



**"¿ES QUE ESTOY LOCA?: A PROPÓSITO DEL PAPEL DE LAS HORMONAS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO COMPLEJO."**

José López Gil, Esther Mancha Heredero, Reyes Vásquez Estévez, Yanira D'Hiver Cantalejo.

[lopezgiljose@gmail.com](mailto:lopezgiljose@gmail.com)

**INTRODUCCIÓN**

Las diferencias entre la patología mental entre sexos es conocida desde hace décadas. Aunque la patología más estudiada ha sido el trastorno bipolar, la psicosis también se ha visto asociada a alteraciones endocrinas fisiológicas del ciclo menstrual. Ya en 1911 Runge, un nosologista de Kiel (Alemania) describió un cuadro psicótico periódico de características polimorfas que ocurría en relación con la primera mitad del embarazo o en relación con el sangrado menstrual. Sin embargo estos casos son poco frecuentes. En una serie de 321 psicosis postparto, Brockington describió únicamente 6 psicosis postparto que se ciñesen al cuadro clásico.

Por el contrario, la relación de los cambios hormonales del ciclo menstrual con el trastorno bipolar ha sido más estudiados. Los estrógenos parecen funcionar como agonistas del sistema dopaminérgico. También aumenta los niveles de noradrenalina, actúa como un agonista colinérgico, y puede que aumente la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos D2. De hecho, en las mujeres predispuestas al trastorno bipolar postparto hay un incremento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos en la fase lútea.

A favor de este marco teórico se ha observado que las mujeres con trastorno bipolar experimentan una alta frecuencia de episodios depresivos durante los años próximos a la menopausia, y la frecuencia parece mayor que durante los años de fertilidad. Por otra parte, los niveles séricos bajos de progesterona y dihidroepiandrosterona se asociaron con más ideación paranoide durante episodios de manía o hipomanía en hombres, pero no en mujeres. Las alteraciones anímicas parecen relacionarse más, aunque con una diferencia muy pequeña, con la fase lútea. No queda claro si hay diferencia entre los ciclos ovulatorios y anovulatorios.

**CASO COMPLEJO**

En esta comunicación se expone el caso de una paciente de 17 años que ingresa de forma urgente por riesgo autolítico.

Como antecedentes familiares es posible que un familiar en primer grado esté aquejado de un trastorno afectivo no especificado.

## **"¿ES QUE ESTOY LOCA?: A PROPÓSITO DEL PAPEL DE LAS HORMONAS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO COMPLEJO."**

Como antecedentes personales la paciente presentó un desarrollo normal, pero a los 11 años comienza a presentar problemas de ánimo depresivo que desembocan en el fracaso académico unos años después.

A los 14 años las conductas se tornan más conflictivas. Comienza a presentar un patrón de relación inhibido, sobre todo con pares. Más relacionada con hombres, aunque tratando de mantener relaciones desde la distancia. Sí que se observan cambios anímicos con la menstruación, con un componente más depresivo. Sin embargo, antes del ingreso presentó síntomas hipomaníacos, por lo que dos semanas antes del ingreso se suspende fluoxetina 20 mg, pero se reintroduce una semana más tarde por bajo ánimo.

La paciente ingresa tras acudir a Urgencias por ideación autolítica activa, más activa en los dos meses previos. Piensa en la defenestración, pero previamente ya había presentado una sobreingesta medicamentosa voluntaria.

La paciente permaneció ingresada durante tres semanas. Al inicio del ingreso presentó sintomatología depresiva, con ánimo bajo, anhedonia, desesperanza e ideación autolítica, de larga data y de carácter adaptativo.

La paciente inicia el ciclo menstrual dos después del ingreso. Al tercer día presentó un cambio clínico significativo, con ánimo expansivo, niega malestar o ideación autolíticas, con risas poco motivadas. Al cuarto día presentó nuevamente un empeoramiento del ánimo, y se ha arañado con un vaso. Se muestra muy suspicaz, sensación de malestar y soledad sin causa concreta. Define a sus padres como hipócritas. Describe una sensación de "cabeza vacía", que no puede pensar ni recordar las cosas bien y que esto interfiere con las cosas que puede hacer.

Al revisar la historia, la paciente parece haber presentado clínica del espectro psicótico desde 2017, con sonorización del pensamiento y alucinaciones auditivas elementales, así como ideación de perjuicio poco estructurada.

Se inicia aripiprazol 10 miligramos, que se tiene que suspender una semana después por presentar inquietud compatible con acatisia, pese a presentar una buena evolución. Se cambia el aripiprazol por olanzapina 5 mg, con buena tolerancia y tras explicarle los efectos secundarios. No ha vuelto a presentar fenómenos alucinatorios a lo largo del ingreso.

Antes de la suspensión, concretamente en el día 13 del ingreso la paciente comenzó a encontrarse bien nuevamente, con hipertimia que considera diferente de lo normal.

Dada la clínica y los antecedentes de la paciente se le diagnostica de F23.8 "Otros trastornos psicóticos agudos transitorios". Aunque se planteó un cuadro afectivo como diagnóstico más probable (también por presentar antecedentes familiares), el predominio de alteraciones formales del pensamiento y la evolución hizo al equipo cuestionarse este diagnóstico. Por otra parte los fenómenos que ha presentado (ideación paranoide, ideas de muerte) parecen más derivados de los fenómenos propios de la psicosis que al revés.

## **"¿ES QUE ESTOY LOCA?: A PROPÓSITO DEL PAPEL DE LAS HORMONAS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO COMPLEJO."**

Se descartó que padeciese un cuadro obsesivo o ansioso primario. Las rumiaciones trataban acerca de la incapacidad para pensar y la sensación de desconfianza hacia su entorno familiar, y remitieron una vez estas desaparecieron.

También se consideró la posibilidad de que se tratara de un trastorno de personalidad, pero se decidió postergar este diagnóstico por haber causas diferentes que podían explicar la clínica, a la espera de la evolución.

Dada la buena evolución se la deriva a hospital de día, con seguimiento adicional en programa de primeros episodios psicóticos.

Sin embargo, al proseguir la evolución la clínica observada durante el ingreso no se vuelve a repetir, predominando los rasgos caracteriales sobre la clínica psicótica. La toma del tratamiento ha sido correcta, y el aprovechamiento del recurso ha sido adecuado. Se decide cambiar el diagnóstico, haciéndose hincapié en un posible trastorno del eje II.

Se decide que continúe en consultas para controlar la evolución del cuadro, y se le mantiene por el momento el tratamiento antipsicótico, que ha tolerado bien. Queda pendiente el valorar su estado una vez se retire dicho tratamiento.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Meinhard N , Kessing LV , Vinberg M . The role of estrogen in bipolar disorder, a review. Nord J Psychiatry 2014; 68:81-87.
2. Frey BN, Dias RS. Sex hormones and biomarkers of neuroprotection and neurodegeneration: implications for female reproductive events in bipolar disorder. Bipolar Disord 2014; 16: 48-57.
3. Thalia K. Robakis, MD, PhD, Jessie Holtzman, Pascale G. Stemmler, PsyD, Margaret F
4. Reynolds-May, MD, Heather A. Kenna, MS, MA, and Natalie L. Rasgon, MD, PhD. Lamotrigine and GABAA Receptor Modulators Interact with Menstrual Cycle Phase and Oral Contraceptives to Regulate Mood in Women with Bipolar Disorder J Affect Disord. 2015 April 1; 175: 108-115.
5. Teatero ML, Mazmanian D, Sharma V. Effects of the menstrual cycle on bipolar disorder. Bipolar Disord 2014; 16: 22-36.
6. Ian Brockington. Runge psychoses. Arch Womens Ment Health (2017) 20:83-85.