

La importancia actual de las psicosis orgánicas durante el embarazo, parto y puerperio

IAN BROCKINGTON^a

RESUMEN

En este artículo se describen los trastornos mentales más graves que tienen una base fisiológica y orgánica. Estas alteraciones no son frecuentes en países industrializados, pero sí lo son en países en vías de desarrollo. Las psicosis no deben confundirse con los trastornos emocionales, y requieren de un tratamiento específico, por lo que se describen los estados infecciosos que pueden causar *delirium*, y las características clínicas de otras alteraciones orgánicas que pueden cursar con psicosis, como los accidentes cerebrovasculares, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, la supresión de etanol, la hiperamonemia, la corea de Sydenham, la *corea gravidarum*, la epilepsia, la intoxicación hídrica y el hipopituitarismo. Es esencial que el clínico conozca estas entidades, para que las diagnostique adecuadamente. El diagnóstico adecuado puede prevenir secuelas graves, ya que la terapéutica es relativamente simple, en algunos de estos trastornos.

PALABRAS GUÍA: *Delirium, psicosis epileptica, intoxicación hídrica, supresión alcohólica.*

INTRODUCCIÓN

Aún en circunstancias óptimas, cuando el embarazo ocurre dentro de una relación formal y culmina en un parto planeado, en donde se dispone de analgesia y el parto es supervisado por un obstetra o partera; el nacimiento de un bebé es una experiencia estresante para muchas mujeres, como lo muestra la frecuencia del trastorno por estrés postraumático.¹ Las circunstancias favorables sólo han existido desde la introducción de los anestésicos y a menudo se restringen a las naciones más

avanzadas. En cuanto al tercer mundo, AbouZah y Wardlaw² observaron que sólo 37% de los partos en África subsahariana y 29% en el sureste de Asia, son atendidos por personal calificado como médicos, enfermeras o parteras capacitadas. Lo que sugiere que las condiciones en que nacen muchos de los bebés son comparables a aquéllas que prevalecían durante la primera mitad del siglo XIX en Europa y Norteamérica.

Peor aún que esto, algunos bebés nacen en medio del secreto, como resultado de un embarazo que ha sido ocultado. Estas mujeres no tendrán analgesia, ni apoyo de su madre o amigos, ni atención profesional si tienen complicaciones; más bien tendrá lugar una pesadilla llena de desesperación, vergüenza, miedo a la humillación y a ser denunciada. A menudo también la embarazada estará enojada por haber sido abandonada por el compañero. Un parto clandestino será más frecuente en

^a Profesor Emérito de la Universidad de Birmingham, Reino Unido.

Correspondencia:
Dr. Ian Brockington.
University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, B152TTT,
UK.

Recibido: 17 de septiembre de 2007.
Aceptado: 28 de noviembre de 2007.

aquellas partes del mundo en que se prohíbe la terminación del embarazo y las sociedades que castigan el nacimiento fuera del matrimonio.

MORTALIDAD MATERNA

La tasa de mortalidad materna (TMM) es un indicador de la prevalencia de la morbilidad materna durante el parto. Cuando es alta, debemos sospechar que todas las complicaciones del parto son frecuentes. Varios autores han subrayado las dificultades para calcular la prevalencia de la morbilidad materna en muchos países.³ El rango de la mortalidad es enorme. Tres naciones tienen una TMM de sólo seis por cien mil nacimientos (Australia, Canadá y Finlandia), la tasa para Europa occidental, EU y Japón está entre 6 y 20 por cien mil partos. El estudio de 21 países africanos mostró una TMM mayor de 1,000 por cada cien mil partos, con 14 millones de muertes maternas por año. Las cifras para Sierra Leona (2,065) y Ruanda (2,318) son cerca de 100 veces más altas que en Finlandia.

PSICOSIS PUPERALES ORGÁNICAS

Las psicosis puerperales orgánicas casi han desaparecido de la literatura científica en Norteamérica y Australia. Pero la antigua literatura médica de estos países puede dar una idea de la prevalencia que podría esperarse en el resto del mundo. En la generación de 1900 a 1925, se publicaron alrededor de 1,000 casos de psicosis puerperal, de los cuales 228 eran de naturaleza orgánica, 96 de índole eclámptica, 75 de naturaleza infecciosa, 25 del síndrome de Wernicke-Korsakoff, 21 por corea, ocho por epilepsia y tres por trombosis venosa. En aquella época, aún no se habían descrito otros ocho tipos de psicosis puerperal orgánica. En este periodo la sepsis puerperal había dejado atrás su incidencia más alta, la que ocurrió antes de la segunda mitad del siglo XIX; por esta razón es que la psicosis puerperal (ocasionada por problemas infecciosos) ha venido siendo mucho menor.

En aquella época, la “insanía puerperal” era un conglomerado de distintas enfermedades,

que los clínicos no habían aprendido a distinguir, una de otra. Cien años más tarde, los clínicos de Europa y Norteamérica reconocen el trastorno bipolar puerperal, pero han olvidado casi todo lo que se sabe sobre los trastornos orgánicos. Debemos preservar nuestro conocimiento de las enfermedades que se han hecho raras: en primer lugar, porque pueden retornar si las condiciones cambian; en segundo, porque los expertos deben ser capaces de diagnosticar trastornos poco comunes; y, finalmente, porque las enfermedades olvidadas parecerán mucho más raras de lo que en realidad lo son.

En el resto del mundo, fuera de los países industrializados, como la India, el sureste de Asia, África y Latinoamérica, donde nace cerca de 85% de los bebés, los trastornos orgánicos son probablemente tan importantes hoy, como lo han sido a través de la historia de la humanidad.

DELIRIUM INFECCIOSO

La herida de los tejidos genitales y perineales, producto del trauma obstétrico o la cesárea, es vulnerable a infectarse, principalmente cuando el parto tiene lugar en condiciones de pobre higiene. En los libros 1o. y 3o. de Hipócrates sobre epidemias, se describieron 17 casos: de éstos, ocho fueron de sepsis posparto o postabortion, y todos se complicaron con *delirium*. En Europa y Norteamérica la fundación de los hospitales en centros metropolitanos, junto con el uso de instrumentos para asistir el parto y la práctica de necropsias, contribuyeron a la aparición de las epidemias de fiebre puerperal estreptocócica. Lo que resultó en altas tasas de mortalidad posnatal, hasta de 10%. Tal prevalencia empezó a disminuir a partir de finales del siglo XIX, en que se empezaron a practicar los procedimientos de antisepsia y asepsia, con los que las epidemias se pudieron controlar.

Durante casi todo el siglo XIX, la mayoría de los clínicos creían que había sólo una forma genérica de “locura puerperal”, la que tenía una etiología multifactorial, incluyendo la sepsis, entre muchos otros factores causantes.

En este periodo, con la excepción de algunos individuos perceptivos, los psiquiatras no distinguían entre el trastorno bipolar con su concepto de *confusión mentale primitive*⁴ y las *symptomatische Psychosen* (psicosis sintomáticas) de Bonhöffer.⁵

La historia del *delirium* infeccioso en el siglo XIX en Europa, puede resumirse en el trabajo de tres daneses: Hola,⁶ Hansen⁷ y Poulsen.⁸ En 1888, cuando la bacteriología era la cúspide de la ciencia médica, Hansen afirmó que todas las psicosis puerperales eran infecciosas; encontró evidencia de inflamación en 42, de 49 casos. Su punto de vista tuvo influencia, sobre todo, en Francia, aún hasta 1920, en que se creían que la mayoría de estas psicosis se debían a sepsis genital subaguda, que podía ser curada por medio de cirugía. El hecho es que las infecciones puerperales son comunes, pero sólo una infección grave causa *delirium*. Holm dio la estimación más convincente de la proporción de casos de psicosis debidas a sepsis, 12 de 58 casos (21%) de psicosis puerperal de inicio temprano. Poulsen llevó un registro de los ingresos de mujeres, entre los años de 1858 a 1895, y mostró que la proporción de casos de psicosis puerperal bajó de 7.9 a 3.1% durante estos 40 años, en asociación con la reducción de los casos de sepsis puerperal. Es importante hacer notar que estas encuestas se efectuaron en instituciones psiquiátricas y representan una subestimación importante de la incidencia real, ya que muchas mujeres se recuperaban o morían antes de ser transferidas a una institución mental. Así, los estudios de “psicosis posparto”, durante gran parte del siglo XIX, son de valor limitado porque el trastorno bipolar puerperal se confundía con otra enfermedad completamente diferente (la infecciosa).

El *delirium* infeccioso casi nunca comienza durante el embarazo, sino en la primera semana posparto. El inicio de la sepsis y el *delirium* se asocian estrechamente, y el curso del *delirium* es paralelo al de la infección, aunque alrededor de 20% de los casos se hacen crónicos. Es rara la recurrencia en un embarazo subsiguiente. El cuadro clínico incluye desorientación, agitación, conducta desorganizada, alucinaciones (sobre todo visuales),

ideas delirantes transitorias, identificación errónea de las personas, amnesia respecto a la enfermedad y al parto y, ocasionalmente, amnesia retrógrada (olvido de eventos previos a la infección). Algunas veces se observan también características de manía, como locuacidad extrema, excitación y agitación, ideas expansivas, episodios de risa y de canto.

Se han descrito alrededor de 5,000 casos de psicosis puerperal en la literatura mundial, aproximadamente 250 (5%) han sido de etiología infecciosa. Esta proporción hubiera sido mucho más alta en las condiciones socio-médicas específicas de la mitad del siglo XIX en Europa y Norteamérica. Una proporción de 7 a 9% se mantuvo estable hasta el descubrimiento de las sulfonamidas en 1936, desde entonces dicha cifra ha disminuido, hasta que estas entidades casi se han olvidado. Pero esta “desaparición” es un artefacto de los sesgos en las publicaciones, que tienden a favorecer a las naciones con prácticas obstétricas avanzadas. Las encuestas realizadas en Europa oriental⁹ y en la India,¹⁰ aún muestran un número substancial de casos infecciosos. La encuesta obstétrica en Tanzania, realizada por Ndosi,¹¹ encontró que 69 de 86 casos de psicosis puerperal eran de naturaleza orgánica aguda y 38 eran infecciosas, ésta puede ser una indicación más verídica de lo que está sucediendo en la región Sub-Sahariana de África. Es posible que las infecciones aún sean causa común de psicosis posparto en países con una alta tasa de natalidad, infección endémica y prácticas obstétricas no avanzadas.

E N F E R M E D A D C E R E B R O V A S C U L A R C O M O C A U S A D E P S I C O S I S P O S P A R T O

Trombosis venosa cerebral

En el periodo perinatal la mujer está en mayor riesgo de sufrir trombosis, sobre todo tromboflebitis de las venas de las piernas y la pelvis. Desde el siglo XVIII, los patólogos han sabido que se pueden formar trombos asépticos en los senos venosos durales y/o en las venas del cerebro que drenan en los senos durales. El tema fue revisado en una monografía muy

respetable por Karlbag y Wolf.¹² Cuando las granulaciones aracnoideas se obstruyen, aumenta la presión intracraneal y cuando se bloquean las venas cerebrales, la presión retrógrada causa una lesión isquémica en la corteza drenada por esas venas. En general, la paciente presenta cefalea, vómito, convulsiones y signos focales como hemiplegia o disfasia. El cuadro se asemeja a la eclampsia, pero el comienzo es más tardío, usualmente en la segunda semana postparto. Sin embargo, puede presentarse en el embarazo o hasta cuatro semanas postparto. El curso clínico puede presentar recaídas a medida que se extiende el trombo. Puede haber recurrencia en otros embarazos.

Una minoría de casos tiene una presentación psiquiátrica, en la literatura se han descrito diez casos posparto y tres preparto, aunque la mayoría han presentado convulsiones más tarde o signos de focalización neurológica. Éste es el primer caso descrito:

- Una mujer de 28 años había pasado ocho días con insomnio posterior al parto. Al día siguiente presentaba ideas distorsionadas y visiones aterradoras. Trató de saltar por la ventana. Su agitación empeoró y en el lapso de tres días tuvo un estado de manía confusional. Murió 24 días posteriores al parto. La necroscopia mostró coágulos en las venas cerebrales, pero no en los senos venosos.¹³ En Europa y Norteamérica,¹⁴ la incidencia es de 10 casos por cada 100 mil nacimientos, pero es mucho mayor en la India, donde se colecciónó una serie grande de casos.¹⁵ Hay otros trastornos vasculares que ocasionalmente pueden causar psicosis posterior a un parto o aborto. Puede ocurrir una oclusión arterial por trombo, embolia amniótica o aérea. Una paciente repentinamente presentó coma después de hacer ejercicios de flexión de la rodilla al pecho, una causa reconocida de embolismo aéreo, después de presentar convulsiones, mostró confusión mental con alucinaciones y labilidad emocional.¹⁶

Angiopatía cerebral posparto es el nombre que se da a un espasmo transitorio de las

arterias cerebrales de calibre mediano. Originalmente se la describió en adictos a la cocaína y anfetamínicos, pero también se ha visto como complicación del tratamiento con ergotamínicos y bromocriptina. La angiografía muestra múltiples estrecheces y dilataciones segmentarias, como si fuese un chorizo. Dos pacientes han presentado confusión mental, además de signos focales.¹⁷

Algunas pacientes ocasionales con hemorragia subaracnoidea después de un aborto espontáneo o un parto, han presentado síntomas psiquiátricos, como en este ejemplo:

- Una mujer empezó a mostrarse somnolienta 36 horas después del nacimiento de su tercer hijo. No respondía ni a su esposo ni al bebé. Vomitó y permaneció sin hablar, rehusándose a beber y comer. La mañana siguiente aún estaba en mutismo y se mantuvo en posturas incómodas por lapsos de un minuto (diagnosticadas como catatonía). Al ser admitida a la unidad psiquiátrica, aún tenía fiebre y se veía estuporosa. El cuello estaba rígido. El líquido cefalorraquídeo contenía sangre y el electroencefalograma mostraba ondas lentas. Se recuperó durante las siguientes siete semanas.¹⁸

La anestesia epidural es el mejor método para aliviar el dolor durante el parto, pero si se perfora la duramadre y hay salida de líquido cefalorraquídeo, disminuye la presión intracraneana y las venas subdurales pueden romperse. Se han descrito unos 30 casos de hematoma subdural, y cuatro pacientes se presentaron con psicosis, éste es un caso:

- Una mujer de 21 años, primípara, recibió anestesia epidural, la cual tuvo éxito después del segundo intento. Al siguiente día tuvo una cefalea intensa. En los siguientes diez días mostró oscilaciones del estado de ánimo y conducta errática y desorganizada hacia el bebé. En el onceavo día tuvo un intento de suicidio y golpeó a su hijo. Se hizo el diagnóstico de psicosis puerperal. Empezó a vomitar y se quejaba de un dolor de cabeza intollerable y visión borrosa. Se encontró

que tenía papiledema. La TAC de cráneo mostró hematomas subdurales. El tratamiento que la curó fue un drenaje de los hematomas por medio de trócar, cinco semanas después del parto.¹⁹

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

El vómito pernicioso del embarazo (hiperemesis gravídica) es una enfermedad peligrosa. Puede ocasionar ruptura del esófago, hiponatremia, hipokalemia, rabdomiólisis, insuficiencia renal y hepática, coagulación intravascular diseminada, hemorragia debida a deficiencia de vitamina K y varios trastornos neurológicos, neuropatía periférica, mielinólisis pontina central y el síndrome de Wernicke- Korsakoff.

Wernicke describió el síndrome de oftalmoplejía y alteración del estado de conciencia en el año de 1881. Korsakoff identificó la *psicosis polineurítica* en 1887. Unos diez años más tarde se observó que era la misma enfermedad, con la misma fisiopatología y que ocurría en la misma clase de pacientes, además de tener un curso clínico similar. Victor, Adams y Collins²⁰ propusieron el término síndrome de Wernicke-Korsakoff, en el cual se observó un rango de manifestaciones neuropsiquiátricas. Algunas pacientes no presentan ninguna anormalidad mental y otras mueren durante el coma de la fase aguda. Muchas manifestarán *delirium*. El síndrome amnésico clásico suele aparecer cuando mejora la confusión mental. La alteración de la memoria se debe a la lesión de las paredes del tercer ventrículo, sobre todo, de los núcleos dorso-mediales del tálamo. La causa es la deficiencia de tiamina, como se observa en alcohólicos o pacientes con tumores gástricos y por otras causas de vómito intratable. El tratamiento con tiamina es curativo rápidamente, y aún en aquellos pacientes que ya tienen establecida la pérdida de memoria hay alguna recuperación.

Aún antes de que se describiera el síndrome, Dubois²¹ informó que había confusión, somnolencia, coma y alucinaciones en mujeres que morían de hiperemesis. Von Hösslin,²² en su revisión monumental, colecciónó 17 casos

del complejo sintomático de Korsakoff entre 92 casos de neuritis del embarazo o puerperal. Con el embarazo, aumenta la necesidad metabólica de tiamina, que puede estar aún más aumentada si hay daño hepático o infección.

Se han publicado más de 100 casos de este síndrome en mujeres embarazadas o puérperas. Dos terceras partes ocurrieron durante el embarazo, y usualmente la muerte del bebé o su expulsión a través del parto, curan el vómito. Sin embargo, siete casos se han presentado después de la muerte fetal *in utero* y nueve casos ocurrieron después del parto, como el siguiente:²³

- Una mujer tuvo hiperemesis en el octavo mes de su séptimo embarazo. Con el nacimiento cesó el vómito durante dos días, pero luego recurrió. Al cuarto día tuvo insomnio total y empezó a quejarse de que los vecinos la estaban espiando a través de hoyos en la pared. Con frecuencia preguntaba por qué la querían matar y por qué había sido acusada de matar a sus hijos. En el doceavo día manifestó debilidad en las piernas, progresando a la parálisis hacia el día 20. Perdió totalmente la memoria de los eventos de unos cuantos meses atrás, de su nuevo domicilio y la ocupación de su esposo, los nombres del personal, de las visitas de su esposo y del resto de la familia. Después de cinco meses, recuperó su salud mental y la memoria, pero no totalmente la función motriz.

Antiguamente, la terminación del embarazo era el tratamiento establecido, pero algunas pacientes se deterioraban y otras tenían sus primeros síntomas después de un aborto. Ocho casos publicados antes de la Segunda Guerra Mundial ocurrieron después de la terminación del embarazo, y cuatro casos recientes aparecieron después de un aborto espontáneo. Por lo general, los signos neurológicos revelan el diagnóstico, pero ocasionalmente no ocurren, como en este caso:²⁴

- Una mujer de 27 años presentó hiperemesis en el cuarto mes de su embarazo y hacia el quinto mes, había perdido 25 kg de peso, a pesar de ser alimentada por sonda yeyunal.

Durante los dos meses antes del parto, tuvo dificultad para recordar las cosas de un día para otro. Despues del nacimiento, manifestaba apatía y no parecía darse cuenta de que había tenido un hijo. Acusaba a su esposo de infidelidad. Tenía alucinaciones visuales y una pérdida marcada de la memoria, mostrando confabulación (es decir, recuerdos falsos inventados por ella, para encubrir su pérdida de memoria). Había olvidado casi todo el periodo de su embarazo y el hecho de que había sido alimentada por sonda yeyunal. La pérdida de memoria duró los tres meses del lapso de observación.

La causa del síndrome no siempre es la hiperemesis. En cuatro casos la causa fue la adicción al etanol. Siete, que ocurrieron después del parto, tenían infecciones graves, sin hiperemesis. En otro, el síndrome apareció después de un accidente cerebrovascular por hipertensión arterial. Debido a que se estableció la causa de este síndrome hace ya mucho tiempo, y su prevención es barata y fácilmente disponible, esta enfermedad debería haber desaparecido. De hecho, hay signos de mejoría en sus manifestaciones y curso clínico. Desde la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo aproximadamente con la disponibilidad del tratamiento con tiamina, sólo ha habido cinco casos posparto o postabortiones descritos en la literatura, en dos no había cambio alguno en el estado mental de las pacientes. No obstante, aún existen reportes de casos graves hasta el presente. De hecho, ha habido un resurgimiento de casos nuevos en relación con terapia de rehidratación sin suplementos vitamínicos, tan recientemente como el año 2002.²⁵ Tres pacientes, durante los últimos 15 años, se presentaron con coma y murieron rápidamente. Tres pacientes recientes manifestaron pérdida de la memoria de 12 meses de duración, como en este caso:²⁶

- Una mujer de 24 años tuvo hiperemesis desde el principio de su primer embarazo. Se deshidrató y manifestó ataxia, nistagmo y desorientación mental. Fue tratada con

glucosa intravenosa y se deterioró. No podía mantenerse ya en pie, tenía oftalmoplejía completa, disartria, disfagia, signos piramidales y coma. Con la terapia vitamínica, su estado mental mejoró rápidamente, pero aún tenía amnesia anterógrada (de los hechos sucedidos posteriormente a la enfermedad), anosognosia (dificultad para reconocer objetos), identificación errónea de las personas y confabulación. El vómito persistió, así que se decidió terminar el embarazo. El déficit en la memoria persistía al término del seguimiento, 18 meses después.

Psicosis como complicación de la corea de Sydenham

En 1763, Sydenham²⁷ describió la forma de corea que lleva su nombre. Este trastorno es más grave cuando ocurre durante el embarazo. Los movimientos involuntarios pueden ser tan violentos o continuos que llegan a hacer imposible comer o dormir. En el siglo XIX la incidencia era de un caso en mil embarazos y la tasa de mortalidad de 33%. Antes de la era de los antibióticos, la incidencia ya había disminuido a uno en 3,000 embarazos y la mortalidad a 13%. Con el control de las infecciones estreptocócicas ahora es una enfermedad rara, pero todavía ocurre, aun en países industrializados.²⁸ Puede ser recurrente y afectar embarazos consecutivos. Puede iniciarse después del parto o de un aborto y tanto los anticonceptivos orales como la menstruación tienen un efecto en el cuadro clínico. Se piensa que esto se debe al efecto de los estrógenos, que aumentan la actividad de la dopamina.

Breton²⁹ ha proporcionado la descripción más completa de las manifestaciones psiquiátricas. Pueden ocurrir seis formas diferentes:

1. Cambio de carácter, con irritabilidad, desinhibición y conducta malévolas.
2. Depresión.
3. Síndrome de Tourette. En 1860, Sandras y Bourgignon³⁰ describieron a una mujer con una larga historia de corea. También profería exclamaciones extrañas. De repente, y en



forma irresistible, interrumpía una conversación con expresiones extraordinarias; en contraste deplorable con sus modales refinados. La mayoría eran expresiones groseras o adjetivos obscenos, pero no menos vergonzosas eran las opiniones francas y desfavorables de los allí presentes. La mujer terminó siendo una reclusa. Esta descripción precedió a la de Gilles de la Tourette por varias décadas.

4. Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómicas, son más intensas en la corea.

Una paciente de Louis Marcé³¹ veía demonios, cuerpos sin cabeza, cuervos, murciélagos y otras criaturas aterrizzantes, las cuales creía la iban a estrangular. Estas alucinaciones ocurrían cuando se estaba durmiendo y al momento de despertarse. Breton describió a una joven que tenía visiones de ladrones que entraban en la casa, que tenían caras negras y se vestían de negro, con nariz roja, sombreros redondos y dedos cubiertos de anillos. Aparecían todas las noches al irse a dormir, tan pronto como cerraba los ojos. Los oía decir que le iban a cortar el cuello.

Puede tratarse de una exacerbación de la alucinosis hipnagógica normal, causada por la presión aumentada de sueño MOR en pacientes con privación grave del sueño.

5. Síndrome orgánico agudo (*delirium*). En la revisión de Willson y Preece³² de 951 casos de embarazos con corea, este síndrome ocurrió en 51 casos (16%). El diagnóstico puede ser difícil debido a que los espasmos musculares violentos, pueden sugerir que se trata simplemente de agitación y trastorno del pensamiento. La diferencia entre la corea y la psicosis se establece por la distinción en el inicio, curso clínico y gravedad.

6. Déficit crónico en la memoria y la inteligencia.

Todos estos trastornos pueden presentarse en la corea de la gravidez. Se han descrito muchos casos de psicosis, pero a menudo los datos son escasos y en algunos otros factores, como la infección o la insuficiencia cardiaca, contribuyen al *delirium*. En una revisión

reciente, en la cual se eliminaron los casos dudosos, quedaron más de 50: 41 episodios preparto simples (incluyendo cuatro crónicos y ocho recurrentes), 11 casos de corea preparto con psicosis posparto o postabortedo y cinco de aparición posparto o postabortedo, con manifestaciones tanto de corea como de psicosis.

La siguiente paciente,³³ tuvo corea y psicosis, antes y después del parto:

La corea apareció en el cuarto mes del embarazo, la paciente se deprimió y tuvo ideas de persecución. Después de un mes, ambos trastornos mejoraron. En el noveno mes reapareció la corea. Después del parto y luego de un mortinato, oía voces y creía que su esposo la iba a envenenar. Dos meses después, la corea y la psicosis mejoraron en forma simultánea.

La corea es una causa de psicosis posparto ocasional. Es interesante debido a sus manifestaciones que son inusuales, pero el caso más reciente de esta índole se reportó en 1950. Otras enfermedades pueden causar corea, tales como el *lupus eritematoso* y un síndrome asociado con anticuerpos antifosfolípidos. Puede que aún no podamos declarar extinta a la psicosis asociada con corea *gravidarum*.

Los casos anteriores no versan sólo sobre historia de la medicina, ni de paleontología médica, es decir, el estudio de enfermedades extintas. El *Streptococcus pyogenes* podría mutar y volverse resistente a los antibióticos usados comúnmente. Puede aun causar daños graves en países en vías de desarrollo que tienen una alta tasa de natalidad.

**PSICOSIS CAUSADAS
POR OTRAS ENFERMEDADES
ASOCIADAS A LA ETAPA
PUEPERAL**

Epilepsia

En mujeres con antecedente de epilepsia crónica y sin ningún dato de toxemia preeclámptica puede presentar psicosis asociada al parto. Se ha descrito alrededor de

una docena de casos, dos durante el parto y diez en el puerperio. El siguiente es un ejemplo:

En una paciente que había padecido de ataques epilépticos nocturnos desde la menarquia, éstos se agravaron durante el embarazo. Cuando empezó el trabajo de parto sufrió convulsiones violentas y se requirió de seis personas para lograr contenerla. En los dos primeros días posparto no tuvo ataques, pero luego reaparecieron. La psicosis empezó en el día 18, creía que estaba siendo electrocutada, hablaba sola y lanzaba gritos escalofriantes, cantaba con toda la intensidad de que era capaz y tuvo que ser contenida. Finalmente, se recuperó tres días más tarde.³⁴

En otras siete pacientes, la epilepsia apareció por primera vez cuando tuvieron su primer embarazo, y también presentaron episodios psicóticos, como en el siguiente ejemplo:

La paciente tuvo su primer ataque epiléptico tres días después de su primer parto, luego tuvo ataques aproximadamente cada dos a cuatro semanas. Después de que nació su cuarto hijo, mostró un periodo breve de confusión mental. Después del quinto parto, tuvo un ataque seguido por alucinaciones intensas que duraron tres semanas. Lo mismo ocurrió cinco semanas después de su siguiente parto. Después de éste, tuvo múltiples ataques, periodos de ausencia mental y episodios de conciencia crepuscular. Sus 7o. y 8o. partos fueron normales, pero tuvo otro episodio de confusión y alucinaciones, poco antes de su 9o. parto, el cual continuó durante cuatro semanas durante el puerperio.³⁵

Supresión alcohólica

La supresión alcohólica se presenta con frecuencia en adictos al etanol cuyo consumo se interrumpe por alguna cirugía o trauma. Hay varias referencias a este síndrome como complicación posparto, pero sólo una descripción inequívoca de *delirium tremens* puerperal.³⁶

Deficiencia hipofisiaria (hipopituitarismo)

La necrosis de la hipófisis (pituitaria), consecuente a hemorragia posparto lleva el nombre de Sheehan, cuyas contribuciones a la literatura fueron extraordinarias.³⁷ La pérdida de las hormonas de la parte anterior de hipófisis, da lugar a un déficit en el funcionamiento gonadal, suprarrenal y tiroideo, y a un estado de sopor y apatía, más bien que depresión. Años después puede sobrereñadirse una psicosis, debida ya sea a mixedema, hipoglucemias o a una crisis adisoniana. Estas pacientes también pueden manifestar psicosis aguda y recurrente. Lo que es más, son propicias a tener una aparición temprana de estados confusionales, debido a que varias de ellas manifiestan hiponatremia e hipoglucemias en los diez primeros días posparto. Hay diez casos descritos de complicaciones psicóticas tempranas, empezando por el siguiente:

Una mujer de 41 años tuvo una hemorragia grave cuando nació su noveno hijo. Al cuarto día posparto tuvo manifestaciones de fiebre, seguida de agitación y confusión mental. Fue transferida a una clínica psiquiátrica con desorientación mental, logorrhea y alucinaciones visuales y auditivas. Manifestaba una grave anemia. Murió quince días después del nacimiento. La necropsia mostró necrosis de la hipófisis, y a pesar de la fiebre persistente, no había signos de infección.³⁸

Un estudio sugiere que la incidencia de este trastorno es mayor en sitios sin cuidados obstétricos avanzados.³⁹

Intoxicación hídrica

El síndrome de Sheehan no es la única causa de hiponatremia en relación con el embarazo. Éste puede surgir como complicación del tratamiento con oxitocina, que generalmente se usa para inducir un aborto. Tres pacientes han presentado *delirium*, como en el siguiente caso:

- A una mujer se le administró una infusión de oxitocina y dextrosa para inducir un



aborto. Después de la administración de cuatro litros de esta solución, mostró inquietud, somnolencia y estado confusional. Vomitaba y se le encontró tirada en el piso en estado de coma. Su nivel sérico de sodio era de 100 mEq por litro. Se recuperó en cinco días y manifestaba amnesia para el periodo en que estuvo en coma.⁴⁰

Hiperamonemia

Los trastornos del ciclo de la urea de Krebs-Henseleit dan lugar a hiperamonemia, que con frecuencia causa la muerte neonatal en los homocigotos. En aquellas personas que sólo son portadoras o heterocigotas, puede desarrollarse una encefalopatía durante el embarazo o el puerperio. Se han descrito ocho

casos. Las deficiencias enzimáticas informadas han sido de la sinteasa de arginosuccinato (tres casos), la carbomiltransferasa de ornitina (cuatro casos) y sintetasa de carbomil fosfato (un caso). La siguiente paciente fue ingresada a una unidad psiquiátrica:

Una mujer manifestó anormalidades en el discurso y la marcha después de su primer parto. Después del segundo parto fue ingresada al hospital con pérdida de la memoria, conducta agresiva, agitación, discurso incoherente y desorientación. Luego se puso en estado de coma que duró tres días, que se diagnóstico como encefalopatía hepática. Después del tercer parto, tuvo confusión mental, desorientación y letargo. En realidad, sufría de deficiencia de sintetasa de arginosuccinato.⁴¹

ABSTRACT

The most severe mental disorders with a physiological and organic basis are described. These are less frequent in industrialized countries, but are common in the rest of the world. They should not be mistaken for emotional disorders, and require a specific treatment. States like delirium due to infection, cerebrovascular accidents, Wernicke-Korsakoff syndrome, alcohol withdrawal, hyperammonemia, Sydenham chorea, chorea gravidarum, epilepsy, water intoxication and hypopituitarism are described. It is essential that clinicians recognize and diagnose these conditions. A correct diagnosis can prevent severe sequelae and the therapy is relatively simple in some of them.

KEYWORDS: *Delirium, epileptic psychosis, water intoxication, alcohol withdrawal.*

REFERENCIAS

1. Bydlowsky M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralté: la névrose traumatique post-obstétricale. Perspectives Psychiatriques 1978; 4: 321-8.
2. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of the decade. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79: 561-73.
3. Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79: 182-92.
4. Chaslin P. La Confusion Mentale Primitive: Stupidité, Démence Aiguë, Stupeur Primitive (La confusión mental primitiva. Idiocia, demencia aguda y estupor primitivo). Paris: Harmattan; 1985 (reproducido en 2000).
5. Bonhöffer K. Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen (Las psicosis sintomáticas consecuentes a infecciones agudas y enfermedades internas). Leipzig & Viena: Deuticke; 1910.

6. Holm RA. Om Pueperalafsdindighed (Sobre enfermedades puerperales). Hospitalstidende 1874; 2(15): 229-42, 262-67, 273-82.
7. Hansen T. Verhältnis zwischen der puerperalen Geisteserkrankung und der puerperalen Infektion (Relación entre las enfermedades mentales puerperales y la infección puerperal). Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1888; 15: 60-127. (Traducción de su tesis de Copenague).
8. Poulsen A. Nogle bemaerkninger om puerperal psychosen. (Dos observaciones sobre las psicosis puerperales) Hospitalstidende 1899; Räkee, 7: 251-60.
9. Sujak F. Psychozy Poporodowe (Psicosis puerperal). Ginikologia Polska 1978; 49: 109-12.
10. Agrawal P, Bhatia MS, Malik SC. Postpartum psychosis: a clinical study. Int J Social Psychiatry 1997; 43: 217-22.
11. Ndosi NK, Mtawali ML. The nature of puerperal psychosis at Muhimbili National Hospital: its physical co-morbidity, associated main obstetric and social factors. African J Reproductive Health 2002; 6: 41-9.
12. Kalbag RM, Woolf AL. Cerebral venous thrombosis, with special reference to primary aseptic thrombosis. Oxford. Oxford University Press; 1967.
13. Motet A. Manie puerpérale (Manía puerperal). Moniteur des Sciences Médicales et Pharmaceutiques 1859; 1: 52-3.
14. Lanska DJ, Kryscio RJ. Stroke and intracranial venous thrombosis during pregnancy and puerperium. Neurology 1998; 51: 1622-8.
15. Srinavasan K. Cerebral venous and arterial thrombosis in pregnancy and puerperium: a study of 135 patients. Angiology 1983; 34: 731-46.
16. Rangell L. Cerebral air embolism. J Nerv Ment Dis 1942; 96: 542-55.
17. Ursell MR, Marras CL, Farb R, Rowed DW, Black SE, Perry JR. Recurrent intracranial hemorrhage due to postpartum cerebral angiopathy. Stroke 1988; 29: 1995-8.
18. Hanson GD, Brown MJ. Waxy flexibility in a postpartum woman-a case report and review of the catatonic syndrome. Psychiatric Quarterly 1973; 47: 95-103.
19. Campbell DA, Varma TRK. Chronic subdural haematoma following epidural anaesthesia, presenting as puerperal psychosis. Br J Obst Gynecol 1993; 100: 782-4.
20. Victor M, Adams RD, Collins GH. The Wernicke-Korsakoff syndrome. Oxford, Blackwell; 1971.
21. Dubois P. L'avortement dans les cas de vomissements (El aborto en casos de vómito). Bullétin de l'Académie National de Médecine 1852; 17: 556-82.
22. Von Hösslin R. Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter (Las parálisis debidas al embarazo en la mujer). Archiv für Psychiatrie 1904; 38: 730-861 y 40: 446-576.
23. Devic E (1892). Un cas de psychose polynévritique (Un caso de psicosis polineurótica). Province Médicale 1982; 7: 100-14.
24. Henderson DK. Korsakow's psychosis occurring during pregnancy. Johns Hopkins Hosp Bull 1914; 25: 261-70.
25. Spruill SC, Kuller JA. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke's encephalopathy. Obstet Gynecol 2002; 99: 875-7.
26. Olindo S, Smadja D, Cabre P, Mehdaoui H, Heinzel O. Encéphalopathie de Gayet-Wernicke et myélinolyse centropontine induites par des vomissements gravides (Encefalopatía de Gayet-Wernicke y mielinólisis centropontina inducidos por vómitos de la gravidez). Revue Neurologique 1997; 153: 427-9.
27. Sydenham T. Praxis Medica Experimentalis, sive Opuscula Universa. Leipzig: Fritsch; 1763, p. 661-2.
28. Fam NP, Chisholm RJ. Chorea in a pregnant woman with rheumatic mitral stenosis. Can J Cardiol 2003; 19: 719-21.
29. Breton A. État mental dans la chorée (El estado mental en la corea). Thèse, Paris No. 124; 1893.



30. Sandras & Bourgignon. *Traité Pratique des Maladies Nerveuses (Tratado práctico de las enfermedades mentales)*. Paris : Germer-Bailliére; 1860, p. 397-411.
31. Marcé LV. *L'État mental dans la chorée (El estado mental en la corea)*. Mémoires de l'Académie de Médecine 1860; 24: 30-8.
32. Willson P, Preece AA. *Chorea gravidarum*. Arch Int Med 1932; 49: 471-553.
33. Runge W. *Die Generationspsychosen des Weibes (Psicosis perinatales en la mujer)*. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1911; 48: 545-690.
34. Cruchet R, Rivière M. *Sur deux cas de psychose puerpérale (Respecto a dos casos de psicosis puerperal)*. Bullétin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1923; 22: 232-7.
35. Jolly P. *Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen (Contribución a la estadística y la clínica de las psicosis puerperales)*. Archiv für Psychiatrie 1911; 48: 792-823.
36. Nichols MM. *Acute alcohol withdrawal syndrome in a newborn*. Am J Dis Child 1967; 113: 714-5.
37. Sheehan HL, Davis JC. *Post-partum Hypopituitarism*. Springfield: Thomas; 1982, p. 297-302, 325-27.
38. Verga P. *Contributo allo studio dell'infarto della ipofisi (Contribución al estudio del infarto de la hipófisis)*. Patológica 1930; 22: 4-15.
39. Özkan Y, Colak R. *Sheehan syndrome: clinical and laboratory evaluation of 20 cases*. Neuroendocrinology Letters 2005; 26: 257-60.
40. Ahmad AJ, Clark EH, Jacobs HS. *Water intoxication associated with oxytocin infusion*. Postgrad Med J 1975; 51: 249-52.
41. Enns GM, O'Brien WE, Kobayashi K, Shinzawa H, Pellegrino JE. *Postpartum psychosis in mild arginosuccinate synthetase deficiency*. Obs Gynecol 2005; 105: 1244-6.