

CELOTIPIA ALCOHOLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Dolores Ruiz Velasco, Jessica Roxanna Russo de León, Víctor Pérez Plaza, Nadia López Imbernón, Elena Moral Zafra, Joaquín Gil Sánchez, Modesto Jesús Sánchez López, Marta Roca Carles, Fabian Pavez Reyes

mariaruizvelasco@gmail.com

RESUMEN

La literatura científica sitúa a España entre el tercer y el quinto lugar respecto al consumo de alcohol en el mundo. Se puede considerar bebedores de riesgo a un 2-7% de la población (el 50% dependientes).

La intoxicación etílica aguda es el trastorno orgánico más común inducido por el alcohol y la intoxicación aguda más frecuente en nuestro medio; la aparición de cuadros psicóticos agudos es una posible complicación que conlleva una alteración de las funciones psíquicas superiores y, en consecuencia, una mayor exigencia de cuidado y custodia a la institución que asiste al paciente.

Asimismo, el consumo de alcohol condiciona diferentes grados de desinhibición conductual, y es reconocido internacionalmente como un factor criminógeno de primer orden (presente hasta en 4 de cada 10 conductas delictivas penadas). Ocasiona innegables repercusiones médico-legales, potenciadas si aparecen síntomas psicóticos asociados, que fomentan el debate sobre el tratamiento ambulatorio involuntario de estos pacientes.

CELOTIPIA ALCOHOLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo. Sin embargo, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que además del tratamiento del alcoholismo requieren un tratamiento específico. Se trata de la llamada patología dual, en la que concurren uno o varios trastornos psiquiátricos, asociados a la patología adictiva y en la que el alcoholismo suele estar asociado al abuso o dependencia de otras sustancias. El paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio. Su tratamiento puede ser decisivo para evitar la agravación progresiva y un posible fatal desenlace. Dichos pacientes requieren un abordaje integrado de su patología dual, en una unidad especializada, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado, de lo habitual. El programa de intervención debería trabajar con la motivación del paciente para conseguir tanto su buena disposición hacia el abandono del consumo de sustancias, como la estabilización de su patología psiquiátrica y también el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, orientadas hacia la prevención de recaídas.

Como en nuestro caso las ideas de celos son extraordinariamente frecuentes en el alcoholismo crónico. Si hay algún rasgo caracteriológico fundamental y común a todos los bebedores es la carencia de autodisciplina. Como el alcohol acentúa todavía más esta incapacidad de refrenar los propios impulsos e instintos, resulta que el carácter y la intoxicación alcohólica se favorecen recíprocamente, acentuando cada vez más la actitud hedonista. La acción del alcohol es cuantitativa, provoca una disminución del control y estimula los automatismos y cualitativa al ejercerse selectivamente sobre las funciones sexuales. Los alcohólicos con delirio celotípico son enfermos peligrosos, especialmente cuando se hallan en estado de embriaguez aguda. En su odio a la mujer, llegan con relativa frecuencia al uxoricidio o a la producción de graves lesiones.

Estos pacientes están absolutamente convencidos de que su pareja es infiel sin que existan motivos reales que lo justifiquen. Pueden darse en ambos sexos, pero es predominante en varones. El delirio de celos domina la vida del enfermo afectando a sus actividades laborales, sociales y personales tendiendo al aislamiento social.

CELOTIPIA ALCOHOLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS

A propósito de un caso clínico, se aborda sobre la patología psiquiátrica y en concreto de las ideas de celos en los bebedores, el carácter patológico del alcoholismo y las consideraciones médico-legales.

CASO CLINICO

Se dio el alta por mejoría clínica. El motivo de ingreso fue ideación celotípica y suicida en paciente con dependencia del alcohol. Como antecedentes personales del paciente: No alergias medicamentosas. Antecedentes de síndrome ansioso-depresivo. HTA. Esteatosis hepática. Prótesis bilateral de cadera por osteonecrosis. Hipoacusia. Episodio de FA revertido con flecainida. Enero 2015 finalizado tratamiento Radioterápico por Gleason 8. (Cancer próstata). Toxina botulínica por fisura anal.

Tóxicos: Fumador de tabaco. Consumidor regular de elevadas cantidades de alcohol desde hace décadas, con algunos períodos de abstinencia voluntaria.

Tratamiento crónico: AAS 100 mg vo/24h. Masdil 120 mg vo/12h; omeprazol 20 mg vo/24 horas; adolonta retard / 12h; diazepam 5 mg vo/12h; auxia E vo/24h; casodex 50 vo / 24h; escitalopram 5 mg vo/24h. Eligard / 6 meses.

En la enfermedad actual: En los últimos tiempos el paciente ha aumentado el consumo de alcohol. De forma pareja viene expresando ideación celotípica. Se ha agitado en su domicilio y ha llegado a amenazar con la lisis.

En la exploración psicopatológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Abordable y colaborador. Aspecto descuidado. Autoabandono. Feto enólico. Su hijo refiere caídas frecuentes y torpeza de movimiento. Pituitas, temblor y despeños diarreicos matutinos, que el paciente niega. Mantiene un discurso levemente disártrico, aunque lúcido y coherente, centrado en mala relación con su mujer, ideación sobrevalorada respecto a problemas económicos e ideas delirantes de contenido celotípico. No se aprecian alteraciones curso/forma de pensamiento. No alteraciones sensoperceptivas ni conductas que las sugiera. Animo airado en consonancia con la vivencia celotípica. Insomnio de varios días de evolución. Hiporexia, con repercusión ponderal no cuantificado, con la mayoría de la ingesta calórica a expensas del alcohol. Amenazas autolíticas en el contexto de la intoxicación etílica que posteriormente minimiza. Juicio de realidad distorsionado.

Exploraciones complementarias realizadas: De los resultados en las diferentes pruebas neuropsicológicas realizadas podemos concluir que no presenta deterioro cognitivo. Está bien orientado en tiempo y espacio, no presentando alteraciones en lenguaje, atención, praxis y pensamiento abstracto. Aunque si se observan algunos déficit como un trastorno leve de la

CELOTIPIA ALCOHOLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

memoria, sobre todo de trabajo y leve alteración visoespacial visoconstructiva. Así mismo presenta déficit en la fluencia verbal (flexibilidad mental) y programación. Estos déficit en la función ejecutiva nos orientan hacia la existencia de una alteración a nivel frontal, aunque en estos momentos a un nivel leve.

Electromiografía: Los hallazgos descritos son compatibles con una polineuropatía sensitivomotora, aunque de predominio sensitivo, axonal y crónica, con afectación severa de miembros inferiores, y moderada en miembros superiores.

Serología negativa para lúes, VIH y hepatitis víricas.

TAC craneal con retracción córtico-subcortical.

En la evolución: Aunque el paciente accede a quedarse el primer día en el hospital, posteriormente cambia de opinión y solicita el alta. A la vista de esto se considera oportuno proceder a un internamiento involuntario, que se lleva a cabo tras supervisión judicial. Durante el ingreso se ajusta tratamiento para prevenir la aparición de abstinencia alcohólica, lo que se consigue. Se administra tratamiento antipsicótico, consiguiéndose una aminoración de la ideación celotípica. Se advierte enfermedad de Dupuytren bilateral. Quejas de algias urentes y debilidad en MMII compatibles con una polineuropatía alcohólica. El paciente expresa conciencia de problema con el consumo de alcohol y manifiesta voluntad de integrarse en un tratamiento deshabitador a largo plazo. Se le explica la posibilidad de usar interdictores del alcohol, lo que el paciente acepta.

Juicio diagnóstico: Dependencia del alcohol. Celotipia alcohólica. Polineuropatía alcohólica.

Tratamiento que se le pauta para seguir en casa: Omeprazol 20 mg 1-0-0, Hidroxil B1- B6 - B12 1-1-1, Tocoferol 400 mg 0 -1-0, Ácido acetilsalicílico 100 mg 0 - 1 - 0, Diltiazem 120 mg retard 1 - 0 - 1, Bicalutamida 50 mg 0 - 1 - 0, Tramadol 50 mg 1 -1 - 1, Haloperidol 25 gotas en la cena, Placinal 2 mg 1 - 1 - 1, Lormetazepam 2 mg 0-0-1, Duloxetina 30 mg 1-0-0 y tras una semana pasara a tomar 1 - 1 - 0, Colme gotas 10-0-10. Mantener una abstinencia estricta del consumo de alcohol, en cualquiera de sus modalidades, incluso vinagre. Evitar interacciones medicamentosas como por ejemplo el metronidazol.

Revisión: Próxima cita en centro de Drogodependencias de Murcia el día 16/10/2015 a las 09:45 con DNI, Tarjeta sanitaria e informe de alta.

DISCUSION

La intoxicación alcohólica produce gran variedad de manifestaciones en relación con el nivel de alcoholemia, incluidos trastornos de conducta con potencial relevancia jurídica y los trastornos psicóticos agudos inducidos por el alcohol.

CELOTIPIA ALCOHOLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

En pacientes con trastornos de conducta y peligrosidad social resulta importante la actuación desde el ámbito médico-forense y jurídico para la prevención de futuras conductas antinormativas, siempre respetando aspectos éticos y derechos del paciente.

El tratamiento ambulatorio involuntario implementado mediante el sistema judicial en los trastornos relacionados con sustancias ayudaría a mejorar la salud pública y reduciría las conductas criminales. Entendemos que el tratamiento ambulatorio involuntario sería de aplicación en casos con mal pronóstico, nula conciencia de enfermedad y/o necesidad de tratamiento, síntomas psicóticos producidos por tóxicos y repercusión conductual severa. Siempre respetando al máximo los aspectos éticos y los derechos del paciente. Igualmente, la gravedad de este tipo de cuadros puede hacer recomendable la adopción de otras medidas jurídicas como la incapacitación civil total o parcial o la retirada de la custodia si existen hijos a cargo.

Es necesario mejorar la organización de los servicios de urgencias, así como potenciar la seguridad, tanto activa como pasiva (vigilancia, sujeción, impedir el acceso a objetos potencialmente lesivos, etc.), para pacientes en que las funciones psíquicas superiores están afectadas y son previsibles las conductas autolesivas.

Este problema deriva en una serie de **consecuencias sociales** derivadas y relacionadas con el uso indebido del alcohol como accidentes de tráfico, conflictos familiares, especialmente los relacionados con violencia familiar y de género, problemas en el trabajo (absentismo laboral, disminución del rendimiento laboral, accidentes y bajas médicas, pérdida del puesto de trabajo), descontrol económico o aumento de delitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santo Domingo J, Jiménez Arriero MA. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. 1.a ed. Barcelona: Euromedice; 2003.
2. Izquierdo M. Intoxicación alcohólica aguda. Adicciones. 2002; 14:175-93.
3. Soyka M. Prevalence of alcohol-induced psychotic disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008;258:317-8.
4. Greenfield, Lawrence A. Alcohol and crime: an analysis of national data on the prevalence of alcohol involvement in crime. Washington: US Department of Justice; 1998.
5. Haggard-Grann U, Hallqvist J, Langstrom N, Moller J. The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-crossover study. Addiction. 2006;101:100-8.
6. APA. DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.

CELOTIPIA ALCOHOLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

7. Ortega-Monasterio L. Psiquiatría jurídica y forense. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5.a ed. Barcelona: Masson; 2003. p.939-58.