



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

EN RECUERDO DE HENRY EY. PSICOSIS DELIRANTES AGUDAS

Rafael Ángel Baena Mures, Lluís Niell Galmes, Iñigo Alberdi Páramo, German Montero Hernández, José Rodríguez Quijano y Miriam Tenorio Guadalupe.

rafael.baena.mures@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la nosología actual perduran aún cuadros de rica naturaleza psicopatológica enterrados entre las nuevas denominaciones de los trastornos. Las psicosis delirantes agudas descritas por el gran psicopatólogo Henry Ey, o bien los bouffées delirantes descritos por Magnan son claros ejemplos de los mismos. Por nuestra parte la intención de la presentación de este trabajo es "rescatar" estos cuadros para traerlos a los "convulsos tiempos diagnósticos actuales"

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el cuadro clínico de un paciente de 35 años de edad sin antecedentes psiquiátricos relevantes, salvo un cuadro ansioso depresivo que es traído de forma forzosa al Servicio de Urgencias de nuestro hospital para valoración psiquiátrica por cuadro de marcada desorganización y alteraciones conductuales.

Motivo de consulta

El principal motivo de consulta lo constituye un cuadro de desorganización y alteraciones conductuales en varón joven. Al parecer según los sanitarios de la ambulancia son requeridos desde la Sala del 112, porque un paciente está lanzando dinero, escupiendo a la gente que pasa y escondiéndose entre los árboles y los bancos de la calle.

Antecedentes personales

No presenta antecedentes médicos relevantes. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.

Antecedentes Psiquiátricos: Recibió tratamiento con ISRS a dosis bajas por sintomatología ansioso depresiva dos años antes, por presumible problemática laboral.

Antecedentes familiares

Primo materno con diagnóstico de TMG (psicosis)

Tía paterna diagnosticada de TAB

Primo por rama paterna TUS

Enfermedad actual

A la llegada a nuestro hospital trasladado de forma forzosa para valoración por nuestra parte es necesario pautar medidas de restricción física dado el estado psicopatológico del paciente. Puesto

EN RECUERDO DE HENRY EY. PSICOSIS DELIRANTES AGUDAS

que se trata de un paciente joven, sin antecedentes clínicos relevantes se decide solicitar valoración por parte de MIN, determinación de sustancias de abuso en orina y prueba de imagen. Dado que el estado clínico del paciente imposibilitaba la realización de una adecuada anamnesis es necesario contar con su familia para la realización de la misma. Nos informan de que nunca habían visto al paciente tal y como se encontraba en la actualidad, que no consumía tóxicos pero que si habían ocurrido algunos sucesos "estresantes" en las últimas semanas, sobre todo en su puesto de trabajo donde presentaba problemas de relación con sus compañeros de trabajo, y mayor carga de trabajo por un reciente ascenso dentro de la escala de su empresa (se dedicaba a la programación de una aplicación informática con fines sanitarios).

Exploración física

La exploración física no arroja datos de interés.

Exploración funciones psíquicas

Consciente, desorientado parcialmente en tiempo y espacio aunque orientado en persona. Estrechamiento del campo de la conciencia. Inquietud psicomotriz que hace necesario pautar medidas de restricción física. Cierta suspicacia. No se objetivan signos o síntomas de intoxicación o abstinencia a sustancias. Su lenguaje es fluido, espontáneo con un discurso incoherente y desestructurado que transmite una marcada desorganización del pensamiento y la conducta. No aparecen soliloquios, risas inmotivadas o actitud de escucha. No podemos descartar la existencia de alteraciones del contenido del pensamiento. No es posible explorar el afecto, aunque no impresiona de presentar descompensaciones afectivas relevantes. Heteroagresividad verbal. Insomnio de varios días de evolución. Normorexia. Niega ideación o planificación suicida. Juicio de realidad alterado.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Hemograma con bioquímica, vitaminas, perfil hepático, renal y tiroideo sin alteraciones reseñables.

Determinación de tóxicos en orina: negativo salvo para benzodiazepinas (constituían la base del tto. Farmacológico del paciente).

TAC de cerebro sin contraste: No signos de hemorragia aguda, no efecto masa no desviación de la línea media.

Sistemático de orina: sin alteraciones.

EKG: Ritmo sinusal a 54 lpm sin alteraciones agudas de la re polarización.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Psicosis tóxica: La sintomatología polimorfa, la instauración rápida del cuadro y la ausencia de antecedentes psiquiátricos relevantes nos harían sospechar la etiología tóxica del mismo que queda descartada con los tóxicos.

EN RECUERDO DE HENRY EY. PSICOSIS DELIRANTES AGUDAS

- Síndrome confusional agudo: Queda descartada la organicidad del cuadro con la valoración por parte de Medicina interna, analítica y pruebas de imagen.
- Psicosis esquizofreniforme: Ni la edad ni la sintomatología que presenta orientan a un cuadro de tipo procesual.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Psicosis delirante aguda (Trastorno psicótico breve F23 de la CIE 10)

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Una vez descartada la organicidad del cuadro, se decide ingreso involuntario en psiquiatría para estabilización y contención del cuadro. Ante la sospecha de un cuadro psicótico de tipo breve, se decide instaurar tratamiento con dosis bajas de aripiprazol por vía oral, administrando de forma concomitante viales intramusculares del mismo principio activo para adquirir unos niveles adecuados de fármaco en el organismo.

EVOLUCIÓN

Tras la instauración de dosis de neuroléptico bajas a las 72 horas del ingreso empieza a objetivarse una franca mejoría del cuadro, con progresiva organización conductual y del pensamiento por lo que es posible ir realizando anamnesis cada vez más completas. En estas primeras 72 horas se objetiva una ideación delirante de tinte autorreferencial y catastrofista que se va atenuando y diluyendo con el transcurso del ingreso. Conforme progresa la mejoría psicopatológica del paciente refiere que en las últimas tres semanas ha estado sometido a un franco estrés laboral ante la inminente presentación de una nueva funcionalidad de la aplicación informática en la que trabaja lo que había motivado algunas riñas en su lugar de trabajo con sus subordinados. Esta tensión había incrementado su irritabilidad lo que le había llevado a poner fin a su relación sentimental unos días antes del ingreso puesto que comenzaba a sospechar que su pareja estaba pasando información del proyecto en el que trabajaba el paciente a la competencia. A los cinco días del ingreso la sintomatología que motivo el internamiento ha cedido por completo por lo que se decide alta del paciente con dosis de aripiprazol 5 mg/24h.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Las psicosis breves han ido perdiendo vigencia en las nosologías y en la investigación actual, cediendo terreno ante los trastornos afectivos bipolares, el controvertido diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o bien las psicosis esquizofrénicas. Desde tiempos remotos se han descrito cuadros de instauración fugaz, con sintomatología polimorfa, que se diluyen rápidamente y en los que es fácil distinguir factores exógenos estresantes que desencadenan los mismos. Estos episodios se restituyen ad integrum y no dejan "residuo". Resulta difícil comprender si la tarea de los psiquiatras en esta "época neuroléptica" a la hora de catalogar en

EN RECUERDO DE HENRY EY. PSICOSIS DELIRANTES AGUDAS

estos episodios determina el futuro posible diagnóstico, como tal puede ser "primer episodio psicótico o bien episodio maniaco/depresivo con síntomas psicóticos"; por tanto no podemos olvidar la fugacidad, riqueza psicopatológica y curación de estos cuadros agudos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz R A., Amado H., Hyatt S.: "Brief reactive psychosis". J. Clin. Psy. 1987, 48: 324-327.
2. Chavan B S., Kulhara P.: "A clinical study of reactive psychosis". Act . Psy. Scand. 1988, 78:712-715.
3. LUQUE, R. Y VILLAGRÁN, J.M. (2000). (Eds.) *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Trotta
4. JASPERS, K. (1946/1993). *Psicopatología General*. México: FCE.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
6. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, Ch. *Tratado de Psiquiatría*. 8ª edición. Barcelona: Masson; 1994.
7. SADOCK, B. J. y SADOCK, V. A. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2 tomos. 7ª edición. Baltimore: Lippincott William & Wilkins, 2000.
8. EY, H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Ed. Triacastela; 1998.