

Psicosis orgánica de tipo esquizofreniforme

Rebeca Ros-Lloréns, Emilio Meneu-García, Myriam Cabrera-Orozco, Gonzalo Haro-Cortés

Introducción. La psicosis orgánica es una enfermedad que suele abordarse desde una perspectiva sindrómica. Normalmente se trata de cuadros secundarios a procesos de larga duración, que es necesario reevaluar con frecuencia debido a la asociación entre el deterioro relacionado con la edad, la comorbilidad y la propia evolución de la psicosis.

Caso clínico. Mujer de 74 años, derivada a la Unidad de Psiquiatría desde el Servicio de Neurología por alteraciones del comportamiento, cuadros de inhibición psicomotriz que alternaban con períodos de intensa actividad psicótica, en forma de alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas, y trastornos del contenido del pensamiento en rango delirante. La paciente había sufrido, tres años antes, un episodio de hemorragia subaracnoidea debido a la rotura de un aneurisma. Tras descartar una nueva organicidad, se llegó a la conclusión del origen psiquiátrico de la sintomatología predominante en el momento actual, sobre un cerebro con daño estructural previo.

Conclusiones. Dada la relación entre el deterioro orgánico y la sintomatología psicótica en los pacientes geriátricos, éstos están predispuestos a sufrir psicosis de carácter fluctuante, que posteriormente se complica con alteraciones propias del deterioro cognitivo, no sólo por el daño estructural, sino también provocadas por cuadros puramente psicopatológicos. En el tratamiento de los pacientes con patología orgánica cerebral de base, hay que tener en cuenta la posible aparición de cuadros esquizofreniformes en el contexto de una psicosis orgánica en algún momento evolutivo del proceso. La administración de antipsicóticos inyectables de larga duración puede ser de utilidad.

Palabras clave. Ancianos. Esquizofrenia tardía. Hemorragia subaracnoidea. Psicosis orgánica. Psiquiatría geriátrica.

Servicio de Psiquiatría; Hospital Södra Älvsborg; Borås, Suecia (M. Cabrera-Orozco). Servicio de Psiquiatría (R. Ros-Lloréns); Servicio de Neurología (E. Meneu-García); Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universidad CEU-Cardenal Herrera (G. Haro-Cortés). Castellón, España.

Correspondencia:

Dra. Rebeca Ros Lloréns. Servicio de Psiquiatría. UHB de Psiquiatría. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Avda. Doctor Clará, 19. E-12002 Castellón.

E-mail:

rebecasros@hotmail.com

© 2015 Psicogeriatría

Introducción

La sintomatología psicótica que se desarrolla en el contexto de una patología cerebral estructural constituye un grupo sindrómico frecuente en la práctica clínica debido a la elevada prevalencia en la población geriátrica de patologías de tipo vascular [1].

La clínica psicótica es más frecuente en el anciano que en cualquier otra edad. La prevalencia de episodios psicóticos en pacientes geriátricos, a pesar de las dificultades diagnósticas con las que se presenta, se cifra en algunas series en un 5%, que asciende al 20% en el anciano institucionalizado [2]. La prevalencia de sintomatología psicótica es del 0,4% en mayores de 18 años y del 1,1% en mayores de 55.

La comorbilidad que se asocia en pacientes de edad avanzada que desarrollan posteriormente una psicosis es múltiple y, en muchos casos, ligada al daño cerebral, siendo las principales las enfermedades del sistema cardiovascular, la hipoxia cerebral aguda o crónica y la demencia multiinfarto [1].

El espectro de síntomas asociados a estas alteraciones es amplio, si bien predominan los delirios de carácter paranoide y las alucinaciones visuales y auditivas. Con frecuencia asocian personalidad esqui-

zoide o paranoide previamente a la alteración estructural y a los trastornos del comportamiento.

Entre los síndromes más frecuentes de psicosis en el anciano encontramos el *delirium*, la psicosis tóxica medicamentosa, la esquizofrenia de inicio tardío y muy tardío, el trastorno delirante crónico y la psicosis afectiva.

En algunas ocasiones, los cuadros descritos se complican con la negativa del paciente a la ingesta de alimentos y al tratamiento oral [2,3], como se dio en el caso aquí descrito.

Caso clínico

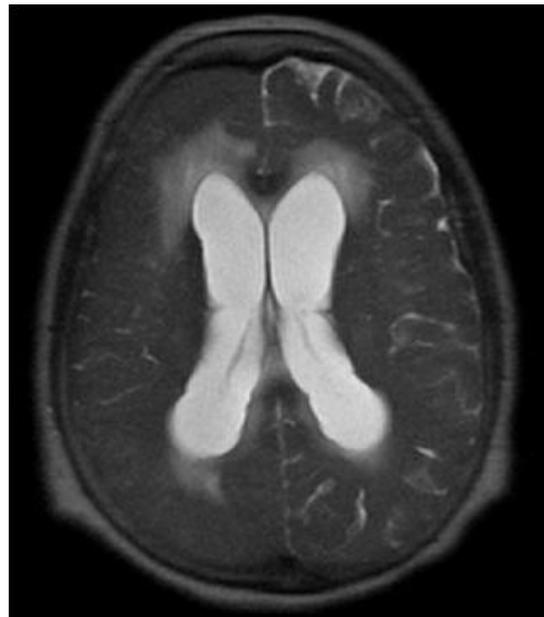
Mujer de 74 años, derivada al Servicio de Psiquiatría desde el Servicio de Neurología por alteraciones del comportamiento, consistentes en cuadros de inhibición psicomotriz, que alternaban con períodos de intensa actividad psicótica en forma de alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas, y trastornos del contenido del pensamiento en rango delirante de carácter hipocondríaco.

Entre los antecedentes familiares destacaban trastornos del comportamiento y deterioro cognitivo gra-

Figura 1. Tomografía axial computarizada con contraste, que muestra hemorragia cerebral abierta a los ventrículos e hidrocefalia tretraventricular, donde persiste una mínima cantidad de sangre en las astas posteriores.



Figura 2. Resonancia magnética, que muestra aumento de las hipodensidades adyacentes a las astas frontales, correspondiente a un edema parenquimatoso secundario a la dilatación ventricular.



ve de la madre durante los últimos años de su vida (falleció a los 80 años), una hermana con demencia de tipo mixto y un sobrino diagnosticado de esquizofrenia hebefrénica que falleció a los 40 años.

Como antecedentes personales destacaba hipertensión arterial de larga evolución, resistente al tratamiento y que precisó la combinación de tres principios activos para su control, y cardiopatía isquémica hipertensiva, ya que sufrió un único episodio en el contexto de una fibrilación auricular paroxística. Una coronariografía posterior no mostró lesiones. Como antecedentes psiquiátricos cabía destacar fibromialgia y síndrome de fatiga crónica en el pasado, tratada con benzodiacepinas en dosis bajas, y depresión en tratamiento con escitalopram por su médico de atención primaria durante el año 2006.

En octubre de 2007 sufrió un episodio de hemorragia subaracnoidea secundaria a la rotura de un aneurisma cerebral. Se descubrieron tres dilataciones aneurismáticas que se situaban en la arteria comunicante posterior derecha, cerebral media derecha y territorio oftálmico, considerándose la primero la responsable de la hemorragia. Tras la embolización y durante la fase aguda desarrolló crisis convulsivas; se diagnosticó epilepsia vascular y fue

tratada con levetiracetam, que se retiró posteriormente sin volver a recidivar dicha clínica.

La arteriografía cerebral completa con cateterismo de ambas arterias carótidas comunes y arteria vertebral derecha mostró un aneurisma bien definido en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha, de morfología y límites regulares, y otro localizado en la arteria comunicante posterior derecha que sugería estigmas de sangrado.

La tomografía axial computarizada con contraste, realizada tras el episodio agudo, mostró una hidrocefalia tretraventricular, con aumento de las hipodensidades adyacentes a las astas frontales bilaterales en comparación con estudios previos, con persistencia de mínima cantidad de sangre intraventricular (Fig. 1). Posteriormente se colocó una derivación ventriculoperitoneal, que se mantiene normofuncionante. La resonancia magnética mostró un importante edema periventricular, más acusado en las astas frontales (Fig. 2).

La familia relataba que, desde el episodio agudo de hemorragia subaracnoidea, sufrió un cambio leve de carácter y una merma en las funciones cognitivas. El deterioro se mantuvo estable durante tres años, pero asociaba falta de iniciativa, precisaba ayuda para

actividades de la vida diaria complejas como cocinar y padecía incontinencia completa de esfínteres, diurna y nocturna, que posteriormente revertiría. Si bien su estado de ánimo era fluctuante, no sufrió cambios significativos hasta cuatro años después.

Los meses previos al ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, en septiembre del 2011, acudió a urgencias en varias ocasiones por cuadros de tipo disociativo, episodios de hipersomnia y desconexión del medio, con nula respuesta a estímulos dolorosos, que fueron progresivamente en aumento. Las pruebas realizadas (resonancia magnética, medición de la presión intracraneal y electroencefalograma) fueron negativas para nueva patología orgánica, más allá de las secuelas de la hemorragia subaracnoidea anterior. Semanas antes, los familiares explicaron que presentaba sintomatología afectiva asociada, con tristeza, tendencia al aislamiento y sobre todo períodos de mutismo, de duración variable (desde horas a días).

En noviembre de 2011 se decidió un primer ingreso en la Unidad de Neurología, donde se solicitó interconsulta con el Servicio de Psiquiatría. Se retiró el levetiracetam por haberse descrito trastornos de conducta y psicosis secundarias relacionadas con el fármaco, y se añadieron paliperidona y quetiapina, con una adecuada respuesta al tratamiento. Cedió la sintomatología por la que ingresó y se decidió el alta al domicilio, donde el principal cuidador era el marido, de 70 años, así como sus tres hijos, que se mostraban atentos con la paciente.

Posteriormente, acudió en dos ocasiones más a urgencias, quedando de nuevo ingresada en enero de 2012 por negarse a ingerir alimentos y agua, y a cumplimentar la medicación oral. Presentaba alucinaciones cenestésicas ('tengo púas en el paladar'), junto con síntomas de contenido delirante poco estructurado de carácter hipocondríaco ('no puedo andar, tengo rotas las piernas') y religioso, ya que alegaba tener comunicación directa con la Virgen, con la que se la veía hablar. Asociaba ideas delirantes de perjuicio y nihilistas ('ha venido gente del pueblo a echarme polvo de veneno', 'mi muerte se anuncia por las calles', 'estoy, pero no estoy'), que la paciente vivía con elevada angustia y perplejidad.

La sintomatología descrita alternaba con estados crepusculares, en los que no había pérdida de conciencia, sino episodios de desconexión del medio, durante los cuales el curso del pensamiento se entolecía. Estos estados propios de las psicosis postictales, sobre todo próximas a la zona talámica, presentaban un inicio y una desaparición bruscos. Las interpretaciones delirantes, generalmente debidas a ideas de perjuicio y somáticas hipocondríacas,

eran independientes del cuadro crepuscular y cursaban con intensa lucidez de conciencia y alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas, de carácter complejo, elaborado y cambiante, congruentes con el estado delirante de la paciente. Dichas alucinaciones complicaban el delirio y se acompañaban de sintomatología ansiosa, inquietud e irritabilidad.

Se decidió la introducción en el tratamiento de risperidona inyectable de larga duración, dado que los episodios de inhibición impedían la correcta cumplimentación de la medicación oral, por lo que se consiguió progresivamente una mejoría y una remisión parcial de los síntomas psicóticos. El cuadro evolucionó hacia la estabilidad conductual, con persistencia del deterioro cognitivo leve, propio de los cuadros psicóticos más que de los estados degenerativos, y que se convirtió en predominante en la vida diaria de la paciente, motivo por el cual la familia decidió realizar los trámites para trasladarla a un centro para la tercera edad en régimen completo.

En la tomografía computarizada por emisión de fotón único de febrero de 2012, se objetivó una fijación homogénea del radiotrazador, estudio compatible con hipoperfusión cerebral bilateral, más acusada en ambos campos temporales y más significativa sobre el hemisferio derecho. Se informó de hipocaptación sugestiva de demencia vascular, que en nuestra opinión era una de las causas del déficit cognitivo de la paciente, pero no la única ni la más relevante. Esta prueba también apoyaba el carácter orgánico de la psicosis asociada.

La paciente requirió un último ingreso en agosto de 2012 debido a la reducción de los antipsicóticos de larga duración, como intento de manejar los síntomas con la mínima cantidad de fármaco eficaz, pero que desencadenó un nuevo brote psicótico, por lo que se retomó la dosis de inicio de risperidona inyectable de 50 mg cada 14 días, a fin de evitar que la falta de cumplimentación de la medicación oral por los cuadros de inhibición en los que la paciente se negaba a la ingesta, y cuya duración no podía preverse, precipitara un empeoramiento de la clínica psicótica que requiriera un nuevo ingreso hospitalario.

Discusión

La psicosis orgánica hace referencia a un grupo de enfermedades clasificadas en la actualidad por la ICD-10 (*Clasificación of mental and behavioural disorders*) como 'trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad médica'. En el DSM-IV-TR (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revi-*

Tabla. Psicosis orgánica: síndromes relacionados.

Esquizofreniforme: trastorno de ideas delirantes
Afectiva: maníaco-depresiva
Confusional: estupor, obnubilación, coma
Delirante: <i>delirium</i> (febril, exógeno, <i>tremens</i>)
Síndrome amnésico: alteraciones de la memoria
Estados crepusculares: alteraciones del campo de la conciencia
Alucinosis orgánicas: alucinaciones toxoinfecciosas
Trastorno catatónico orgánico: alteraciones motoras
Trastorno de ansiedad orgánico: ansiedad generalizada y pánico
Labilidad emocional orgánica: incontinencia y labilidad emocional
Trastorno cognitivo leve: interferencia en la actividad intelectual
Trastorno orgánico de la personalidad: exageración de rasgos previos
Síndrome postencefálico: cambios de comportamiento
Síndrome posconmocional: signos neurológicos y trastornos del estado de ánimo

sion), se utiliza el término ‘trastornos mentales debidos a una enfermedad médica’, invitando al clínico a definir con exactitud de qué enfermedad médica depende el trastorno, a diferencia de la ausencia de causalidad orgánica específica que hay en los trastornos primarios. Por ello, conviene seguir todos los pasos diagnósticos –definición del síndrome psicopatológico específico, delimitación de otras manifestaciones del trastorno primario, demostración de enfermedad cerebral activa– y establecer el grado de prevalencia entre la etiología posible y el cuadro psicopatológico descrito para llegar al diagnóstico específico de ‘trastorno de ideas delirantes esquizofreniforme u orgánico para la ICD o ‘trastorno psicótico debido a enfermedad médica’ para el DSM en el caso expuesto.

La psicosis esquizofreniforme se diferencia por presentar ideación delirante como característica principal, pudiendo asociar síntomas relacionados con la psicosis como paranoidismo, catatonía o hebefrenia [1]. No aparecerían, sin embargo, los síntomas negativos de la esquizofrenia que se desarrollan de forma lenta, sino que suelen presentar clínica que podría simular dichos síntomas, más propiamente asociada a alteraciones en la esfera afectiva o

cognitiva. Otro hecho que orienta el diagnóstico puede ser un leve grado de obnubilación de conciencia que acompañaría a la sintomatología esquizofreniforme. Sobre este punto, hay consenso de criterios entre la ICD-10 y el DSM-IV, que especifican que la conciencia y el intelecto no están afectados en la psicosis esquizofreniforme.

Así pues, existe un grupo de enfermedades que cursan con trastornos del comportamiento de diversa índole que son secundarios a una alteración estructural del cerebro. El abanico psicopatológico con el que comienzan estos pacientes, así como el carácter fluctuante de la clínica, es amplio (Tabla). Debido al avance de la ciencia, la fina línea que divide los trastornos orgánicos de los que no lo son se difumina aún más en el paciente anciano con un cerebro dañado. La base orgánica que se objetiva en este tipo de psicosis apunta a la idea de que se encuentran alteraciones estructurales notables, como ventriculomegalia, atrofia frontotemporal, atrofia hipocampal u otras que se observan mediante neuroimagen cerebral [4]. Sin embargo, las consecuencias clínicas son extrapolables a patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, donde resultan menos útiles las pruebas diagnósticas, pero en las que igualmente subyace un sustrato biológico o neuroquímico.

El diagnóstico diferencial de estos trastornos se establece fundamentalmente con la demencia tipo Alzheimer y con otra gran entidad como la enfermedad multiinfarto cerebral. Por ello, el estudio en profundidad de estos pacientes conducirá a las principales características que los diferencian, como son el comienzo súbito frente a la progresión en la demencia, la alternancia del cuadro psicótico con períodos de mejoría y exacerbación, y el curso fluctuante e imprevisible frente a la progresión mantenida de la demencia [5]. En cuanto a otros síntomas como la confusión nocturna, la historia de hipertensión arterial y patología vascular relacionada, muy prevalente en el anciano y que no serviría para definir el cuadro, así como la ausencia de sintomatología focal neurológica, pueden ser similares en ambas entidades. Por todo ello, el DSM-IV considera las demencias y las psicosis secundarias en apartados separados con criterios definidos, dentro del grupo de enfermedades orgánicas.

En cuanto al cuadro sindrómico, es posible que el clínico encuentre alteraciones importantes del pensamiento, asociadas o no a sintomatología afectiva y fluctuaciones del nivel de conciencia, junto con otros síntomas de la esfera psicomotriz, como agitación o inquietud, en respuesta a las alucinaciones y al propio delirio [6]. En cualquier caso, la expresión clínica de las psicosis con base orgánica com-

prende la presencia de correlación cronológica de los hallazgos somáticos y la psicosis.

Se deben realizar pruebas –tanto de laboratorio como de imagen– que determinen la ausencia de patología sobreañadida que complique el cuadro, para poder atribuir a la patología médica o estructural identificada la etiología de la psicosis orgánica. Por ello, los esfuerzos por reevaluar el diagnóstico deben ser continuos y es frecuente que se precise la actuación conjunta con otros especialistas, como neurólogos, internistas y psicólogos clínicos [7]. No hay que olvidar que el paciente puede presentar otra serie de problemas añadidos como hipertensión arterial, convulsiones, arritmias y trastornos endocrinos y metabólicos.

El tratamiento se encamina a controlar la clínica activa y la intensa angustia que ocasiona al paciente con fármacos antipsicóticos y ansiolíticos fundamentalmente, sobre todo para que cese la sintomatología psicótica positiva, teniendo en cuenta que el índice de reacciones distónicas en personas mayores puede resultar elevado, mayor del 50%, así como otros efectos secundarios de tipo anticolinérgico, adrenérgico y sedativo.

La evolución y el resultado pueden ser variables y es posible que se presenten intervalos de lucidez más o menos prolongados; por ello, el tratamiento es complejo y pensamos que las soluciones farmacológicas de liberación prolongada podrían ser una opción para este tipo de pacientes, al margen de la medicación que pudieran precisar en los momentos de exacerbación del cuadro.

Consideramos que esta paciente mostraba criterios diagnósticos de psicosis orgánica de tipo esquizofreniforme, secundaria a la rotura de un aneuris-

ma cerebral, que se presentó años después del inicio de la clínica neurológica; no obstante, guardaba una relación causal que correspondería a la etiología médica del cuadro y que permitiría clasificarla como orgánica [8]. La evaluación del presente caso lleva a recomendar el estudio a fondo de los cuadros psicóticos en personas ancianas, requiriendo un diagnóstico diferencial especialmente con las demencias que cursan con trastornos del comportamiento.

En cuanto al tratamiento, los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada, en dosis aconsejadas [8], como la risperidona de 50 mg administrada cada 14 días, pueden ser beneficiosos y han demostrado algunas ventajas no publicadas hasta ahora sobre pacientes ancianos.

Bibliografía

1. Peuskens J. Elderly with late-onset schizophrenia. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 676-8.
2. Essali A, Ali G. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD004162.
3. Tsujino N, Nemoto T, Yamaguchi T, Katagiri N, Tohgi N, Ikeda R, et al. Cerebral blood flow changes in very-late-onset schizophrenia-like psychosis with catatonia before and after successful treatment. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65: 600-3.
4. Sagen U, Faerden A, Haug T, Melle I, Finset A, Dammen T. Are there common core features of apathy in different neuropsychiatric samples as assessed by the Apathy Evaluation Scale? *Nord J Psychiatry* 2010; 64: 49-57.
5. Girard C, Simard M, Noiseux R, Laplante L, Dugas M, Rousseau F, et al. Late-onset-psychosis: cognition. *Int Psychogeriatr* 2011; 23: 1301-16.
6. Schmid LA, Lässer MM, Schröder J. Symptoms and cognition in geriatric schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2011; 79: 267-76.
7. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 387-97.
8. Talaslahti T, Alanen HM, Leinonen E. Severe psychoses in the elderly –schizophrenia and delusional disorder. *Duodecim* 2011; 127: 375-82.

Organic psychosis schizophreniform type

Introduction. Organic psychosis is a group of disorders frequently treated from a syndromic perspective. Normally they are secondary to processes of long duration, therefore it is necessary to re-evaluate frequently, due to the association between deterioration related to the age, other diseases, and the psychosis itself.

Case report. 74-year-old woman, sent to Psychiatry from the Neurology Department for alterations of the behavior with psychomotor inhibition, alternating with periods of intense psychotic activity, visual and auditory hallucinations, and disorders of the content of the thought in delirious range. The patient had suffered, three years before, episode of subarachnoid hemorrhage due to break of aneurysm. After rejecting new organic injury on a brain with structural pathology, we concluded the psychiatric character of the predominant symptomatology in the current moment, in the context of a brain with previous neurological injury.

Conclusions. Given the relation between the organic deterioration and the psychotic symptomatology in geriatric patients, they are predisposed to suffering organic psychosis of fluctuating characteristics. Also they are complicated latter by alterations of the cognitive functioning, due to the brain injury but also provoked by the psychopathological disorder. In the managing of the patients with structural brain pathology, it is necessary to bear the possibility of mental impairment with the appearance of delirium in the context of an organic psychosis. Long acting antipsychotics could be useful for these patients.

Key words. Elderly. Geriatric psychiatry. Late-onset schizophrenia. Organic psychosis. Subarachnoid hemorrhage.