

# Un caso de manía crónica

G. Pailhez Vindual y A. L. Palomo Nicolau

Departamento de Salud Mental. Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López. Diputación de Barcelona. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

## A case of chronic mania

### Resumen

En este trabajo presentamos un caso de manía crónica, además de revisar el diagnóstico y el tratamiento. Se describe el caso de un paciente de 23 años de edad afecto de manía crónica con respuesta al tratamiento con clozapina.

**Palabras clave:** Manía crónica. Clozapina. Trastorno bipolar. Trastornos afectivos.

### Summary

In this paper, we present a case of chronic mania and we revise its diagnosis and treatment. A case of a 23 year old patient with chronic mania as well as his response to clozapine treatment is described.

**Key words:** Chronic mania. Clozapine. Bipolar disorder. Affective disorders.

## INTRODUCCIÓN

La descripción de la «manía crónica» se remonta a finales del siglo XIX, cuando psiquiatras como E. Mendel, C. Wernicke y C. G. Jung utilizaron este término, junto a otros como «hipomanía» o «deterioro del humor sanguíneo» (*sanguinic degeneration*), para referirse al estado de hipertimia<sup>1</sup>. Hoy día el hallazgo de un caso de manía crónica es relativamente infrecuente debido, posiblemente, a la disponibilidad de fármacos eficaces<sup>2</sup> y raramente descrita en la literatura psiquiátrica<sup>3,4</sup>.

Algunos autores han definido la manía crónica como la presencia de síntomas maniácos prominentes durante más de 2 años sin remisión<sup>5,6</sup>, aunque actualmente este diagnóstico no está contemplado ni en el DSM-IV<sup>7</sup> ni en la CIE-10<sup>8</sup>. Su prevalencia ha sido estimada por Perugi et al., situándola aproximadamente en un 13% en una muestra de pacientes con sintomatología maniaca<sup>6</sup>, señalando, asimismo, un curso más deteriorante en este tipo de pacientes.

En este trabajo se describe un caso de manía crónica. El primer autor (GPV) examinó retrospectivamente la historia clínica del paciente con el fin de corroborar los datos obtenidos en la entrevista personal con él mismo y su familia llevada a cabo por el segundo autor (ALPN). Finalmente se revisan algunos conceptos sobre su diagnóstico y tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Paciente soltero de 21 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro previo traslado del

Hospital Clínico de Madrid, donde fue ingresado por trastornos de conducta en la vía pública en el contexto de un episodio de manía. Como antecedentes psiquiátricos presentaba una «neurosis obsesiva» diagnosticada a los 10 años y un episodio depresivo a los 16, tratado con fluoxetina (con dosis desconocidas), que requirió ingreso hospitalario. No presentaba antecedentes somáticos personales ni familiares de interés. Vivía en casa de sus padres y había trabajado en varios oficios, aunque en aquel momento no lo hacía. Sin previo aviso a su familia y/o conocidos el paciente viajó, unos días antes del ingreso, de Barcelona a Madrid con el motivo de visitar unas amistades. Una vez allí el paciente presenta trastornos de conducta en la vía pública, hablando con gente desconocida y mostrando una sensación de bienestar y de expansividad anímica. En la exploración psicopatológica realizada en nuestro centro el paciente tenía buen aspecto y se mostró colaborador y abordable. Estaba consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. No presentaba alteraciones en la memoria ni en la percepción sensorial. Su curso del pensamiento era acelerado (taquipsíquico) y se manifestaba con un déficit de atención, un lenguaje verborreico y un discurso tangencial con fuga de ideas. Su contenido del pensamiento presentaba ideación delirante megalomaniaca. Su estado de ánimo era de hipertimia intensa, con sensación subjetiva de bienestar y necesidad de proyectar grandes planes de futuro. Además, el paciente mostraba una pobre conciencia de enfermedad. Durante el ingreso el paciente fue tratado correctamente con valproato a dosis de 1.000 a 1.500 mg/día, carbonato de litio a dosis de 1.200 a 2.000 mg/día y risperidona a dosis de 6 a 12 mg/día, pero sin lograr un estado de eutimia franca. A partir de este ingreso a los 21 años el paciente ha reingresado hasta ocho veces más en nuestro centro por una clínica maniaca de similares características, logrando un estado de

### Correspondencia:

A. L. Palomo Nicolau  
Prat de la Riba, 171  
08921 Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)  
Correo electrónico: palomoal@diba.es

ánimo hipomaniaco con distintos tratamientos (eutimizantes, neurolépticos y terapia electroconvulsiva [TEC]): clonazepam (1 mg/día), topiramato (100-600 mg/día), oxcarbazepina (1.800 mg/día), haloperidol (20 mg/día) y 13 sesiones de TEC, pero sin llegar a una franca eutimia. Durante el último ingreso en agosto de 2003, a los 23 años, se resolvió tratar al paciente con clozapina 600 mg/día, logrando una remisión sintomatológica. En el momento actual, 5 meses después del alta, el paciente continúa eutímico y está realizando una actividad profesional con buena adaptación, realizando los controles periódicos necesarios.

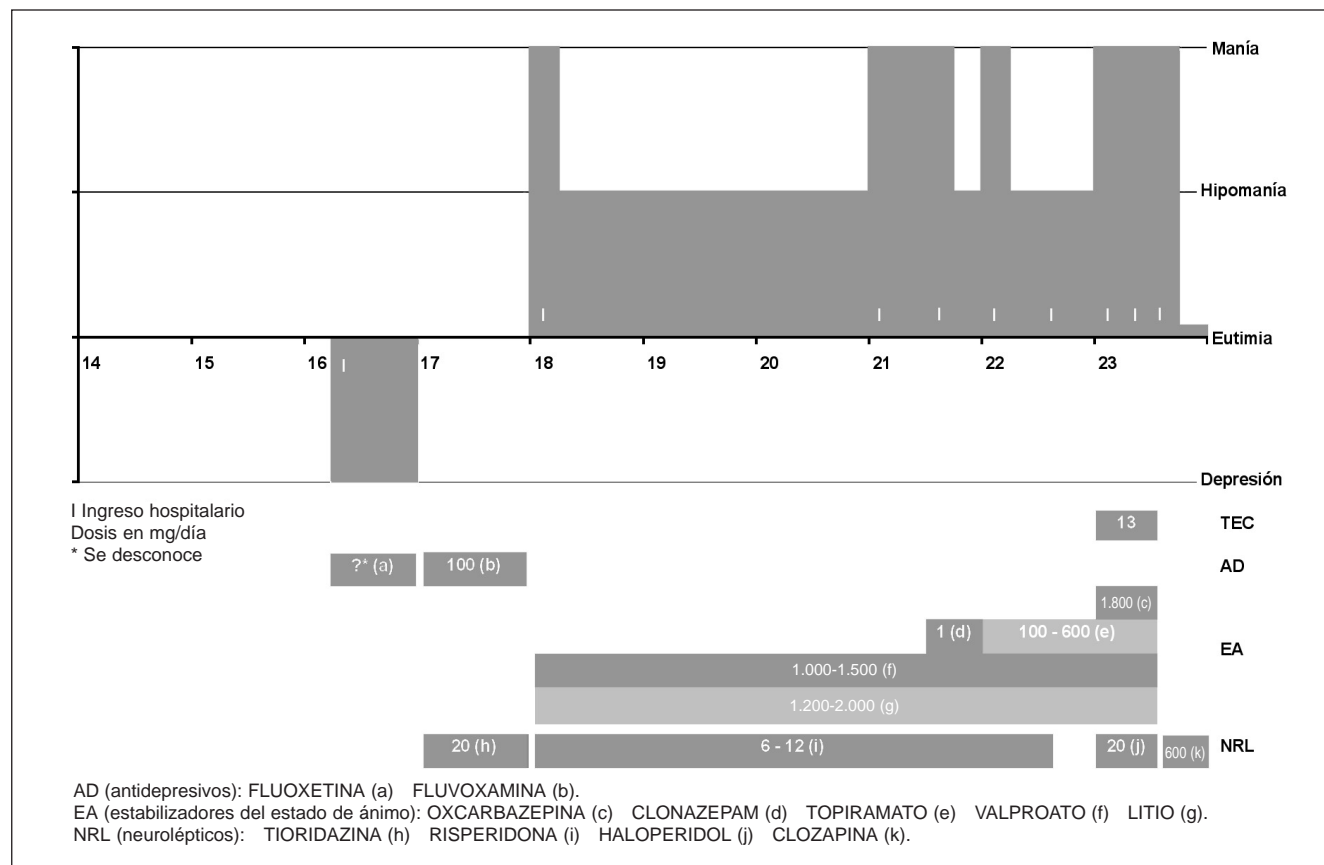
### DISCUSIÓN

Tal y como señalan Perugi et al.<sup>6</sup>, resulta especialmente relevante tener presente el diagnóstico de manía crónica ante un paciente con trastorno bipolar tipo 1, pues sus consecuencias pronósticas y terapéuticas van a ser distintas bajo esta especificación.

Es frecuente que estos pacientes reciban medicación psicotrópica a dosis adecuadas durante el episodio maniaco agudo, pero generalmente subyace sintomatología residual tras el episodio agudo a pesar del buen cumpli-

miento terapéutico. Habitualmente esta sintomatología residual consiste en un estado de ánimo de hipertimia crónica, el cual puede derivar a un estado de irritabilidad que resultaría moderadamente incapacitante para el desarrollo sociolaboral y familiar del paciente. Sin embargo, hay otro grupo de pacientes en los que este estado de hipertimia se sigue con relativa frecuencia de descompensación maniaca, dificultando notablemente un desarrollo pleno de su vida sociolaboral y familiar. Por tanto, y dado el carácter deteriorante de esta entidad, resulta de capital importancia identificar a estos pacientes para que reciban cuanto antes el tratamiento adecuado.

En nuestro caso el paciente mejoró ostensiblemente tras la administración de 600 mg/día de clozapina, consiguiendo una remisión total de la sintomatología maniaca. Por el momento no existen estudios controlados con placebo sobre la utilización de clozapina en el tratamiento del trastorno bipolar, pero el trabajo de Suppes et al.<sup>9</sup> mostró una mejoría clínica mayor al añadir clozapina al tratamiento habitual en un ensayo aleatorizado de 1 año en pacientes con trastorno bipolar o esquizoafectivo refractarios. En esta línea, tal como sugieren otros autores en estudios abiertos<sup>10-12</sup>, el tratamiento con clozapina fue una alternativa eficaz ante pacientes con trastorno bipolar o esquizoafectivo refractarios al tratamien-



**Figura 1.** Representación gráfica del estado de ánimo según la edad del paciente. Se presentan los distintos ingresos en la unidad de agudos, los tratamientos recibidos y sus respectivas dosis.

to convencional utilizando dosis similares a las de los estudios sobre esquizofrenia y con porcentajes similares de efectos adversos.

De este modo, el Informe del Grupo de la Conferencia de Consenso de Texas sobre el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar<sup>13</sup>, así como la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos bipolares<sup>14</sup> recomiendan añadir clozapina al tratamiento convencional tras haber probado sin éxito una terapia combinada de tres fármacos con eutimizantes y neurolépticos atípicos. Se necesitan ensayos clínicos controlados con placebo para comprobar la eficacia de la clozapina en este grupo de pacientes, que identificados cuanto antes podrían beneficiarse de este tratamiento en monoterapia en una fase menos avanzada de su enfermedad.

En el trabajo de Malhi et al.<sup>2</sup> se describe igualmente un caso de manía crónica que recibe varios psicofármacos a lo largo de su evolución, entre ellos clozapina a dosis de 300 mg/día sin lograr una remisión de la sintomatología maníaca. En este caso opinamos que la dosis de clozapina era insuficiente para conseguir un estado de ánimo eutímico, dado el carácter crónico y refractario de esta enfermedad.

Finalmente, es importante observar hasta qué nivel remite la sintomatología maníaca y en qué grado influye en la persona que padece el trastorno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fritze F, Ehrt U, Brieger P. The concept of hyperthymia. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie* 2002;70(3): 117-25.
2. Malhi GS, Mitchell PB, Parker GB. Rediscovering chronic mania. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(2):153-6.
3. Hare E. The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. *B J Psychiatry* 1981;138:89-99.
4. Roy-Byrne P. Clinical profile of chronic mania. *J Watch Psychiatry* 1999;301:7.
5. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
6. Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, Paiano A, Quilici C, Madaro D, et al. Chronic mania. Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psychiatry* 1998;173:514-8.
7. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
8. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000.
9. Suppes T, Webb A, Paul B, Carmody T, Kraemer H, Rush AJ. Clinical outcome in a randomized 1-year trial of clozapine versus treatment as usual for patients with treatment-resistant illness and a history of mania. *Am J Psychiatry* 1999;156(8):1164-9.
10. Calabrese JR, Kimmel SE, Woynshville MJ, Rapport DJ, Faust CJ, Thompson PA, et al. Clozapine for treatment-refractory mania. *Am J Psychiatry* 1996;153(6):759-64.
11. Green AI, Tohen M, Patel JK, Banov M, DuRand C, Berman I, et al. Clozapine in the treatment of refractory psychotic mania. *Am J Psychiatry* 2000;157(6):982-6.
12. Banov MD, Zarate CA, Jr, Tohen M, Scialabba D, Wines JD Jr, Kolbrener M, et al. Clozapine therapy in refractory affective disorders: polarity predicts response in long-term follow-up. *J Clin Psychiatry* 1994;55(7):295-300.
13. Suppes T, Dennehy E, Swann A, Bowden C, Calabrese J, Hirschfeld R, et al. Report of the Texas Consensus Conference Panel on medication treatment of bipolar disorder 2000. *J Clin Psychiatry* 2002;63:288-99.
14. Hirschfeld R. Guía clínica para el tratamiento del trastorno bipolar, in American Psychiatric Association. *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003; p. 759-875.