

# CATATONIA LETAL Y SU DIFERENCIACION DEL SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO

Schaer, Ariane<sup>1</sup>; Cortese, Silva<sup>1</sup>; Bertola, Octavio<sup>1</sup>; Di Nardo, Victoria A<sup>1</sup>; Hernández, Marina<sup>1</sup>; Lombardo, Francisco<sup>1</sup>; Pugliese, María S<sup>1</sup>.

TOXIMED ARGENTINA. Paraguay 2342, 1° piso "A" (CP 1115). CABA. Teléfono: (+ 54 11) 1544125202

## INTRODUCCION

paciente de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y psicopatía (requerimiento de terapia electroconvulsiva en 2015), que ingresa por deterioro del sensorio, hipertermia y rabdomiólisis con insuficiencia renal aguda (IRA). Medicación habitual: olanzapina, clotiapina, telmisartán, rosuvastatina.

Evoluciona con rigidez generalizada y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se realiza tomografía computada de cerebro que informa cisternas ponto cerebelosas silvianas y rolandica ensanchadas; dilatación ventricular; aumento de tamaño de espacios subaracnoideos corticales e hipodensidad de sustancia blanca periventricular. Recibe antibioticoterapia empírica de amplio espectro (sin rescates bacteriológicos), con requerimiento de inotrópicos e inicia terapéutica con benzodiacepinas y dantroleno por sospecha de síndrome neuroléptico maligno (SNM). Por mala evolución, y sospecha catatonía, es derivado para recibir terapia electroconvulsiva.

El SNM consiste en una respuesta idiosincrásica asociada al uso de psicofármacos neurolépticos, caracterizada por síntomas extrapiramidales (rigidez en tubo de plomo, disautonomía, alteraciones de conciencia, hipertermia y rabdomiólisis).

Entre sus diagnósticos diferenciales se encuentra la catatonía letal (CL), un síndrome clínico de evolución bifásica: caracterizada por una fase de agitación inicial, seguida de otra de rigidez intermitente y episodios de agitación psicomotriz, que evolucionan con agotamiento y muerte.

## DISCUSIÓN

el 35% de los casos de CL se asocia a enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos del ánimo), otro 40% a enfermedades médicas (traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, infecciones cerebrales y alteraciones metabólicas, entre otras) y el resto es de etiología idiopática o tóxica. La semejanza clínica entre la CL y el SNM motivo a diferentes autores a considerarlas variantes de una misma enfermedad, cuya patogenia sería un bloqueo de los receptores dopaminérgicos centrales. En el caso presentado se interpreta inicialmente como SNM por clínica y medicación recibida, donde los síntomas prodrómicos, la falta de respuesta al tratamiento habitual y la mala evolución, hicieron sospechar una CL.



## CONCLUSION

los criterios diagnósticos y la multiplicidad de causas del CL se han ido modificando a lo largo de los años. Por lo que se quiere destacar la importancia de la CL como entidad poco reconocida y subdiagnosticada fuera del ámbito de la psiquiatría, por lo que se requiere en estos casos un alto índice de sospecha y un minucioso seguimiento de la cronología de los síntomas y evolución los mismos.

Hallazgos Clínicos	SNM	Catatonía
CPK (creatinofosfokinas)	Elevación marcada	Leve
Fármacos neurolépticos	En presencia de neurolépticos VO o de depósito	Puede darse en ausencia de neurolépticos
Síntomas extrapiramidales	Rigidez marcada, temblor	Rigidez leve, temblor
Disautonomía	Taquicardia/Diaforesis	Taquicardia/Diaforesis
Alteraciones de la conciencia	Delirium	No delirium
Hiperpirexia	Presente	Presente
Síntomas catatónicos	Ausentes	Inmovilidad, alteraciones posturales Respuesta psicomotora lenta, Alteraciones del lenguaje

1. Castillo E, Rubin RT, Holsboer-Trachsler E. Clinical differentiation between lethal catatonia and neuroleptic malignant syndrome.
2. Fink M. Lethal catatonia, neuroleptic malignant syndrome, and catatonia: a spectrum of disorders. Reply. J Clin Psychopharmacol 1997; 17: 237-13.
3. Psiquiatría Biológica. Síndrome neuroléptico maligno: dificultades en el diagnóstico diferencial. Psiq Biol. 2016 March
4. Kaliora SC, Zervas IM, Papadimitriou GN. [Electroconvulsive therapy: 80 years of use in psychiatry]. Psychiatriki. 2018 Oct-Dec;29(4):291-302.
5. Simón LV, Hashmi MF, Callahan AL. Neuroleptic Malignant Syndrome. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 3, 2020.
6. Goldfranks. Toxicology Emergencies. Psychiatric Principles. Chapter 17. 9 Th Ed.