

# Tratamiento mediante TEC y clozapina en esquizofrenia, a propósito de un caso

Ivars Masegosa, David; Martínez García, Cristina

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Hospital Nuestra Señora Virgen del Perpétuo Socorro, Servicio de Psiquiatría.



## INTRODUCCIÓN

Paciente traído por sus familiares a la Urgencia de Psiquiatría diciendo que desde hace un mes, relacionándolo con AVC de su madre (actualmente recuperada) comienza a presentar conducta progresivamente alterada, además de cumplimiento irregular del tratamiento psicofarmacológico pautado. Refieren que se muestra muy retraído, en ocasiones realiza actos sin un fin claro como buscar alimentos en la nevera que no ingiere, deambular sin dirección por la casa o verbalizar frases como que cuatro demonios le han poseído, le insultan y hablan agresivamente desde dentro de él, y se meten y salen por todos los orificios de su cuerpo de manera constante, produciéndole intenso malestar. Su lenguaje es incoherente en ocasiones. Además ha dejado de realizar las tareas habituales las cuales consistían en pasear su perro o tareas domésticas mínimas. No saben desde cuando no se toma la medicación, ya que era el paciente quien se la administraba, pero sospechan que hace más de 4 días la toma de forma irregular.

## MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el uso de clozapina y la terapia electroconvulsiva en varios artículos científicos de diversas bases de datos.

## EVOLUCIÓN DEL CASO:

El paciente ingresa en UHB de manera voluntaria, iniciándose tratamiento mediante risperidona, olanzapina, aripiprazol, quetiapina y paliperidona en diferentes momentos, sin remisión de sus síntomas descompensados. Al mes precisa traslado a UCI por fracaso renal agudo secundario a rabdomiolisis, en probable relación con síndrome neuroléptico maligno, a cargo de Nefrología, presentando además de necrosis tubular aguda secundaria a la rabdomiolisis, fiebre de 38°C sin foco, que se trata mediante hemodialisis periódica y transfusión sanguínea, además de antibioticoterapia empírica mediante amoxiclavulánico, por persistencia de esta se inicia vancomicina y cefotaxima, con desaparición de la fiebre, y ceftriaxona tras reaparecer esta sin foco claro, y persistiendo en forma de febrícula, durante el proceso, se realizan estudios mediante urocultivo y hemocultivo sin obtener resultado patógeno.

Durante su ingreso en Nefrología se prescribió olanzapina 20mg/24h sin complicaciones.

Tras 26 días de ingreso en UCI y posteriormente en Nefrología, se logra la estabilización orgánica del paciente, volviendo a ingresar en UHB debido a continuar presentando sintomatología delirante bizarra, desorganización del pensamiento y actividad alucinatoria verbal y quizás visual. Dada la situación clínica se decide iniciar TEC e introducir clozapina a 300mg/24h.

Progresivamente la evolución clínica es lenta, pero favorable, sin presentarse complicaciones por el TEC o la clozapina, presentando menos angustia psicótica y menor carga de sintomatología alucinatoria, pero persistiendo. Finalmente remite la angustia psicótica y la descompensación de la sintomatología delirante/alucinatoria que se desplaza hacia un segundo plano. Tras siete sesiones de TEC los familiares refieren encontrar al paciente como era antes, mejorando su funcionamiento interpersonal, con reaparición de sonrisa social y disminución de la sintomatología negativa.

Tras dos meses y medio de ingreso en la UHB se procede al alta, siendo derivado a la UME, con el objetivo de favorecer la estabilidad clínica a medio plazo, la adherencia al tratamiento, cuidado de la salud física y la higiene, e incorporándose al Centro de Rehabilitación psicosocial de su zona, mostrándose de acuerdo el paciente. A lo largo de su ingreso en UME el paciente requiere tratamiento mediante clozapina a 600mg/24h, psicoterapia y rehabilitación, con remisión casi completa de la sintomatología negativa, e incorporación progresiva a piso tutelado sin nuevas descompensaciones psiquiátricas u orgánicas.

## CONCLUSIONES

La evidencia disponible, respalda el uso de la terapia electroconvulsiva como terapia coadyuvante al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia refractaria. De esta manera, se ha demostrado una reducción clínicamente significativa de la escala PANSS. Estos resultados, se dan en el marco de la existencia de pocos ensayos clínicos aleatorizados disponibles. La TEC combinada con medicamento antipsicótico provee la mejor opción terapéutica en el tratamiento agudo y a largo plazo de la esquizofrenia refractaria. Antes de combinar antipsicóticos, debemos agotar otras alternativas y evaluar cuidadosamente los riesgos y posibles beneficios que podamos conseguir.

## REFERENCIAS

- ANTONIO VELA BUENO. JOSE LUIS GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA. Terapias convulsivas y otros tratamientos biológicos. Manual de Psiquiatría. Editorial Karpos. Madrid-1980.
- James DV, Gray NS. Elective combined electroconvulsive and clozapine therapy. Int Clin Psychopharmacol.1999.
- Kane J, Honigfeld G, Singer J, et al. Clozapine for treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry. 1988.