

Delirio en el mal de la rosa

A. Rodríguez-Palancas Palacios^a, R. J. Losantos Pascual^a, L. Pastor Llor^d y A. Lisbona Gil^c

Servicios de ^a Psiquiatría y ^b Endocrinología y Nutrición.

^c Psicólogo colaborador con el Servicio de Psiquiatría. Hospital del Aire. Madrid

Delusion and Rose's disease

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente que ingresa en psiquiatría por manifestaciones delirantes de tipo persecutorio, deterioro del estado físico general y alteraciones dermatológicas. Los antecedentes psiquiátricos, familiares y personales, por un lado, y el estado caquético de la paciente, explicado por la historia nutricional por otro, explican la expresión psicótica del déficit vitamínico nutricional subyacente. La evolución en el tiempo presentada tras la instauración del tratamiento ayuda a comprender los condicionantes etiológicos del síndrome presentado.

Palabras clave: Caquexia. Delirio. Depresión. Escorbuto. Hipovitaminosis. Pelagra.

Summary

A clinical case of a patient who was admitted to the psychiatric service due to persecutory type delusion manifestations, deterioration of general physical condition and dermatological disorders is presented. The psychiatric, family and personal background, on the one hand, and the cachectic condition of the patient, explained by the nutritional history, on the other, explain the psychotic expression of underlying vitamin-nutritional deficit. The clinical evolution presented after onset of treatment helps understand the etiological conditioning factors of the syndrome presented.

Key words: Cachexia. Delusion. Depression. Scurvy. Hypovitaminosis. Pellagra.

INTRODUCCIÓN

Con la presentación de este caso clínico se pretende poner de manifiesto la importancia de valorar en un primer momento la existencia de procesos orgánicos que puedan ser responsables o influir en la expresión clínica de determinadas manifestaciones psiquiátricas, aunque éstas o la presencia de antecedentes psiquiátricos, familiares y personales nos hagan pensar en un trastorno mental como principal responsable de la sintomatología mostrada. Igualmente no debemos desdeñar ciertas enfermedades carenciales como posibles responsables de determinados síndromes clínicos por su infrecuencia en los países desarrollados, especialmente cuando tratemos a pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria, que vivan en la indigencia o que sufran un deterioro mental evolucionado.

CASO CLÍNICO

Motivo de ingreso

Paciente de sexo femenino, de raza blanca, de 56 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias de este hospital remitida por su médico de cabecera por ánimo triste e

ideas delirantes de tipo persecutorio (tiene la firme convicción de que agentes de la Central de Inteligencia Americana [CIA] la siguen, la vigilan e intentan acabar con ella) desde el fallecimiento de su pareja sentimental hace 3 días. También refiere cefalea, dolorimiento general, hipoestesia de miembros inferiores y sensación de sequedad de piel y mucosas. Se procede a ingreso judicial al ser reticente a permanecer ingresada y dadas las características clínicas delirantes, depresivas y el estado caquético.

Historia clínica actual

Destacan las manifestaciones depresivas, ansiosas y delirantes de varios meses de evolución, más intensas desde el fallecimiento de su pareja hace 3 días, junto con un marcado cuadro de desnutrición de larga evolución.

La paciente mantenía desde hace unos 15 años relación de pareja con un varón 30 años mayor que ella, de nacionalidad norteamericana y, según referencias de la paciente, ex agente de la CIA. Durante el último año se dedicó al cuidado de él antes de que falleciera de cáncer óseo, encontrándose sometida a un importante estrés psicofísico y disminuyendo el aporte nutricional aún más, pues ya era deficitario según referencias de la propia paciente.

Examen psicopatológico

Estado caquético y envejecido, con una talla de 1,50 cm y un peso de 26 kg. Facies demacrada, vestimenta desfa-

Correspondencia:

Alfonso Rodríguez-Palancas Palacios

José Arcones Gil, 7, 9.º F

28027 Madrid

Correo electrónico: RDGUEZ_PALANCAS@terra.es

sada, no especialmente desaseada. Marcha a pasos cortos, debilidad. Habla hipofónica, poco espontánea. Poco colaboradora en etapas iniciales, desconfiada, sensitiva, hipervigilante, recelosa y suspicaz.

Ansiosa, francamente hipotímica, asténica, apática, con llanto fácil, cognición negativista, ideación autolítica y sentimientos autoculpativos en relación con el fallecimiento de su pareja.

Manifestaciones pseudoalucinatorias de tipo auditivo (percibe una voz masculina en su cabeza que le da distintos tipos de órdenes).

Taquipsíquica, en ocasiones tangencial, con un discurso en algún momento confuso. Ideas delirantes de tipo persecutorio-perjuicio y somático, con interpretación y cognición delirante (convicción extrema de que estaba siendo perseguida. Al entrar en la casa refiere que tenía manifestaciones alérgicas debido a las radiaciones del ordenador). No presenta alteraciones formales del pensamiento ni en la capacidad de abstracción.

Sin aparente detrimento intelectual y con un vocabulario acorde con el nivel cultural (deficiente escolarización). Discreto defecto proséxico y distraibilidad. Orientada temporal, espacial y personalmente. Sin ostensibles defectos en la memoria remota, reciente e inmediata.

Restricción alimentaria manifiesta. Juicio de realidad manifestamente alterado. Inadecuada capacidad introspectiva.

Antecedentes psiquiátricos

Material documentado del Servicio de Psiquiatría

Escaso. Ingreso psiquiátrico en 1970 en entidad y por motivos no precisados. Contactos aislados con nuestro servicio en 1981, 1988 y 1991 por clínica ansiosodepresiva.

Información familiar

Su hermana la define como una persona enfermiza desde pequeña, que inició alteraciones comportamentales a los 16 años caracterizadas por conductas extravagantes, con consumo excesivo de tabaco, disminución marcada de la ingesta y oposición marcada hacia el padre. Refiere que desde muy joven mostraba alteraciones anímicas, con síntomas depresivos y delirios de persecución; estos últimos tras intervención quirúrgica en 1965, con ideas de envenenamiento del personal médico hacia su persona. Antecedente de tres gestos autolíticos y resistencia a seguir los tratamientos.

Antecedentes médicos

Amigdalectomía. Septoplastia. Sinusitis polipoidea. Exodonzias. Asma bronquial extrínseca. Alergia a penicilina, pólenes y ácaros. Artrosis cervical. Úlcera péptica. Cistitis de repetición. Mastopatía fibroquística. Desórdenes alimentarios.

Antecedentes familiares

Destaca el suicidio materno mediante ingesta de cáusticos.

Antecedentes personales

Sin antecedentes perinatales de especial interés. No se recibe apenas escolarización. Con la edad de 11 años encuentra el cadáver de su madre. Alteraciones de conducta desde los 16 años ya descritas. En la edad adulta desarrolla múltiples relaciones sentimentales a lo largo de su vida, de forma sucesiva y no simultánea, la última de ellas durante los últimos 15 años. El único trabajo remunerado fue durante 3 meses como secretaria hace más de 20 años, abandonándolo porque no se sentía anímicamente estable. Vive en una situación de precariedad económica con una modesta pensión. No mantiene contacto con su único familiar vivo, que es su hermana. Tiene afición por la pintura. Es vegetariana desde hace 3 años y con desórdenes nutricionales desde los 16 años. Reconoce su vida como la de una persona enfermiza que ha tenido que enfrentarse a muchas desgracias.

Manejo inicial

Dada la clínica delirante y depresiva, con ideación autolítica, así como la resistencia por parte de la paciente a ser ingresada, se procede a ingreso judicial en planta de psiquiatría. Se instaura terapia antipsicótica intramuscular con zuclopentixol acufase y biperideno cada 3 días. Se aplica control de constantes, especial vigilancia del comportamiento desarrollado y terapia ansiolítica.

De los estudios psicológicos efectuados se concluye que no presenta deterioro cognitivo evidente con un resultado en el Miniexamen del Estado Mental de 31/35, con manifestaciones depresivas y delirantes en una personalidad de rasgo paranoides y dependientes.

Inicialmente se realizaron hemograma (con discreta elevación de hematíes), hemoglobina, hematocrito, monocitos y eosinófilos y disminución plaquetaria, bioquímica, analítica de orina, electrocardiograma y serología luética, sin alteraciones significativas.

Interconsultas

Dado el estado de desnutrición y la comprobación de lesiones dermatológicas en piernas y manos, así como la presencia de tos, expectoración, disnea y molestias oculares, se establece interconsulta con los servicios que se citan a continuación.

Endocrinología

Se observa una caquexia extrema (talla de 150 cm, peso de 26 kg e índice de masa corporal [IMC] 11,5) con atrofia muscular severa generalizada, con edemas, tras-

tornos tróficos, Petequias y descamación cutánea en extremidades inferiores. Con la impresión inicial de desnutrición calórico-proteica-vitamínica severa y posibilidad de beriberi, escorbuto o pelagra, se procede a instaurar una dieta normal con control de peso y suplementos vitamínicos y de calcio.

Se solicitan niveles de ácido ascórbico, tiamina y niacina. Los niveles de vitamina C se encuentran muy por debajo de sus valores normales, 0,5-2 mg/dl, siendo prácticamente indetectables. Los niveles de vitamina B₁ (68 µg/l) se encuentran dentro de la normalidad, es decir, por encima del límite mínimo aconsejado de 20 µg/l. Los niveles de vitamina B₃ no se pueden determinar de una manera directa, en todo caso se podían haber determinado los niveles séricos de triptófano que deben situarse entre 2-8 mg/l o los niveles de nicotinamida adenindinucleótido (NAD) o nicotinamida adenindinucleótido fosfato (NADP) hemáticos^{1,4}.

La paciente evoluciona favorablemente recuperando 9 kg en 12 días.

En la historia nutricional se evidencian las manifiestas carencias alimentarias de la paciente que seguía una dieta prácticamente vegetariana (tabla 1). Conocidos los alimentos ingeridos, se procede a valorarlos mediante las tablas de Wander, permitiendo constatar los aportes diarios aconsejables de ciertas vitaminas con los que se ha estimado que ha efectuado la paciente en su dieta (fig. 1). Así, comprobamos que el aporte de vitamina C (14 mg/día) se encuentra muy por debajo del valor recomendado (60 mg/día), orientándonos hacia una hipovitaminosis C o escorbuto; que el aporte de vitamina B₁ (0,7 mg/día) es próximo al valor recomendado (0,8 mg/día), por lo que es extraño que exista beriberi y que el aporte de vitamina B₃ (1 mg/día) se encuentra muy por debajo del valor recomendado (14 mg/día), lo que nos orienta hacia una hipovitaminosis B₃ o pelagra^{1,4}.

Dermatología

Edemas leves de distribución simétrica y bilateral en ambas piernas, con descamación y pigmentación que va

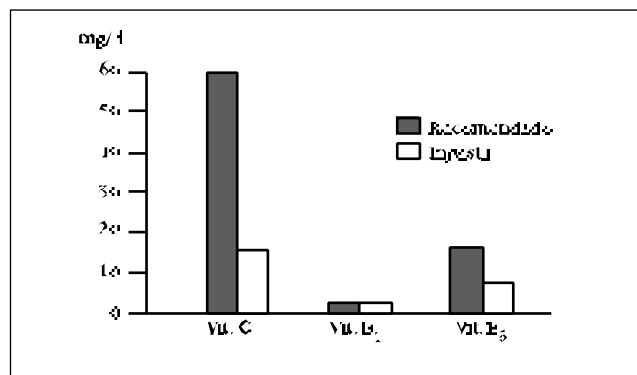


Figura 1. Comparación del aporte vitamínico recomendado y el recibido por la paciente.

del color pardo al violeta en sentido craneocaudal. Lesiones similares, aunque más discretas, en ambas manos. A los pocos días de seguir una dieta equilibrada dichas lesiones desaparecieron. Se solicita proteinograma, coagulación, inmunoglobulinas, niveles de complemento y anticuerpos, siendo todo normal excepto una discreta elevación de la inmunoglobulina M (IgM).

El Servicio de Dermatología llega a la conclusión de que las lesiones pueden corresponderse con trastornos inespecíficos de origen trófico general y vascular, aunque no se puede descartar que se trate de lesiones pelagroides, ya que la paciente había permanecido encerrada en su casa durante meses sin sufrir exposición solar directa². Dada la buena evolución experimentada por las lesiones cutáneas y la normalidad de las pruebas complementarias, no se instaura ninguna terapia dermatológica específica.

Neumología

Tratamiento de las manifestaciones asmáticas, evolucionando favorablemente.

Oftalmología

Se pauta terapia con colirio humectante ante síndrome de sequedad ocular.

Evolución hospitalaria

Tras administrar medicación antipsicótica, ya referida, y seguir una dieta equilibrada con suplementos vitamínicos-minerales y nutricionales comienza a hacerse crítico el delirio, achacando dichas creencias a que se encontraba muy debilitada físicamente, mejorando también su estado anímico. Desarrolló una ingesta voraz y una manifiesta recuperación ponderal, las lesiones dermatológicas experimentaron una mejoría evidente, así como las manifestaciones asmáticas. A los 12 días del ingreso se pasa a administrar el antipsicótico en presentación *depot*

TABLA 1. Historia nutricional

Desayuno

Achicoria (10 g), leche de arroz o almendras, cereales de maíz o avena (15 g)

Media mañana

Cereales de maíz con leche de arroz

Comida

Judías verdes o acelgas hervidas (40 g), atún fresco (35 g), aceite de oliva (10 g), torta de arroz con aceite de oliva, manzana

Merienda

Torta de arroz con aceite de oliva

Cena

Judías verdes o acelgas hervidas (40 g), jamón york o serrano (10 g), pera

cada 15 días. Al mes del ingreso ha recuperado 11 kg, han desaparecido las alteraciones dermatológicas y se muestra prácticamente eutímica, sin convicción delirante, con buena respuesta a los permisos de salida y sin clínica respiratoria, procediéndose al alta, tras 34 días de ingreso, con tratamiento antipsicótico *depot* a baja dosis, complejo vitamínico mineral y tratamiento broncodilatador.

Evolución posterior

A los 10 días del alta acude a revisión, encontrándose consciente, orientada, sin alteraciones del contenido ni del curso del pensamiento, en ausencia de producción delirante, con crítica adecuada de las antiguas ideas delirantes, sin alteraciones sensorio-perceptivas y discretamente ansiosa e hipotímica como consecuencia de dolor en cadera derecha desde hace una semana, que está siendo tratado por su médico de cabecera como lumbociática y que la limita física y socialmente. Dados los antecedentes clínicos de la paciente y el dolor agudo referido, se procede a ingreso hospitalario para estudio, que es aceptado por ella. Tras estudio radiológico, se diagnostica una fractura subcapital de fémur derecho que fue intervenida por el Servicio de Traumatología mediante osteosíntesis con dos tornillos canulados. A los 42 días de este segundo ingreso, habiendo evolucionado positivamente del problema traumatológico y encontrándose asintomática desde el punto de vista psiquiátrico, sin precisar tratamiento psicofarmacológico durante el mismo, se procede al alta.

A los 8 meses del ingreso inicial, la paciente ha experimentado una evidente recuperación ponderal, pesa 46 kg, sigue una dieta equilibrada, no muestra alteraciones dermatológicas, no presenta manifestaciones depresivas ni delirantes, se encuentra sin tratamiento psicofarmacológico desde entonces y se muestra prácticamente recuperada de su problema traumatológico.

DISCUSIÓN

En el caso clínico se presenta a una paciente con antecedentes psiquiátricos familiares (suicidio materno) y personales (alteraciones comportamentales desde la adolescencia) que ante una situación de estrés psicofísico (cuidado y fallecimiento de su pareja) desarrolla una clínica delirante con manifiesto componente ansioso y depresivo, excediendo de lo que habitualmente es una reacción de duelo. Igualmente presenta un marcado debilitamiento físico, mostrando un estado caquéctico, en sintonía con una historia nutricional que desde la adolescencia se caracterizó por su irregularidad y falta de equilibrio, reagudizándose en los últimos meses como consecuencia de las circunstancias de estrés ya referidas y determinando serios déficit vitamínicos que resultan trascendentales en la evolución del cuadro, especialmente si consideramos que las manifestaciones físicas y psiquiátricas mejoraron de forma paralela a la regularización nutricional, no siendo necesarios tratamientos psicofarmacológicos específicos para mantener, desde el punto de vista psicopatológico,

prácticamente asintomática a la paciente. De hecho, la pelagra y el escorbuto padecidos por la paciente se incluyen dentro del conjunto de procesos orgánicos que pueden ser responsables de manifestaciones psiquiátricas, y en especial de síntomas depresivos y delirantes^{3,4}. Todo ello constituye un buen ejemplo del actual enfoque biopsicosocial de los trastornos mentales, es decir, de la enfermedad psiquiátrica entendida como expresión de la conjunción e interacción de los factores sociales, psicológicos y biológicos que inciden sobre el paciente y su mundo.

Por último, y a modo de breve referencia histórica, recordar la primera descripción clínica de la pelagra efectuada por el médico español Gaspar Casal en el año 1762, que denominó «mal de la rosa» por las lesiones dermatológicas de aspecto sonrosado que aparecían por fotosensibilización⁵ (fig. 2). Según Casal, las manifestaciones psiquiátricas eran una complicación en el curso pelagroso que solían iniciarse en los meses previos al verano. El descubrimiento del déficit niacínico como responsable de la pelagra es debido al estadounidense Joseph Goldberger.

Han destacado multitud de clínicos españoles, como Grande Covián, Peralta o Bartolomé Llopis, en el estu-



Figura 2. Representación clásica del mal de la rosa de Casal.

dio de la pelagra, describiéndose una auténtica epidemia en Madrid durante la Guerra Civil Española⁶. Este último autor fue responsable de una monografía denominada *La psicosis pelagrosa*, editada en la posguerra y en donde reconoce las manifestaciones psiquiátricas principalmente melancólicas y psicóticas como parte de la evolución natural de la enfermedad⁷.

Aunque actualmente es una enfermedad infrecuente en los países desarrollados, puede presentarse en indigentes, personas con anorexia nerviosa, enfermos mentales muy deteriorados, alcohólicos y síndromes malabsortivos, entre otra serie de procesos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano Tonkin C, Cigüeña Gabriel R. Estados carenciales de las vitaminas hidrosolubles. En: *Enfermedades del metabolismo*. Madrid: Luzán 5, 1985; p. 303-21.
2. Belkowsky R, Fleisher A. *Manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. New Jersey: Mosby Doyma Libros, 1994.
3. Donald W, Black MD, Nancy C. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante. En: Hales R, Yudofsky S, Talbott J, editores. *Tratado de psiquiatría*. Washington: American Psychiatric Press, 1995; p. 435-91.
4. Víctor M, Martín J. Enfermedades nutricionales y metabólicas del sistema nervioso. En: Harrison/Isselbacher/Braunwald/Wilson/Martin/Fuci/Kasper, editores. *Principios de Medicina Interna*. New York: Interamericana-McGraw-Hill, 1994; p. 2686-8.
5. Álvarez Sala JL, Espinós D, Lozano C, Rico H, Del Río A, Rubio P, et al. Nutrición. En: Farreras/Rozman, editores. *Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, 1982; p. 1774-7.
6. García-Albea Ristol E. Las neuropatías carenciales en Madrid durante la Guerra Civil. *Neurología* 1999;14:122.
7. Llopis B. Relaciones recíprocas entre pelagra y psicosis. En: *La psicosis pelagrosa*. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1946; p. 30-8.