



FASE MANIACA QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Luisa González Galdámez, Isabel Martínez Pérez, Mercedes Roció Raposo Hernández, María Dolores Piqueras Acevedo, Alejandro Belmar Simo, Silvia Bravo Gómez, Aida Busaileh Salas, Alfonso Gil Sánchez, Alicia Rodríguez Hernández, Carlos Javier García Briñol

anagg2001@yahoo.es

RESUMEN

Paciente de 61 años que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría por presentar clínica maníforme después de llevar veinte días sin tratamiento estabilizador con litio por haber sido retirado en medicina interna debido a intoxicación (litemia 2,5) que precisó hemodiálisis.

FASE MANIACA QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Entre los antecedentes del paciente destaca que es fumador, no refiere otros hábitos tóxicos.

Precisó un ingreso en psiquiatría hace 35 años por episodio maniaco, tras introducirle el litio mejoró mucho y no ha tenido necesidad de ingreso hasta ahora. Llevaba varios años sin revisiones en psiquiatría y sin realizarse controles de litemia lo que motivó la intoxicación y el ingreso en medicina interna.

A la exploración psicopatológica al ingreso: Consciente, difícil valorar la orientación, ánimo expansivo y disfórico, logorreico, discurso tangencial y saltígrado perdiendo cortantemente la línea directriz, insomnio global, sus familiares refieren que está como confuso, desorganizado, que está muy inquieto y lo ven cómo va empeorando progresivamente desde que abandonó el tratamiento con litio.

Se inició tratamiento estabilizador con Valproato y Risperdal tras lo que el paciente tras 20 días de tratamiento seguía mostrándose confuso, desorientado, lábil y con un comportamiento muy desorganizado a pesar de no tener ninguna alteración en el TC craneal ni en la analítica básica.

Ante la ausencia de mejoría y la confusión decidimos disminuir tratamiento antipsicótico pero el paciente seguía mostrándose confuso por lo que comenzamos a sospechar una enfermedad física de base.

En días posteriores comenzó a presentar hipersomnias diurnas por lo que se realizó interconsulta a neumología por sospecha de SAOS que realizó pulsioximetría de registro y confirmó el diagnóstico de sospecha por lo que inició terapia con CPAP ante lo que el paciente experimentó una gran mejoría. Una semana después el paciente fue dado de alta con tratamiento estabilizador.

FASE MANIACA QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de los episodios de manía debe plantearse con enfermedades médicas o consumo de sustancias.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lesiones cerebrales: ACV Traumatismos Tumores Esclerosis múltiple Epilepsia Epilepsia | Trastorno metabólicos Uremia Postoperatorio Hemodiálisis Déficit B 12 |
| Enf. degenerativas: Enfermedad de Parkinsons Enf. Huntington | Sustancias Corticoides Antidepresivos Estimulantes Alcohol |
| Endocrinopatías Sd de Cushing Enf de Addison Hipertiroidismo Hipotiroidismo | Otros Broncodilatadores Metoclopramida Cloroquina |

En otro lugar el diagnóstico de establecerse con otras enfermedades psiquiátricas graves, entre las que destaca la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

A pesar de que el SAOS no está incluido entre las principales causas de diagnóstico diferencial de la manía consideramos que en pacientes con clínica maniforme que presentan una evolución tortuosa con una clínica confusa y desorganizada debe ser un diagnóstico a tener en cuenta

BIBLIOGRAFÍA

1. Vieta E, Nieto E, Autet A, et al. A long-term prospective study on the outcome of bipolar patients treated with longacting injectable risperidone. World J Biol Psychiatry 2008; 9 (3): 219-24.
2. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 7 edición, Barcelona, Masson 2011 (258-278)