

# A propósito de un caso de trastorno bipolar de inicio tardío e hiperhomocisteinemia



9-20 abril 2018  
INTERPSIQUIS

XIX Congreso Virtual  
Internacional de  
Psiquiatría

Autores: E.Domínguez Ballesteros, L.Lavadiño Zamora, C.García Román

**La hiperhomocisteinemia es un defecto genético cuya prevalencia ronda el 5-10%. Se caracteriza por un aumento de homocisteína sérica y se asocia a eventos isquémicos de repetición con la consecuente posibilidad de enfermedad arterial periférica, embólica y/o cerebrovascular.**

**El trastorno bipolar de inicio tardío es una entidad clínicamente rara con prevalencia del 0,5%. La manía secundaria a enfermedades orgánicas (enfermedad cerebrovascular, demencia, tumores o infecciones ) se describe en el 15-40% de estos casos.**

**Las localizaciones exactas y los circuitos involucrados en la expresión del trastorno bipolar tras ictus permanecen aún desconocidos**

## Antecedentes personales:

• Presentamos el caso de un varón de 82 años con antecedentes personales de hiperhomocisteinemia diagnosticada a los 52 años tras trombosis retiniana derecha, en seguimiento en Neurología encontrándose estable. Únicamente destacan en las exploraciones previas, lesiones vasculares isquémicas subcorticales en pruebas de imagen.

## Antecedentes psiquiátricos:

• En 2003 ( a los 71 años) presenta episodio depresivo severo con suicidio frustrado por ahorcamiento, que precisó ingreso en psiquiatría, instaurándose tratamiento antidepresivo con Venlafaxina 75mg. Se diagnostica de episodio depresivo mayor. Las pruebas de imagen no mostraron cambios.

• En los meses posteriores a este ingreso, inicia cuadro de euforia, expansividad, irritabilidad, gastos excesivos e ideación megalomaniaca. Precisa de nuevo ingreso breve, se diagnostica de trastorno bipolar de comienzo tardío. Se suspende el antidepresivo y se inicia tratamiento con neurolépticos (Quetiapina 25mg/12horas) y eutimizantes (A.Valproico 1000mg/día)

## Enfermedad actual:

• Permanece estable hasta 2015 en que ingresa nuevamente por cuadro depresivo y tentativa suicida grave por apuñalamiento. En este ingreso se manifiesta clínica depresiva mayor, ausencia de crítica del acto suicida y delirio de Cotard.

• Se evidencia además hemiparesia izquierda con asimetría facial. En la RM craneal solicitada, muestra un ictus subagudo en territorio de ACM derecha con pequeños focos isquémicos contralaterales que sugieren origen embólico. En días posteriores, presenta cuadro de tromboembolismo pulmonar con insuficiencia respiratoria severa que precisa intubación y estancia en UCI.

## Evolución durante el ingreso y tratamiento:

• La evolución del cuadro orgánico y psiquiátrico fue ligeramente favorable. Se reajusta tratamiento aumentando Quetiapina 50 mg/12horas, añadiendo Mirtazapina 30mg y suspendiendo A.Valproico (por interacción con ACO) e instaurándose anticoagulación oral de forma indefinida.

## Juicio clínico:

Trastorno bipolar de inicio tardío secundario a enfermedad cerebrovascular por hiperhomocisteinemia. Ictus agudo de ACM derecha y TEP secundarios.

Tras el alta hospitalaria continúa seguimiento ambulatorio. En febrero del 2016 ingresa por nuevo cuadro maniforme que precisó estabilización hospitalaria y reajuste farmacológico suspendiéndose la Mirtazapina.

## CONCLUSIONES:

- i) El caso que presentamos resulta de especial interés a varios niveles. El trastorno bipolar de presentación senil secundario a enfermedad cerebrovascular, en sí es una rara entidad, pero aún más infrecuente es su asociación etiológica con la hiperhomocisteinemia de la que no hemos hallado descripciones en la literatura.
- ii) Igualmente el caso ejemplifica la mayor correlación (descrita en la literatura) de ictus hemisféricos derechos con el trastorno bipolar secundario.
- iii) Otra peculiaridad es el debut clínico con tentativa suicida de alta letalidad y la repetición de un nuevo intento suicida grave, ambos en relación a lesiones isquémicas (lesiones subcorticales múltiples en el primer episodio e ictus ACM derecha en el segundo). Esta variabilidad anatómica con una correlación clínica común, podría suponer un ejemplo de la posible relación entre áreas cerebrales infartadas y clínica suicida, una relación aún por determinar.