



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ABORDAJE PSIQUIÁTRICO EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. PATOLOGÍA AFECTIVA E IDEACIÓN SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Dolores Sánchez García, Santiago Nicanor Tárraga Díaz, Aurora Carranza Román.

mariadelosdoloresanchezgarcia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los síntomas psiquiátricos han formado parte de la tríada clínica clásica presente en la Enfermedad de Huntington, junto a la demencia y los movimientos anormales. Ya en su descripción clásica, George Huntington la definía como "la tendencia a la locura, a veces, esa forma de locura que conduce al suicidio...".

Entre la sintomatología que pueden presentar los pacientes destacan las enfermedades mentales presentes y comunes en la población general, entre ellas habría que destacar por su prevalencia, la clínica afectiva, que se ha estimado puede alcanzar hasta un 40% de las personas con Enfermedad de Huntington. Señalar que su inicio puede tener lugar hasta veinte años antes de la llamativa sintomatología motora, con un pico de incidencia en el año previo al diagnóstico de ésta.

Si comparamos la Enfermedad de Huntington con otras enfermedades neurodegenerativas, entre ellas el Parkinson, el riesgo de depresión no aumenta a medida que avanza la enfermedad, sino que la incidencia es mayor en las primeras etapas y en la fase no sintomática.

La etiología de la depresión es multifactorial, siendo clave los factores biológicos, señalando que se ha demostrado una disfunción de los circuitos límbico-caudado y frontocaudado, áreas que intervienen en procesos emocionales, pero sin olvidar otros factores como los psicológicos o medioambientales y fuertes estresores, como son la convivencia con familiares de primer grado afectos, tratándose en muchos casos de los cuidadores principales, junto al temor por desarrollar la enfermedad, que ha sido recogido en varios estudios como un incremento de la depresión seguido de un resultado positivo en el estudio genético.

Además de la clínica afectiva, aparecen otros síntomas que están englobados dentro de los síndromes neuropsiquiátricos, como por definición es la Enfermedad de Huntington, en el que pueden tener lugar cambios en el comportamiento y la personalidad, entre ellos la apatía, irritabilidad o la desinhibición, conocidos como síndrome orgánico de la personalidad o síndrome disejecutivo, y que pueden favorecer la impulsividad y por tanto el suicidio, debiendo tenerse éste siempre presente en la valoración de estos pacientes, ya que se trata de una causa de muerte en los pacientes afectos de entre cinco y siete veces mayor respecto a la población general.

ABORDAJE PSIQUIÁTRICO EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. PATOLOGÍA AFECTIVA E IDEACIÓN SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 28 años, que es derivada desde Consultas Externas de Neurología a la Consulta de Psiquiatría de Enlace, para valoración tras completar estudio genético que confirma ser portadora de la mutación responsable de la Enfermedad de Huntington. Según consta como motivo de interconsulta ambulatoria, la paciente en los últimos meses refiere encontrarse irritable y con tendencia a la hipotonía..., Es citada en varias ocasiones pero no acude a citas. Semanas más tarde precisa atención en Urgencias Psiquiátricas.

Motivo de consulta

La paciente es derivada a Urgencias de Psiquiatría para valoración tras intento autolítico frustrado mediante sobreingesta farmacológica horas antes.

Antecedentes personales

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Dislipemia en tratamiento. En seguimiento por Neurología tras acudir la paciente para consejo genético, completándose estudio genético y obteniéndose resultado positivo para la Enfermedad de Huntington: 51 repeticiones CAG.

Antecedentes familiares

Presenta varios familiares afectos de Enfermedad de Huntington: padre y hermano.

Enfermedad actual

A) A su llegada: La paciente es derivada para valoración a Urgencias de Psiquiatría, acude acompañada por familiares que comentan que a raíz de la noticia del diagnóstico de la enfermedad, la paciente presenta ánimo bajo con apatía, irritabilidad, falta de ganas de hacer cosas y la notan muy nerviosa. Esa misma mañana su pareja había impedido que realizara sobreingesta farmacológica. En este momento, la paciente se muestra ambivalente respecto a ideación autolítica y a lo ocurrido.

Se pauta ansiolítico (diazepam 5 mg vía oral) y se decide que la paciente permanezca en Observación para nueva valoración posterior.

B) Tras permanecer en Observación: La paciente está más tranquila, ha reducido el nivel de ansiedad presentado a su llegada. Relata la dificultad para asumir el diagnóstico de la enfermedad y el haber estado más nerviosa y preocupada, especialmente desde que decide acudir a Neurología en los meses previos para consejo genético, así como empeoramiento a nivel anímico y labilidad emocional tras conocer resultado positivo. Motivos por los que su médico de atención primaria había introducido escitalopram a dosis de 10 mg/día. Relata en el día de hoy que "lo de tomarme pastillas era para llamar la atención", rechazando en todo momento intención autolítica, verbalizando miedo a la muerte. Buen apoyo familiar. Se plantea fin de observación y alta, junto a ajuste de tratamiento psicofarmacológico y seguimiento ambulatorio en Consulta Externa de Psiquiatría y Psicología.

Exploración funciones psíquicas

A) A su llegada: Consciente y orientada en los tres ejes. Poca colaboradora. Irritable, vociferante. Discurso parco pero coherente. No se objetiva clínica alucinatorio-delirante. Ánimo bajo,

ABORDAJE PSIQUIÁTRICO EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. PATOLOGÍA AFECTIVA E IDEACIÓN SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

anhedonia y apatía. Elevada ansiedad. Ideas de muerte persistente, mostrándose ambivalente respecto a la intencionalidad autolítica. Biorritmos conservados. Resto, imposible completar exploración en este momento.

B) Tras permanecer en Observación: Consciente y orientada en los tres ejes. Tranquila. Abordable y colaboradora. Adecuada. Mantiene contacto visual. Discurso fluido y coherente, monótono. No se objetiva clínica alucinatorio-delirante. Ansiedad basal leve. Rechaza ideas de muerte y niega intención autolítica, realizando crítica completa de lo ocurrido, planes de futuro coherentes. Biorritmos conservados. No signos/síntomas de intoxicación/abstinencia a tóxicos. No auto ni heteroagresividad. Capacidad de juicio conservada.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Tóxicos en orina urgentes: negativos.

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

Podría tratarse de:

- A) Episodio depresivo mayor.
- B) Trastorno Adaptativo con sintomatología mixta.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno Adaptativo con sintomatología mixta.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Desde Urgencias Psiquiátricas se realizó ajuste de tratamiento psicofarmacológico previo, incrementándose dosis de escitalopram de 10 mg/día a 15 mg/día y se añadió ansiolítico, en este caso diazepam a dosis de 2.5 mg/8h. Se recomendó que la paciente fuera derivada de forma preferente desde Atención Primaria para iniciar seguimiento a nivel ambulatorio en Consulta Externa de Psiquiatría e ir valorando evolución y ajuste de tratamiento, así como derivación a Psicología Clínica para abordaje conjunto.

EVOLUCIÓN

La paciente fue valorada en Consulta Externa de Psiquiatría dos semanas después de la atención en urgencias, refiriendo encontrarse mejor a nivel anímico tras ajuste de tratamiento si bien persistía ansiedad basal moderada, especialmente ante mínimos contratiempos. Todavía no había sido atendida por Psicología Clínica en ese momento.

ABORDAJE PSIQUIÁTRICO EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. PATOLOGÍA AFECTIVA E IDEACIÓN SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

En el abordaje de las enfermedades neurodegenerativas, es especialmente importante la necesidad de un abordaje conjunto con Neurología para detectar precozmente en pacientes afectos de Enfermedad de Huntington posible sintomatología psiquiátrica subsidiaria de tratamiento psicofarmacológico, así como riesgo autolítico presente en ellos.

Respecto al abordaje psicofarmacológico, no existe un tratamiento antidepresivo para tratar la clínica depresiva en estos pacientes, por lo que y dado que se trata de un subgrupo de pacientes que por lo general suelen ser sensibles a los efectos secundarios cognitivos de los antidepresivos, se opta por evitar antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamino oxidasa, al menos en primera línea. Por otro lado y dadas sus características de seguridad y tolerabilidad, se encuentran los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que además, se han mostrado útiles en los síntomas conductuales de la enfermedad, empezando siempre con dosis bajas y avanzando de forma gradual.

Si la depresión estuviera acompañada de clínica alucinatorio-delirante o agitación intensa, sería necesario añadir un antipsicótico, también en pequeñas dosis para minimizar el riesgo de sedación, rigidez o parkinsonismo, fundamentalmente olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol y risperidona. Los neurolépticos típicos que tienden a ser menos sedantes, se han utilizado a bajas dosis para suprimir la corea. Respecto a las benzodiazepinas se opta por aquellas que actúan a corto plazo y al igual que los neurolépticos, deben retirarse en cuanto la sintomatología remita.

La terapia electroconvulsiva se ha demostrado eficaz en pacientes con Enfermedad de Huntington deprimidos.

Por último señalar que al igual que el resto de pacientes, a veces y dada la gravedad de la sintomatología o la coexistencia de ideación autolítica, se debe plantear ingreso para control de la clínica y ajuste de tratamiento psicofarmacológico, especialmente dadas las características de estos pacientes en los que la impulsividad, y posteriormente cuando el deterioro cognitivo es evidente, están presentes y dificultan el manejo ambulatorio, siendo necesaria también la búsqueda de recursos diversos de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quaid KA, Eberly SW, Kayson-Rubin E, Oakes D, Shoulson I. Factors related to Genetic Testing in Adults at Risk for Huntington Disease: The Prospective Huntington At-Risk Observational Study (PHAROS). Clin Genetic. 2016 Oct. doi: 10.1111/cge.12893. PubMed PMID 27740685.
2. Scher L, Kocsis B. How to target psychiatric symptoms of Huntington's disease. Current Psychiatry, 2012 Sep 11(9):34-39.
3. Epping EA, Paulsent JS. Depression in the early stages of Huntington disease. Neurodegener Dis Manag. 2011 Oct 1;1(5):407-414.

ABORDAJE PSIQUIÁTRICO EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. PATOLOGÍA AFECTIVA E IDEACIÓN SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

4. Holl A, Wilkinson L, Painold A, Holl E, Bonelli R. Combating depression in Huntington's disease: Effective antidepressive treatment with venlafaxine XR. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010 Jan 25(1): 46–50.
5. Sánchez-Araña T, Sanz S, García MR, Ruiz S. Enfermedad de Huntington: síntomas psiquiátricos no cognitivos preexistentes a los movimientos anormales. *Anales de psiquiatría.* 2006;22 (7): 353-359. De La Espriella M. Aspectos neuopsiquiátricos en la Enfermedad de Huntington. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2004; 33(3):336-340.

ENLACES DE INTERÉS

- Guía para médicos sobre el manejo de la Enfermedad de Huntington, disponible en : http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/14_Guia-para-Medico-sobre-el-Manejo-de-la-enfermedad-de-Huntington..pdf