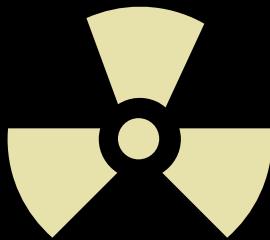


## Haga su diagnóstico

Oscar Quiroz Castro<sup>a</sup>  
Sección a cargo del grupo del  
Dr. José Luis Ramírez Arias



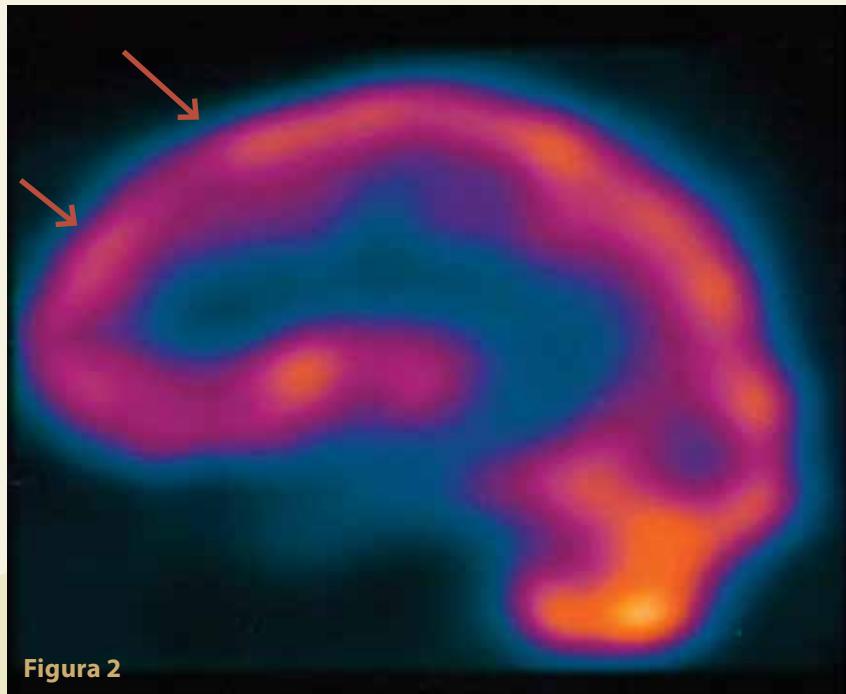
Imágenes de los estudios: Cortesía del autor

**V**arón de 27 años que cursa con antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad desde los 10 años, tratado por neurólogo con metilfenidato y lamotrigina. Tabaquismo positivo desde los 17 años a razón de 5-8 cigarros al día, y también a esa edad refiere consumo de cannabis con una frecuencia de una a 2 veces por semana, con incremento gradual. Consumo de clorhidrato de cocaína desde los 19 años (a los 25 años lo hacía hasta en 6 ocasiones por mes sin especificar la cantidad); la última vez que lo consumió fue en marzo de 2015 en 2 ocasiones en 2 días seguidos. Consumo experimental de mezcalina en una ocasión a los 19 años. A esa misma edad refiere consumo de LSD en 2 ocasiones. Inició a consumir etanol a los 16 años una vez por semana, a razón

<sup>a</sup>Jefe de Radiología. Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México.

de 10 copas por ocasión. Ha estado hospitalizado en 3 ocasiones en centros de adicciones debido al consumo de sustancias; sin embargo, principalmente presenta apetencia por el cannabis.

Inicia su padecimiento actual hace 3 meses con ideas falsas e irreductibles a la lógica, por ejemplo, pensar que su hermana lo vigilaba e intentaba dañarlo al envenenar sus alimentos. Se agrega irritabilidad, enojo y heteroagresividad verbal dirigida a sus familiares así como actitud suspicaz. Acudió con un psiquiatra particular quién le indicó valproato de magnesio (400 mg/día), con lo que presentó disminución del craving. Además, presenta bradipsiquia y dificultad para el seguimiento en línea directriz del pensamiento, por lo que solicitaron pruebas neuropsicológicas que reportaron deficiencias acentuadas en la comprensión y manejo de situaciones sociales, en los procesos de memoria de información tanto de tipo visual como verbal y en el control atencional inhibitorio; en menor medida se encontró decremento de capacidad de disponibilidad léxica. También se hicieron estudios de imagen funcional.



**Figura 2**

**1. ¿Qué estudio se presenta en la figura 1?**

- a) Tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral.
- b) Tomografía computada por emisión de fotones simples o únicos (SPECT) cerebral.
- c) Resonancia magnética (RM).
- d) Tomografía computada (TC) de cráneo.

**2. ¿De los siguientes diagnósticos, cuál sospecha sea el más probable?**

- a) Delirium tremens.
- b) Trastorno delirante primario.
- c) Trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos.
- d) Trastorno psicótico probablemente inducido por consumo de múltiples sustancias.

**3. ¿Cuál de los siguientes padecimientos es una complicación crónica del uso regular de cocaína?**

- a) Crisis hipertensiva.
- b) Evento vascular cerebral (EVC) hemorrágico.

- c) Hipertermia maligna.
- d) Perforación del septum nasal.

**4. ¿Con qué estudio usted corroboraría el diagnóstico del inciso anterior?**

- a) Cavernografía.
- b) Resonancia magnética (RM).
- c) Placa en proyección Caldwell.
- d) Tomografía computada simple.

**5. Las figuras 1 y 2 presentan alguna de las siguientes posibilidades diagnósticas:**

- a) Encefalitis.
- b) Son normales.
- c) Tumor cerebral y atrofia.
- d) Hipoperfusión frontal e infarto temporal izquierdo.

**BIBLIOGRAFÍA**

- American Psychiatric Association. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2013. p. 253.

**Respuestas:** 1:d; 2:d; 3:d; 4:d; 5:d