



EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS VERSUS TRASTORNO DISOCIATIVO REACTIVO A ESTRESOR GRAVE VERSUS SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Mancha Heredero, Yanira D'Hiver Cantalejo, Reyes Vázquez Estévez, José López Gil, María Jesús Leñero Navarrete, Héctor Saiz García.

estherman25@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Es de vital importancia establecer un adecuado diagnóstico diferencial ante un paciente sin antecedentes psiquiátricos personales.

En el caso que vamos a estudiar, éste se llevará a cabo entre patologías tan diversas como episodio maniaco, trastorno disociativo y síndrome confusional agudo.

Presentamos el caso de mujer de 20 años que acude a urgencias por sensación de malestar general con ansiedad, miedo y retraimiento social, dos semanas después de haber sido dada de alta de una intervención quirúrgica. Verbalizaba acoso en la red por parte de un hombre. No se disponía en aquel momento de informadores externos que corroborasen si dicho acoso era real. Existen antecedentes psiquiátricos familiares: padre con trastorno bipolar y hermano con esquizofrenia.

Tras valoración por servicio de psiquiatría se objetiva comportamiento inadecuado con pérdida de distancias, discurso con constante pérdida de meta, pensamiento saltigrado, asociación laxa de ideas, risas inmotivadas, suspicacia, bloqueos de pensamiento e ideación deliroide de perjuicio. Se valora posible episodio maniaco con síntomas psicóticos vs trastorno disociativo reactivo a acontecimiento vital altamente estresante. A los pocos días ingresa en el servicio de cirugía general al detectarse plastrón inflamatorio con múltiples abscesos. Cuando mejora de este proceso, cede progresivamente la clínica descrita hasta mostrarse asintomática.

Reevaluando el caso, se plantea posible cuadro confusional agudo ya que la sintomatología aparece tras intervención quirúrgica. Posteriormente la madre confirma el carácter deliroide del acoso verbalizado por la paciente con lo que se descarta el posible trastorno disociativo pero deberemos esperar a evolución para filiar el cuadro como episodio psicótico o síndrome confusional, sin olvidar la presencia de potente carga genética familiar.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Paciente que acude a urgencias por estado de malestar general, dos semanas después de haber sido dada de alta tras serle realizada una apendicectomía que posteriormente se le

**EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS VERSUS TRASTORNO
DISOCIATIVO REACTIVO A ESTRESOR GRAVE VERSUS SÍNDROME CONFUSIONAL
AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

complicó con absceso pélvico y perforación del intestino delgado. Refería también cuadro de ansiedad, miedo, retraimiento social... y verbalizaba acoso en la red (fotos pornográficas) por parte de una persona a la que conocía solo por ese medio.

Antecedentes personales

Paciente con antecedentes médicos de parotiditis y asma bronquial. No antecedentes psiquiátricos personales. Intervenida quirúrgicamente de apendicitis aguda con plastrón periapendicular y postoperatorio inmediato sin incidencias, resultado anatómico patológico de apendicitis aguda y endometriosis. Reingresa a los 15 días por cuadro de sepsis de origen abdominal filiado mediante TAC, en el que se objetivan varios abscesos pélvicos, interconectados, y plastrón inflamatorio en fosa iliaca derecha. Inicialmente el cuadro es tratado mediante antibioterapia empírica pero sin respuesta adecuada por lo que se decide punción del absceso. Durante el proceso se objetiva perforación intestinal siendo intervenida quirúrgicamente realizándose drenaje del absceso (cultivo), resección intestinal de segmento de ileon terminal y resección parcial de ovario derecho.

Hábitos tóxicos: Fumadora de unos 5-6 cigarrillos diarios. Alcohol puntual durante los fines de semana. No consumo de otras sustancias.

Antecedentes familiares

Padre con trastorno bipolar y hermano con esquizofrenia.

Enfermedad actual

La paciente refiere estar peor de ánimo desde que salió de alta, con presencia de preocupaciones de tipo hipocondríaco (refiere tener miedo a poder tener un tumor "porque a mi padre le quitaron un tumor del colon y eso es hereditario..."). Verbaliza también preocupación porque "todo el mundo sabe que tengo un problema". Asimismo habla acerca de que en su edificio recientemente ha ido a vivir gente nueva, todas ellas mujeres. En relación a esto comenta que desde que volvió a casa tras el alta, la vecina que vive encima está más distante con ella: "me evita". La paciente comenta que sospecha que esta vecina ha podido ser maltratada "y se ha dado cuenta de que yo sospecho esto, y está poniendo distancia". Refiere que hoy, al oírla bajar por las escaleras ha mirado por la mirilla de la puerta y ha visto como "las hijas de la vecina me han sacado la lengua...". Verbaliza divulgación de fotos íntimas en redes sociales, así como una marcada preocupación acerca de su aspecto físico, con presencia de dismorfofobia a nivel de abdomen y muslos. Su madre informa que la paciente ha permanecido apática y desorientada todo el fin de semana, llorando la mayor parte del tiempo, ausente y hablando en un tono de voz muy bajo.

Exploración física

Constantes vitales: Presión arterial: 99/55 mm Hg. Pulso: 66 x'. Temperatura axilar: 36,5 °C. Sat.O2: 97 %.

**EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS VERSUS TRASTORNO
DISOCIATIVO REACTIVO A ESTRESOR GRAVE VERSUS SÍNDROME CONFUSIONAL
AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Buen estado general. Buen estado de hidratación. Buena coloración de piel y mucosas.

-Vías altas: normal.

-Cuello: Movilidad normal.

-Tórax: Auscultación cardíaca rítmica sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar sin alteraciones patológicas significativas.

-Abdomen: Blando, depresible e indoloro. Abundante supuración por cicatriz quirúrgica a la presión.

-Genitourinario: Leve disuria, sin polaquiuria.

-Espalda: Percusión renal negativa.

-Extremidades: No edemas.

Exploración funciones psíquicas

Consciente, orientada en espacio, tiempo y persona, parcialmente colaboradora. Comportamiento inadecuado, pérdida de distancias, discurso parco en palabras, prácticamente monosilábico, con constante pérdida de meta, pensamiento saltigrado y asociación laxa de ideas. Susplicacia, bloqueos de pensamiento y posible ideación deliroide de perjuicio en relación con una vecina así como con divulgación de fotos íntimas en redes sociales, no completamente estructurada. Autoreferencialidad. Delgadez llamativa. Refiere estado de ánimo hipotímico, sin especificar desencadenante. Contacto ocular fijo. Marcada inhibición psicomotriz. Conserva cierta resonancia afectiva. Marcado incremento en latencia de respuesta. Hipofónica. Contacto pueril, con presencia de risas insulsas e inmotivadas en momentos puntuales. No clínica afectiva mayor. Niveles moderados de ansiedad basal. Niega alucinaciones auditivas así como otros fenómenos sensorio-perceptivos. No ideación de muerte ni autolítica. Refiere normorexia. Empeoramiento del descanso nocturno, con presencia de despertares frecuentes.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

-Hemograma y bioquímica: Hb 11,2 g/dl, Hcto 33,1%, VCM 96,7 fl, leucocitos 29.300/μl con linfopenia y granulocitosis, resto de parámetros (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, proteínas, albúmina, bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina, LDH, CPK, iones, fósforo) dentro de la normalidad.

-Bioquímica y sedimento de orina: normal.

-ECG y Rx tórax: normal.

-TAC cerebral: sin hallazgos patológicos.

-Tóxicos en orina: negativos.

**EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS VERSUS TRASTORNO
DISOCIATIVO REACTIVO A ESTRESOR GRAVE VERSUS SÍNDROME CONFUSIONAL
AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES: TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS DATOS ANTERIORES PLANTEAR LOS POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Se valora como posibles diagnósticos diferenciales al de cuadro confusional agudo: primer episodio maniaco con síntomas psicóticos (teniendo en cuenta la presencia de antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado) y trastorno disociativo reactivo a acontecimiento vital altamente estresante (la paciente verbalizaba estar sufriendo acoso sexual en las redes sociales, sin disponer en aquel momento de informadores externos que corroborasen si dicho acoso era real).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Cuadro confusional agudo como primera hipótesis diagnóstica y en relación a intervención quirúrgica reciente, si bien no se puede descartar primer episodio psicótico debiendo atender a evolución de la paciente.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Se inició tratamiento con olanzapina 5 mg, un comprimido antes de acostarse.

EVOLUCIÓN

Tras iniciar tratamiento neuroléptico disminuyen los bloqueos del pensamiento, la angustia y la perplejidad, siendo su discurso más informativo y mostrándose más colaboradora y menos suspicaz. Buen descanso nocturno. Dada la buena evolución, transcurrida una semana, se suspende el tratamiento con olanzapina, manteniéndose la paciente asintomática.

La madre confirma el carácter deliroide del acoso verbalizado por la paciente con lo que se descarta el posible trastorno disociativo y se establece como diagnóstico provisional un cuadro confusional agudo, pero deberemos vigilar de forma estrecha la evolución para filiar el cuadro como primer episodio psicótico o delirium, sin dejar de tener en cuenta la presencia de potente carga genética familiar.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: BREVE EXPLICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL TEMA TRATADO EN EL CASO

El delirium es una alteración aguda de la consciencia que históricamente ha sido tratada con haloperidol pero debido a su perfil de efectos secundarios, recientemente se ha incrementado el uso de antipsicóticos atípicos como la olanzapina. El haloperidol ha sido tradicionalmente el fármaco de elección para el tratamiento del delirium debido a su alta afinidad por el receptor de D2, lo que le permite su bloqueo incluso a dosis bajas. Es solo a dosis mayores que se obtiene un efecto sobre los receptores α_1 , α_2 , histaminérgicos y finalmente, a dosis muy

**EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS VERSUS TRASTORNO
DISOCIATIVO REACTIVO A ESTRESOR GRAVE VERSUS SÍNDROME CONFUSIONAL
AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

elevadas, sobre los muscarínicos. En el caso de la olanzapina, su actividad sobre receptores seguirán el siguiente orden de acción conforme se asciende en la concentración plasmática: H1, 5HT2a, 5HT2c, D2, M3, α 1, α 2 y 5HT1a. Dicho patrón explica el efecto de sedación temprana en el tratamiento y el aumento del apetito, mientras que efectos antidopaminérgicos y antimuscarínicos serían observados con dosis intermedias y los efectos cardiovasculares serían observados por lo general a dosis plenas del fármaco.

Vamos a valorar sistemáticamente la literatura sobre el empleo de la olanzapina en el tratamiento del delirium aplicando el análisis de la Medicina Basada en la Evidencia. Para ello se realiza una búsqueda estructurada en Medline, detectándose cinco investigaciones que abordaban el tema. Todas ellas presentan importantes carencias metodológicas y en algunos casos existen cuestionamientos éticos, pero como conclusión se establece que la olanzapina cuenta con un nivel 3 de evidencia clínica para su empleo como tratamiento para el delirium si bien se requiere de una mejora en la estructura metodológica de estos estudios y la aplicación estricta de los principios éticos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blizard, R.A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (3), 27-50.
2. Loneragan E, Britton AM, Luxemberg J. Antipsychotics for Delirium (Review). *The Cochrane Colaboration* 2009; 1: 1-18.
3. Maldonado JR. Pathoetiological Model of Delirium: a Comprehensive Understanding of the Neurobiology of Delirium and an Evidence-Based Approach to Prevention and Treatment. *Crit Care Clin* 2008; 24: 789- 856.
4. Phillips LJ, Yung AR, Yuen HP, Pantelis C, McGorry PD. Prediction and prevention of transition to psychosis in young people at incipient risk for schizophrenia. *Am J Med Genet*. 2002; 114(8):929-37.