



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

UNA FORMA DIFERENTE DE PSICOSIS

Natividad Megías Simarro¹, Cecilia Calero Mora¹, María Isabel Ibernón Caballero², Pablo Botias Cegarra¹, María Gavilán Morales¹, Santiago Pina Franco¹, Manolo Martínez-Carlón Bueso¹, Miriam Fueyo Estevez¹, María de los ángeles Carrillo Cordoba¹, M^a José Martínez Mirere³

natividad.megias@gmail.com

RESUMEN

Se expone el caso de un paciente varón de 45 años que desde dos semanas presenta alteración del comportamiento. Como antecedentes psiquiátricos presenta un episodio psicótico secundario a tóxicos hace 12 años. Estuvo en seguimiento durante 4 años, actualmente sin seguimiento ni tratamiento. Hábitos tóxicos: hábito tabáquico, no hábito enólico, consumo de cánnabis diario, consumo ocasional de cocaína, no consumo de otras sustancias. El paciente refiere que desde hace dos semanas presenta insomnio de características mixtas, nerviosismo y ansiedad psíquica y física. Presenta ideas de contenido autorreferencial e ideación delirante de perjuicio respecto a su familia. Niega alteraciones de la sensopercepción, aunque impresiona de ocultar sintomatología. El paciente fue ingresado en la Unidad de Agudos de psiquiatría, siendo dado de alta con el diagnóstico de Trastorno psicótico inducido por tóxicos. A partir de dicho caso clínico se expondrán las características principales de dicho trastorno y el diagnóstico diferencial con otros tipos de psicosis.

UNA FORMA DIFERENTE DE PSICOSIS

INTRODUCCIÓN

La principal característica del Trastorno Psicótico Inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos directos de alguna sustancia, ya sea una droga, un medicamento o bien un tóxico. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Tampoco se establece el diagnóstico sin los síntomas psicóticos sólo aparecen en el curso de un delirium.

Este trastorno sólo se produce en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, pero pueden persistir durante semanas, mientras que en los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o bien pueden producirse tras largos periodos de abstinencia. Una vez iniciados los síntomas pueden continuar mientras dure el consumo de la sustancia.

Se ha sugerido que 9 de cada 10 alucinaciones no auditivas son producto de un trastorno psicótico inducido por sustancias o de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Hay que tener cuidado, además, porque incluso en una persona con intoxicación o abstinencia se han de tener en cuenta otras posibles causas de síntomas psicóticos, ya que, entre otras cosas, los problemas por consumo de sustancias no son raros entre las personas con trastornos psicóticos (no inducidos por sustancias).

CASO CLÍNICO

Se expone el caso de un paciente varón de 45 años que es traído a Urgencias por el 061 por alteración de conducta. Los familiares refieren que el paciente presenta desde hace dos semanas presenta alteración del comportamiento, según refieren no duerme ni come, lo han visto hablar solo y diciendo cosas incoherentes, como que su familia quiere hacerle daño y robarle sus pertenencias.

Como antecedentes personales presenta otosclerosis en oído izquierdo intervenido en 2007. Como antecedentes psiquiátricos presenta un episodio psicótico secundario a tóxicos hace 12 años. Estuvo en seguimiento durante 4 años, actualmente sin seguimiento ni tratamiento. Hábitos tóxicos: hábito tabáquico, no hábito enólico, consumo de cánnabis diario, consumo ocasional de cocaína, no consumo de otras sustancias.

Respecto a la exploración psicopatológica, se encuentra consciente y orientado en persona, espacio y tiempo. Cierta inquietud psicomotriz durante la entrevista. Parcialmente abordable y colaborador. Discurso fluido, incoherente en ocasiones. No alteración del curso del pensamiento. El paciente refiere que desde hace dos semanas presenta insomnio de características mixtas, nerviosismo y ansiedad psíquica y física. Presenta ideas de contenido autorreferencial e ideación delirante de perjuicio respecto a su familia. Niega alteraciones de la sensopercepción, aunque

UNA FORMA DIFERENTE DE PSICOSIS

impresiona de ocultar sintomatología. No clínica afectiva mayor. No auto ni heteroagresividad. El paciente fue ingresado en la Unidad de Agudos de psiquiatría. Se instauró tratamiento con Olanzapina 15 mg cada 24 horas y Diazepam 10mg cada 12 horas. Se realizaron pruebas complementarias: analítica general y tóxicos en orina (siendo positivo para cannabis y cocaína).

Durante su estancia en plante de agudos evolucionó favorablemente del cuadro clínico que motivó el ingreso, realizando crítica de la ideación de perjuicio y de las ideas de contenido autorreferencial. Fue dado de alta con el diagnóstico de Trastorno psicótico inducido por tóxicos para seguimiento de manera ambulatoria.

DISCUSIÓN

La CIE-10 divide este trastorno en dos categorías: 1) trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas, si los síntomas aparecen las primeras dos semanas del consumo; y 2) trastorno psicótico de inicio tardío al consumo de sustancias psicoactivas, si los síntomas parecen entre las 2 y las 6 semanas de haberse iniciado el consumo. En esta clasificación se requiere una duración mínima de 6 meses.

Una vez confirmada la presencia de síntomas psicóticos, conviene realizar una evaluación de sus posibles causas. El primer paso será comprobar el nivel de conciencia y la capacidad de atención y concentración; cuando estas función están alteradas lo más probable es que se trate de un síndrome confusional agudo (delirium), debiendo entonces proceder de una forma sistemática para averiguar su origen. Si los síntomas psicóticos aparecen exclusivamente en el transcurso del delirium, dichos síntomas psicóticos son considerados un síntoma asociado al delirium. Si el nivel de conciencia y la atención están preservados conviene explorar las funciones intelectuales, pues no es infrecuente diagnosticar una demencia tras un episodio psicótico en el anciano. Descartadas estas dos posibilidades queda una lista muy variada de enfermedades, fármacos y tóxicos que deberán ser descartadas mediante la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias correspondientes. Sólo se debe realizar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando los síntomas psicóticos sean excesivos en relación con los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas sean de suficiente gravedad como para merecer la atención clínica *independiente*.

Si el juicio de la realidad permanece intacto, no se puede diagnosticar este trastorno. En su lugar deberá aparecer el diagnóstico de intoxicación por o abstinencia de sustancias, con alteraciones perceptivas. Los flashbacks alucinatorios que pueden parecer largo tiempo después de haber usado alucinógenos son diagnosticados como trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.

UNA FORMA DIFERENTE DE PSICOSIS

Las sustancias que pueden desencadenar trastornos psicóticos son: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias de acción similar; cannabis, cocaína, fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes; opiáceos (meperidina); sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. Los síntomas psicóticos también pueden presentarse por la abstinencia de estas sustancias: alcohol; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; y otras sustancias y desconocidas.

El inicio de estos síntomas varía dependiendo de la sustancia. Las alucinaciones que se producen pueden ser en cualquier modalidad, sin embargo, las más habituales en ausencia de delirium, son las auditivas. La intoxicación por anfetaminas y cocaína comparte características clínicas. El consumo de cocaína puede inducir síntomas psicóticos transitorios, expresados como paranoia o alucinaciones.

El consumo de cannabis es un factor de riesgo para el desarrollo de episodios de síntomas psicóticos y podría aumentar el riesgo de trastornos psicóticos, al incidir en la persistencia de los síntomas. El trastorno psicótico inducido por cannabis puede aparecer por el consumo de grandes cantidades y suelen ser ideas delirantes de persecución. Puede haber también marcada ansiedad, labilidad emocional, despersonalización y amnesia posterior al episodio. Todo esto suele remitir en un día, pero a veces, dura algunos días más. Se sabe que existe una alta prevalencia de consumo de cannabis entre consumidores primarios de cocaína, estando alrededor del 50-70% de los pacientes, o en los dependientes de la cocaína (35,4%). Se ha descrito la fuerte asociación entre gran consumo de cannabis y desarrollo de psicosis del espectro esquizoide.

Algunos medicamentos pueden provocar síntomas psicóticos, entre los que se incluyen los anestésicos, analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos, medicamentos cardiovasculares, antimicrobianos, antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos, corticoesteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos y disulfiram. Un trastorno psicótico inducido por sustancias debido a un tratamiento recetado por una enfermedad médica o mental debe iniciarse mientras el sujeto está tomando la medicación. Cuando el tratamiento ha sido interrumpido, los síntomas psicóticos deben remitir al cabo de unos días o de algunas semanas, dependiendo de la vida media de la sustancia consumida; pero si los síntomas persisten más allá de 4 semanas, habrá que considerar otras posibles causas.

Puede ocurrir que los trastornos psicóticos inducidos por sustancias no se resuelvan con rapidez tras retirar el agente que los causa.

UNA FORMA DIFERENTE DE PSICOSIS

Cuando los datos no son suficientes para determinar si los síntomas son producidos por determinadas sustancias, o si son síntomas primarios, o bien si son debidos a laguna enfermedad médica, se determinará trastorno psicótico no especificado.

BIBLIOGRAFÍA

VALLEJO, J.: Árboles de decisión en Psiquiatría. 3ª edición. Barcelona: J & C Ediciones Médicas, 2006.

CALCEDO ORDOÑEZ A.: Psiquiatría y ley. En: Tratado de Psiquiatría. Dirigido por Julio Vallejo Ruiloba y Carmen Leal Cerós. Cap. 152, pp. 2357-2373. Ars Médica, Barcelona, 2005

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993.