

G. Lahera Forteza
F. González Aguado

Manía psicótica tras introducción de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño

Hospital Príncipe de Asturias
Alcalá de Henares. Área 3
Madrid

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) afecta al 2-3% de la población general y se origina a partir de una oclusión de la vía aérea superior a nivel de la orofaringe en presencia de esfuerzo muscular ventilatorio. El tratamiento incluye medidas generales, la administración de fármacos como la protriptilina, el empleo de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) superior por la vía nasal y, en casos refractarios, la cirugía. La medida más indicada en casos moderados-graves es la CPAP, que a través de un dispositivo nasal actúa a modo de válvula neumática e impide el colapso de la vía aérea superior.

Se ha demostrado, tras la administración de CPAP, reducción de la somnolencia diurna, mejoría en el rendimiento diario en el ajuste psicosocial y en los síntomas psicológicos, incluyendo mejoría en el estado de ánimo. En relación con estos cambios en la afectividad, se ha descrito un caso de manía resultante de CPAP aplicado a un paciente con SAOS y depresión mayor¹ y otro de descompensación psicótica en un paciente esquizofrénico². Por otro lado, el SAOS se ha relacionado con curso complicado del trastorno bipolar y la manía resistente^{3,4}.

Un varón de 44 años (M.) acude al servicio de neumología por somnolencia diurna que le había ocasionado dos accidentes de tráfico. Es fumador de 13 paquetes al año, bebedor ocasional, está diagnosticado de asma bronquial y presenta importantes ronquidos nocturnos, dificultad de concentración, irritabilidad e hipersomnolencia. Escala Epworth de somnolencia: 17/24; en el registro polisomnográfico destaca: 163 apneas e hipopneas obstructivas en 6 h y 26 min de sueño; índice apnea/hipopnea: 25,3; desaturación de oxígeno <90% durante un 11,6%, con saturación mínima del 76%; ronquido intenso y frecuente a lo largo del 45% de la noche. Es diagnosticado de síndrome de apnea del sueño grave, broncopatía crónica y obesidad. Junto a medidas ge-

nerales se prescribe la aplicación de CPAP superior por la vía nasal a 5 cm de H₂O durante todos los períodos de sueño.

M. carece de antecedentes psiquiátricos. Está casado desde hace 15 años, tiene una hija y se dedica al mantenimiento de climatización. Lleva 14 años en la misma empresa con buen rendimiento. Su madre sufrió un cuadro de depresión posparto hace 35 años; su padre ha sido tratado también por depresión. M., 1 mes después de la introducción de CPAP, desarrolla un cuadro de hiperactividad, irritabilidad, incremento de la libido y falta de sueño, que desemboca en ideas delirantes de perjuicio en su ambiente laboral. Comienza tratamiento con olanzapina 7,5 mg/día y lormetazepam 4,5 mg/día. En los siguientes 20-30 días se produce una clara remisión clínica, tras lo cual aparece un cuadro de tristeza, llanto, culpa y autorreproches. Se añade paroxetina 20 mg/día, encontrándose asintomático el paciente al cabo de 2 meses.

En agosto del siguiente año M. abandona la CPAP por considerarla incómoda para las vacaciones. Al volver al trabajo decide recuperar la normalidad y vuelve a aplicarse la CPAP. A los 15 días vuelve a notarse inquieto, nervioso, hiperactivo y con la sensación de que «algo grave está pasando». Vuelve a desconfiar de sus compañeros de empresa con la idea de que le quieren expulsar. Al recordarle los síntomas vividos 2 años antes, acude a su psiquiatra, quien le diagnostica de nuevo un cuadro maniaco.

Este caso es la primera documentación de asociación repetida de tratamiento con CPAP y manía. Es destacable que las dos descompensaciones maniacas se han producido tras la introducción y reintroducción de CPAP y no con su mantenimiento, lo que puede tener consecuencias en el manejo del SAOS.

El caso presentado aporta argumentos a la posible conexión neurobiológica entre alteraciones del sueño y aparición de cuadros afectivos. La presencia de dos antecedentes familiares de episodios depresivos —y la ausencia de antecedentes afectivos propios— sitúa al paciente en el modelo de la vulnerabilidad al trastorno del estado de ánimo, que procede del polimorfismo en los genes críticos para la regula-

Correspondencia:
Guillermo Lahera Forteza
Hospital Príncipe de Asturias
Alcalá de Henares. Área 3
Madrid
Correo electrónico: glahera@inicia.es

ción del estrés. Esta susceptibilidad podría haberse puesto de manifiesto tras los cambios en la arquitectura del sueño inducidos por la CPAP. Otra hipótesis sugerida por el caso es la inducción de cuadros afectivos por alteraciones bruscas de la concentración de elementos gaseosos en la sangre, referido en la literatura por la aparición de manía tras administración de oxígeno a presión en buceadores profesionales⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hilleret H, Jeunet E, Osiek C, Mohr S, Blois R, Bertschy G. Mania resulting from continuous positive airways pressure in a depressed man with sleep apnea syndrome. *Neuropsychobiology* 2001;43:221-4.
2. Chiner E, Arriero JM, Signes-Costa J, Marco J. Acute psychosis after CPAP treatment in a schizophrenic patient with sleep apnoea-hypopnea syndrome. *Eur Respir J* 2001;17:313-5.
3. Strakowski SM, Hudson JI, Keck PE, Wilson DR, Frankenburg FR, Alpert JE, et al. Four cases of obstructive sleep apnea associated with treatment-resistant mania. *J Clin Psychiatry* 1991;52:4.
4. Fleming JAE, Fleetham JA, Taylor DR, Remick RA. A case report of obstructive sleep apnea in a patient with bipolar affective disorder. *Can J Psychiatry* 1985;30.
5. Stoudemire A, Miller J, Schmitt F, Logue P, Shelton D, Latson G, et al. Development of an organic affective syndrome during a hyperbaric diving experiment. *Am J Psychiatry* 1984;141:1251-4.

FE DE ERRATAS

En los artículos de Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, Oller S, Corripio I, Díaz A, Faus G, Pérez V y Álvarez E. «Estudio naturalístico: 100 episodios consecutivos de agitación psicomotriz en urgencias psiquiátricas». *Act Esp Psiquiatr* 2006;34:239-244, y de Soler J, Campins MJ, Pérez V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J y Álvarez E. «Olanzapina y terapia grupal cognitivo-conductual en trastorno límite de la personalidad». *Act Esp Psiquiatr* 2001;29:85-90, en el apartado de filiación debe indicar Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) después de Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.