

PSIQUIATRIA

EPISODIO MIXTO SECUNDARIO AL USO DE FLUOXETINA EN UNA PACIENTE CON UN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO DIAGNOSTICADO

Ricardo Millán González*
Harold Segura Quesada*
Laura Vásquez Sancho**

SUMMARY

Female patient without previous known psychiatric history, who after receiving fluoxetine to treat a depressive episode, all of the sudden started with a maniac episode while continuing experiencing the depressive symptoms. The discontinuation of the antidepressant while receiving an anxiolitit and a mood stabiliser medication helped to control the crisis.

INTRODUCCIÓN

El caso descrito en el presente artículo ilustra uno de los riesgos más frecuentes a los que se ven expuestos los médicos que utilizan

antidepresivos para el manejo de los trastornos afectivos. En un porcentaje estos usuarios existe el riesgo de desarrollar un cuadro de características maniacales solamente o aunado a síntomas depresivos (cuadros mixtos).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 26 años, vecina de León Cortés, ama de casa, vive en unión libre, madre de 2 hijos (G2, P2, A0, C0), con educación primaria completa. Hasta el momento de su primer abordaje en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), la paciente no

había recibido algún diagnóstico o tratamiento psiquiátrico. No se reportan antecedentes personales patológicos. No es etilista, tabaquista ni ha consumido drogas. Tampoco existen antecedentes delictivos. No utiliza planificación familiar. Los antecedentes heredofamiliares son: padre con esquizofrenia y etilismo, un tío paterno fue etilista crónico y otro tío paterno presentó un trastorno depresivo recurrente y un duelo no resuelto. La paciente consultó al servicio de urgencias del HNP por un episodio depresivo de más de 3 meses de evolución, caracterizado por afecto depresivo con llanto

*Médicos residentes del Hospital Nacional Psiquiátrico

*Médico asistente general de emergencias. Hospital Calderón Guardia

Descriptores: fase maníaca, fluoxetina, trastorno afectivo bipolar, viraje maniacal

Key words: mania/ fluoxetine/bipolar disorder/maniac switch

frecuente, anhedonia, hiporexia, pérdida no cuantificada de peso, baja capacidad de concentración, sentimientos de pobre autoestima y autoreproches frecuentes. Debido a la severidad del cuadro se inició tratamiento con fluoxetina VO a dosis de 20 mg/día y clonazepam VO 2 mg HS. A los 3 días de estar recibiendo la medicación y sin la combinación con otros fármacos, la paciente es descrita con una alegría súbita, asociada a nuevos comportamientos, tales como: hablarle a desconocidos en la calle, entablar nuevas amistades con varias personas, incluso a uno de ellos lo invitó a irse a vivir con ella a su casa. Afloraron ideas grandiosas de “tener muchos novios” y de “tener una nueva visión de la vida”. Mantuvo conversaciones telefónicas mucho más extensas de lo usual, al punto que se generó un recibo por una alta suma de dinero. Se involucró en peleas y discusiones con sus familiares. Ellos mismos reportaron que a pesar de que “todos en la casa la notaban diferente, ella decía sentirse bien” y en ningún momento era consciente de los peligros de su condición. Conforme continuó tomando el tratamiento su afecto se tornó francamente disfórico, acompañado de llanto repentino, inquietud, muestras somáticas de ansiedad e insomnio en fase intermedia y luego de predominio terminal. Posteriormente se tomó

#10 comprimidos de clonazepam con claros fines suicidas, para lo cual no recibió atención médica. Todos los comportamientos descritos anteriormente nunca habían sido experimentados por la paciente a tal intensidad a lo largo de su vida. Al momento del ingreso en el HNP, se le describe bien maquillada, con buena presentación y aseo personal, muy inquieta, verborreica, taquilálica, con algunas fugas de ideas, hipervigil e hipotenaz, con afecto francamente disfórico, aunque por momento alternaba entre un afecto depresivo y expansivo. Admitía tener un “pensamiento acelerado”. Durante la entrevista inicial asoció episodios súbitos de llanto intenso e incontinente. Manifestó tener una ideación suicida no bien estructurada. Se describen ilusiones visuales de sombras a su alrededor, así como alucinaciones auditivas de murmullos persistentes. No estructuró delirios en ese momento. Durante su estadía se le realizaron los siguientes exámenes los cuales fueron reportados dentro de los rangos de normalidad: hemograma, glucemia, electrolitos, pruebas de función hepática, renal y tiroidea. Asoció un VDRL no reactivo, una subunidad β negativa así como unos tóxicos en orina positivos únicamente por benzodiacepinas. Debido a que tuvo un EGO discretamente alterado se le realizó un urocultivo el cual se reportó como negativo.

El electroencefalograma en vigilia fue descrito como normal por neurología. La sola suspensión de la medicación antidepresiva y el uso de clonazepam (benzodiacepina con efecto timoléptico demostrado), bastaron para que la paciente experimentara una mejoría paulatina y un rápido regreso a la eutimia. Al revisar con mayor detalle la historia de la usuaria (ver grafico 1), se evidencia un funcionamiento distímico de base, con algunos períodos hipomaníacos claramente definidos de una duración de hasta 15 días y caracterizados por incrementos en los gastos, mayor energía y actividad de la usual, así como una menor necesidad de dormir sin que se genere cansancio secundariamente. Algunas de esas crisis habían sido desencadenadas por el consumo de “chocolate de pulperia”. Se reporta un previo episodio depresivo mayor durante el postparto del segundo de sus hijos, que no resolvió completamente y que finalmente se reagudizó por situaciones ambientales hasta generar el episodio depresivo por el cual se le recetó el antidepresivo mencionado. Su personalidad premórbida era tímida, introvertida, dependiente y evitativa, con manifestaciones incluso compatibles con una fobia social. Debido al predominio de los síntomas dentro del polo depresivo, una vez abortada la crisis la paciente fue tratada satis-

factoriamente con lamotrigina. Después de un ascenso escalonado de la dosis, se ha mantenido entre los 150-200 mg/día. Durante entrevistas de seguimiento la paciente ha evidenciado un funcionamiento adecuado con este tratamiento.

DISCUSIÓN DEL CASO

La depresión unipolar se puede confundir fácilmente con la depresión bipolar puesto que no existen parámetros absolutamente específicos para diferenciarlos.⁴ Sin embargo existen ciertas características clínicas de nuestra paciente que nos podrían haber hecho sospechar de la presencia de un trastorno afectivo bipolar de fondo. La prevalencia del trastorno afectivo bipolar (TAB) ha sido estimada por distintos autores entre el 1 al 2,5% de la población, aunque cuando se utilizan definiciones más amplias puede llegar a estar incluso entre el 3 y el 6,5%.¹ Dentro del espectro bipolar, el tipo II es más común que el tipo I.¹ El trastorno afectivo bipolar tipo II parece ser más frecuente en las mujeres que en los hombres.³ De hecho, en ellas el número de episodios depresivos excede a los eventos hipomaníacos.³ Además, son más propensas a exhibir síntomas mixtos cuando experimentan una elevación del estado de ánimo y a presentar

un episodio depresivo durante el período inmediato al posparto.³ Están bien descritos los episodios maníacos o hipomaníacos inducidos por antidepresivos en pacientes con depresiones tanto unipolares como bipolares.² Aunque se carece de estudios que comparen la capacidad para hacer ciclar a un paciente determinado, la experiencia general señala con un mayor riesgo a los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), en relación con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.¹⁻² Adicionalmente, entre mayor sea el período en que el paciente recibe el antidepresivo, mayor el riesgo para este viraje.¹⁻² Este es precisamente el mayor predictor (100%) para un TAB.² Ya desde 1983, Akiskal se había referido a un grupo de pacientes que presentaban un cambio de polaridad súbito virando de depresión a manía cuando recibían un antidepresivo, en caso de que no tuvieran antecedentes de depresión.^{1,5} Este síndrome clínico es conocido como TAB tipo III, aunque no está todavía reconocido oficialmente en el DSM-IV.¹ Para detectar más tempranamente a los pacientes con un trastorno afectivo bipolar que debutan con un episodio depresivo y para que a la vez reciban el tratamiento más adecuado, Akiskal reconoce los siguientes puntos de alerta: inicio

precoz del episodio depresivo (menor de 25 años en mujeres), un episodio depresivo con inhibición psicomotriz e hipersomnia, historia familiar de TAB, antecedente de depresión postparto y antecedente de hipomanía al iniciar el tratamiento con antidepresivos.¹

CONCLUSIÓN

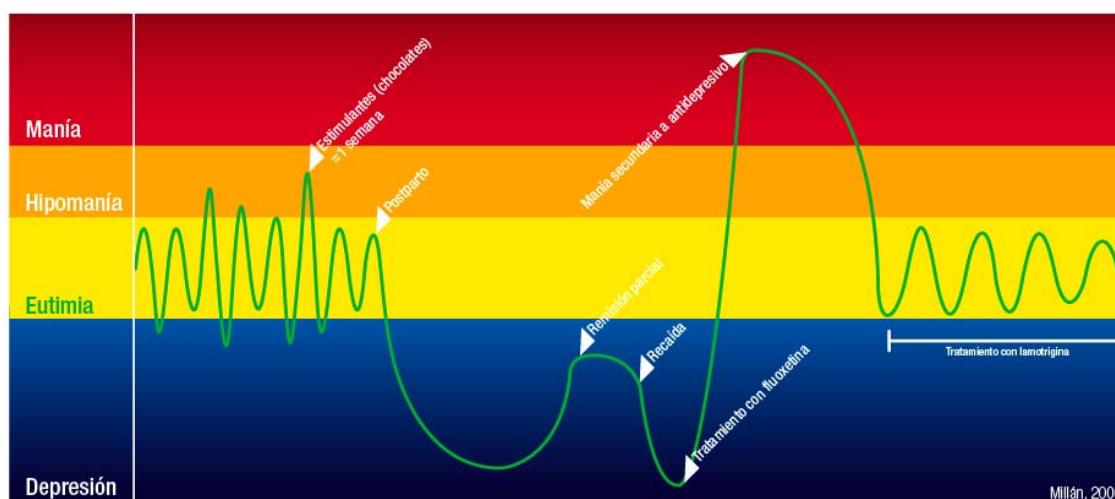
Nuestra paciente debería ser clasificada con el diagnóstico de TAB tipo II puesto que sí tenía episodios depresivos previos y múltiples eventos hipomaníacos que habían pasado desapercibidos y que luego de recibir un antidepresivo se generó un viraje rápido hacia la manía sin eliminar los síntomas depresivos.

Recientemente se ha dado un alarmante incremento en el uso de estos medicamentos, que en muchas ocasiones son de fácil acceso para quien los solicite. Es pertinente recordar que no se trata de sustancias inocuas y que en todo momento se debe de estudiar con detenimiento el caso que se presenta. Por lo expuesto anteriormente, el clínico debe estar atento al historial afectivo personal y familiar del paciente para poder disminuir el riesgo de complicar el pronóstico final de usuario con la administración inadecuada de antidepresivos.

Anexos

Gráfico 1

Historial afectivo de la paciente



RESUMEN DEL CASO

Paciente sin antecedentes psiquiátricos conocidos hasta el momento de su abordaje, que después de haber recibido fluoxetina para el tratamiento de un episodio depresivo moderado inició con sintomatología maniacal súbita, a pesar de que persistían los elementos depresivos. La sola suspensión del antidepresivo

en conjunto con medicación ansiolítica y timoléptica generó un control adecuado del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akiskal, HS. Hacia una nueva clasificación de los trastornos bipolares. Trastornos Bipolares, Avances Clínicos y Terapéuticos. Editorial Médica Panamericana, Madrid, España, 2001. Pág. 271-296.
2. Álvarez S, Feijoo V. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. *ALCMEON*. 48 Año XV - Vol.12 No. 4- noviembre de 2005 Pág. 371 a 382.
3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV, Texto Revisado. Edición española. Editorial Masson, Barcelona, España, 2003.
4. Martínez J, González C. Terapia antidepresiva y viraje a manía. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* Jul 2004, vol.42, no.3, p.177-182.
5. Tellez-Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. *ALCMEON*. 43 Año XIV - Vol.11 No.3 - Junio de 2004.