocha, M.S.G.; Brucki, S.M.D. Catatonia, beyond a psychiatric syndrome. Dement. Neuropsychol. 2017, 11, 209-212
9. Edinoff AN, Kaufman SE, Hollier JW, Virgen CG, Karam CA, Malone GW, Cornett EM, Kaye AM, Kaye AD. Catatonia: Clinical Overview of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Challenges. Neurol Int. 2021 Nov 8;13(4):570-586
10. Kakooza-Mwesige, A.; Dhossche, D.M.; Idro, R.; Akena, D.; Nalugya, J.; Opar, B.T. Catatonia in Ugandan children with nodding syndrome and effects of treatment with lorazepam: A pilot study. BMC Res. Notes 2015, 8, 825.
11. Lander, M.; Bastiampillai, T.; Sareen, J. Review of withdrawal catatonia: What does this reveal about clozapine? Transl. Psychiatry 2018, 8, 139
12. Remberk, B.; Szostakiewicz, Ł.; Kałwa, A.; Bogucka-Bonikowska, A.; Borowska, A.; Racicka, E. What exactly is catatonia in children and adolescents? Psychiatr. Polska 2020, 54, 759-775
13. Serra-Mestres, J.; Jaimes-Albornoz, W. Recognizing Catatonia in Medically Hospitalized Older Adults: Why It Matters. Geriatrics 2018, 3, 37
14. Tandon, R.; Heckers, S.; Bustillo, J.; Barch, D.M.; Gaebel, W.; Gur, R.E.; Malaspina, D.; Owen, M.J.; Schultz, S.; Tsuang, M.; et al. Catatonia in DSM-5. Schizophr. Res. 2013, 150, 26-30.
15. Bean, E., Findlay, C., Gee, C., & Amin, J. Refractory catatonia in old age: a case report. Journal of Medical Case Reports, (2021). 15(1), 1-6.
16. Goss, A. J., Kaser, M., Costafreda, S. G., Sahakian, B. J., & Fu, C. H. Modafinil augmentation therapy in unipolar and bipolar depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of clinical psychiatry, (2013). 74(11), 12096.
17. Taylor, R. W., Marwood, L., Oprea, E., DeAngel, V., Mather, S., Valentini, B & Cleare, A. J. Pharmacological augmentation in unipolar depression: a guide to the guidelines. International Journal of Neuropsychopharmacology, (2020). 23(9), 587-625.
18. Jaimes-Albornoz, W., de Pellon-Santamaría, A. R., Nizama-Vía, A., Isetta, M., Albajar, I., & Serra-Mestres, J. Catatonia in older adults: A systematic review. World journal of psychiatry, (2022). 12(2), 348.
19. Rogers, J. P., Oldham, M. A., Fricchione, G., Northoff, G., Ellen Wilson, J., Mann, S. C & David, A. S. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, (2023). 37(4), 327-369.