

Cefalea y tentativa autolítica.

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2001; 5(4)

Alfonso Rodríguez-Palancas Palacios, Rufino J. Lozanitos Pascual, Enrique de Nicolás Pérez, Natalia Ferreiro Colmenares y Francisco Vaquero Cajal.

Servicio de Psiquiatría.
Hospital del Aire, Madrid (España).

Correspondencia:
Alfonso Rodríguez-Palancas Palacios.
Servicio de Psiquiatría. Hospital del Aire.
C/. Arturo Soria, 82. 28027 Madrid (España).
Tels.: +34 913671500 (Ext. 2487) / 609845564
E-mail: aroquepalancas@intersep.org

Anamnesis

Paciente varón de 74 años de edad que es traído al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, tras realizar gesto autolítico consistente en la producción de múltiples lesiones incisas en la cara volar del antebrazo derecho, una de ellas profunda, con afectación del vientre muscular del supinador largo.

Una vez aplicado el tratamiento quirúrgico de urgencia de las lesiones, ingresa con autorización judicial en el Servicio de Psiquiatría.

En la entrevista inicial refiere que inició manifestaciones jaquecosas, seguidas de una sensación de zumbido en el interior de la cabeza, que resultaban francamente molestas, y que, como no deseaba importunar a su familia, decidió "quitarse de en medio".

Exploración

Al ingreso en Psiquiatría se mostraba consciente, desorientado temporalmente, pero no espacial ni personalmente, con defectos mnésicos más marcados en la memoria de evocación que en la memoria de fijación y, especialmente, en la memoria reciente. Igualmente, presentaba una franca hipotimia, con cierto componente ansioso, marcada delgadez, insomnio con despertara precoz de meses de evolución, y producción alucinósica de tipo auditivo, con pérdida de juicio de realidad.

En la exploración neurológica se obtiene un Glasgow de 15/15, con pares craneales normales, sensibilidad conservada, oscilaciones rápidas de ambas manos sin clónus y función cerebelosa respetada.

Antecedentes psiquiátricos

Revisando el historial psiquiátrico del paciente, destacan los siguientes antecedentes:

* Interconsulta psiquiátrica solicitada por el Servicio de Digestivo, 24 años antes del ingreso actual, por manifestaciones compatibles con etilismo crónico, que fueron tratadas con medicación ansiolítica y complejo vitamínico. El paciente no volvió a las revisiones aconsejadas.

* Manifestaciones depresivas hace tres años, según referencia de los familiares, que no recibieron tratamiento.

Antecedentes médicos

* Colectectomía. Anillo esofágico. Diverticulosis. Estreñimiento.

* EPOC tipo A. Fumador desde los 16 años, con un consumo actual de unos 12 cigarrillos/día.

* Veinte días antes del ingreso refiere sensación dolorosa en región temporal periauricular izquierda, mareo, intensificación del temblor de manos habitual y dificultad para la expresión verbal.

* Diez días antes del ingreso acude al Servicio de Urgencias, acompañado por su esposa, por manifestaciones de astenia y disartria. La exploración neurológica y las pruebas complementarias solicitadas (Hemograma, bioquímica y gasometría) se encontraban dentro de la normalidad, a excepción de la radiografía de tórax, en la que se observan signos de enfisema y marcada osteoporosis.

Antecedentes personales

No refiere antecedentes prenatales ni perinatales de interés. Desarrollo normal. Adecuada incorporación al medio escolar, sin problemas de socialización, cursando estudios primarios. Inicio del consumo tabáquico y enólico a la edad de 16 años, haciendo una ingesta habitual de este último hasta hace unos años que reduce su consumo. Está casado, es padre de tres hijos, y actualmente se encuentra jubilado. No refiere circunstancias de estrés socioambiental agudo, aunque si manifestaciones distímicas desde su retiro, con problemas de relación con su esposa e hijos y sentimientos de minusvalía.

Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares no muestran especial interés, médico, ni psiquiátrico.

Manejo inicial

Tras el tratamiento quirúrgico de las heridas autoinfligidas, se procede a ingreso en planta de Psiquiatría, que es puesto en conocimiento del Juzgado pertinente, dadas las características del paciente, y extremando la atención en prevención de nuevos comportamientos autolíticos.

Se pauta terapia psicofarmacológica inicial con fluoxetina 20 mg/24 horas, tiapride oral cada 8 horas, clometiazol por la noche y lorazepam 2,5 mg, según la ansiedad presentada.

Pruebas complementarias

Se solicita hemograma, perfil bioquímico general, proteinograma, serología luética, marcadores de hepatitis, niveles de B 12, fólico y hormonas tiroideas y TC cerebral.

Las pruebas referidas se encuentran dentro de la normalidad, a excepción de la TC, en la que se observa una tumoración intraaxial de 4,5 cm. En el lóbulo temporal izquierdo con gruesas calcificaciones, con realce tras la administración de contraste, discreto edema circundante y mínimo efecto masa. Ante el hallazgo obtenido en la neuroimagen, se cursa interconsulta urgente al Servicio de Neurocirugía, quien solicita RMN cerebral, para completar estudio de imagen. En la RMN cerebral se observa una lesión de señal heterogénea en fosa temporal izquierda con hematoma en semiluna en la región posterior y edema vasogénico secundario. Efecto masa, con obliteración de la hendidura de Bichat, con prominencia medial del uncus y compresión del pedúnculo cerebral izquierdo. En el interior de la lesión se observan diferentes señales con artefacto de flujo en dirección de la fase, que es indicativo de dilatación aneurismática, con abundante trombo en su interior y efusión hemorrágica de localización posterior. (Figuras 1 y 2).

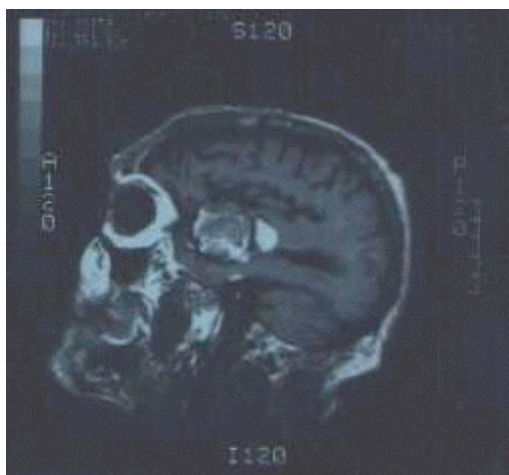


Figura 1. R.M.N. cerebral del paciente. (Corte lateral).

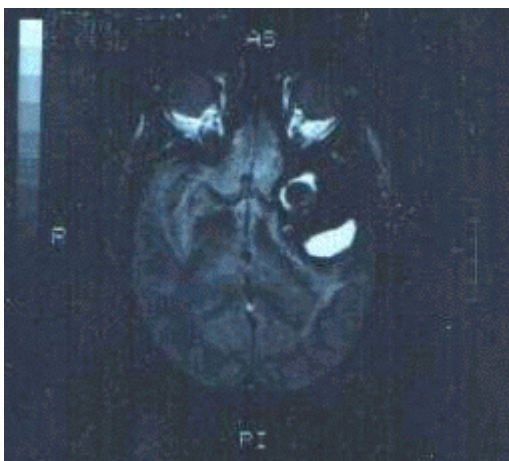


Figura 2. R.M.N. cerebral del paciente. (Corte transversal).

La comprobación de una imagen en RMN compatible con aneurisma cerebral, es seguida de la realización de arteriografía de circulación intracraneal, con cateterización selectiva de ambas carótidas y arteria vertebral izquierda, que confirma el diagnóstico de aneurisma gigante de arteria cerebral media izquierda. (Figura 3).

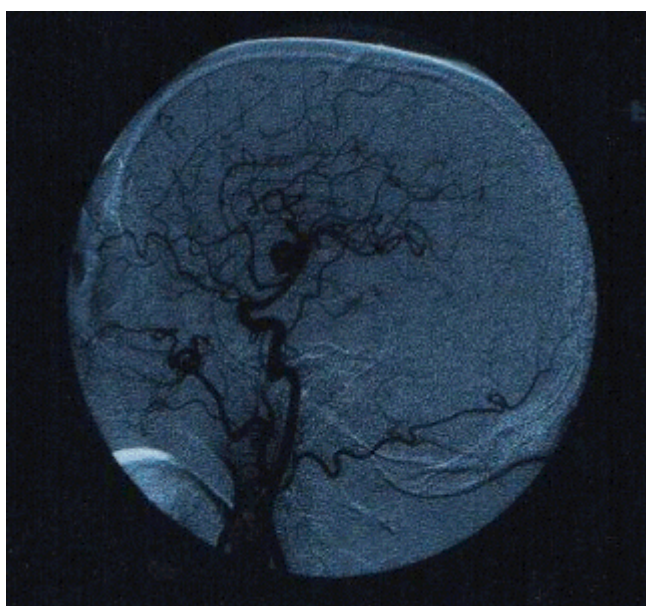


Figura 3. Arteriografía cerebral del paciente.

Evolución hospitalaria

Tras el diagnóstico de aneurisma cerebral, y la práctica desaparición de las alteraciones comportamentales e ideación autolítica, que motivaron el ingreso psiquiátrico, es trasladado a la planta de Neurocirugía, con control habitual por los Servicios de Neurología y Psiquiatría.

De forma progresiva desarrolla desorientación temporal, cefalea y empeoramiento de la marcha, por lo que se solicita TAC cerebral urgente en el que se objetiva cierta desviación de la línea media con discreto aumento del edema, por lo que se procede a oclusión endovascular urgente del aneurisma.

Tras la embolización aneurismática existe una mejora clínica progresiva del paciente, con recuperación de la línea media y disminución del edema en la neuroimagen. Desde el punto de vista psiquiátrico no se observan manifestaciones que recomienden su permanencia ingresado, procediéndose al alta tras 24 días de ingreso hospitalario.

Tratamiento

El tratamiento con que el paciente se fue de alta se resume en: Fluoxetina 20 mg/24 horas, tiapride un comprimido cada 8 horas, clorazepato 5 mg por la noche, valproato 500 mg/8 horas, ranitidina 150 mg/12 horas, dexametasona en pauta descendente y lactulosa 1 sobre cada 8 horas.

Evolución posterior

Tras el alta, el paciente ha sido seguido por los Servicios de Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría.

Las manifestaciones psiquiátricas presentadas desde el día del alta hasta la fecha, no han mostrado apenas similitud con las que en su fecha motivaron el ingreso psiquiátrico, si bien ha presentado alteraciones psicopatológicas en relación con los trastornos orgánicos de base que el sujeto ha desarrollado. Encontrándose en la actualidad con una incapacidad del 95%, según tablas OMS, en relación con manifestaciones demenciantes evolucionadas y síndrome parkinsoniano, con marcado temblor, acinesia e imposibilidad para la marcha.

Conclusiones

Se pone de manifiesto la importancia de valorar, en un primer momento, la posible existencia de procesos orgánicos que puedan ser responsables o influir en la expresión clínica de determinadas manifestaciones psiquiátricas, aunque éstas o la presencia de antecedentes psiquiátricos, familiares y personales nos hagan pensar en un trastorno mental como principal responsable de la clínica mostrada.

El presente caso constituye un buen ejemplo del actual enfoque biopsicosocial de los trastornos mentales, es decir, de la enfermedad psiquiátrica entendida como expresión de la conjunción e interacción de los factores sociales, psicológicos y biológicos que inciden sobre el paciente y su mundo.

Por otra parte, la evolución natural presentada por el paciente, una vez obtenida una mejoría inicial de las manifestaciones de ingreso con el tratamiento específico descrito, ha sido hacia el evidente deterioro cognitivo en unos tres años, en relación con la existencia de múltiples factores responsables de daño cerebral (enolismo, aneurisma cerebral, parkinsonismo y senectud).

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. Washington D.C. 1994.

Grau A. Trastornos exógenos u orgánicos. En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ª Ed. Editado por Vallejo Ruiloba J. Barcelona. Masson-Salvat, 1991. 559-583.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J.A.. Mental disorders due to a general medical condition. En Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Baltimore. Williams and Willkins. 1994. 362-373.

Kistler J.P.; Ropper, A.A.; Martin, J.P.. Enfermedades cerebrovasculares. En Harrison, Principios de medicina

interna volumen II. Nueva York. Interamericana McGraw-Hill. 1994. 2595.

Lishman, W.A.; Organic Psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder. 3th ed. Blackwell, Oxford. 1987.

Murray GB. Confusion, delirium and dementia. In Handbook of general hospital psychiatry. 3th ed. Edited by Cassen NH. St Louis. Mosby. 1991. 89-120.

Rosich, A. Enfermedades cerebrovasculares. En Farreras-Rozman. Medicina interna. Barcelona. Doyma. 1982. 1313-1315.

Vázquez Díaz, J.R.; Pérez Retuerto, M.; Pérez Valencia J.J.; Vázquez-Barquero, J.L.. Trastornos mentales orgánicos. En Vázquez-Barquero, J.L.. Psiquiatría en atención primaria. Madrid. Aula médica. S.A. 1998. 183-209.

W.H.O. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. 1992.

Wise, M.G.; Gray, K.F.. Delirium, demencia y síndromes amnésicos. En Hales, R.; Yudofsky, S.; Talbott, J.. Tratado de psiquiatría. Washington. American Psychiatric Press. 1995. 327-373.

Wynn J. Medical illness presenting as psychiatric illness. In The handbook of psychiatry. Edited by Guze B. California. Year book medical publishers. 1990. 20-36.