

Juan Soriano-Barceló¹
M^a Jesús Mota-Rodríguez¹
Alberte Araúxo¹

Psicosis vascular en el anciano: respuesta a clozapina

¹Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

La enfermedad cerebro-vascular supone una de las causas de psicosis en el anciano de origen tardío más frecuentes, se acompañe o no de demencia multi-infarto. En muchos casos el paciente presenta una adecuada conservación de las funciones cognitivas o, en todo caso, no presenta criterios de demencia. En aquellos que sí, es en la demencia vascular donde los síntomas psicóticos son más frecuentes, presentándose en más de la mitad de los casos, frente a un tercio en los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

Se presenta el caso de una mujer de 92 años, sin antecedentes somáticos de interés -a excepción de una progresiva hipoacusia bilateral-, que debuta a esa edad con clínica psicótica aguda en forma de delirios de perjuicio estructurados y alucinaciones auditivas. La TAC cerebral mostró signos de atrofia córtico-subcortical. La evaluación neuropsicológica demostró cierto deterioro cognitivo, pero sin criterios clínicos de demencia. Fue refractaria a antipsicóticos atípicos de primera línea, remitiendo el cuadro tras administración de dosis bajas de clozapina. Se discuten las características clínicas de esta psicosis, así como su abordaje terapéutico.

Palabras clave: Psicosis vascular, Psicosis senil, Clozapina

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(4):228-30

Vascular psychosis in the elderly: Response to Clozapine

Cerebrovascular disease is a cause of late-onset psychosis in the elderly more frequent, accompanied or not, multi-infarct dementia. In many cases the patient has adequate preservation of cognitive functions or in any case, no criteria for dementia. In those that do, is in vascular dementia where psychotic symptoms are more frequent, occurring in over

half cases, compared to one third of patients with Alzheimer disease.

A case of a 92 year-old woman with no somatic background -except for a bilateral progressive hearing loss-, who debuted at this age with psychotic delusions structured injury and auditory hallucinations. The CT scan showed signs of cortico-subcortical atrophy. Neuropsychological examinations showed some cognitive impairment but no clinical criteria for dementia. Was refractory to first-line atypical antipsychotics, remitting symptoms after administration of low doses of clozapine. We discuss the clinical features of this psychosis, as well as its therapeutic approach.

Keywords: Vascular Psychosis, Senile psychosis, Clozapine

INTRODUCCIÓN

M. Bleuler a mediados del siglo XX crea el concepto de "Esquizofrenia Tardía" (*Late Schizophrenia*) tras los primeros estudios en brotes psicóticos de inicio en pacientes de más de 40 años sin organicidad aparente¹. Desde entonces, y hasta el "Consenso internacional sobre esquizofrenia de inicio tardío" en el año 2000, han sido muchos los debates y discusiones conceptuales y etimológicos, pero escasas las evidencias en el campo etiológico. Esta falta de reconocimiento y unanimidad diagnóstica, reflejada en las clasificaciones internacionales (DSM y CIE) en sus diferentes ediciones, ha retrasado los estudios de estas entidades clínicas². La aparición de los conceptos de "esquizofrenia de inicio tardío" (*Late Onset Schizophrenia*, >40 años) y "esquizofrenia de inicio muy tardío" (*Very Late Onset Schizophrenia - Like Pshychosis*, >65 años¹) han permitido el avance cuantitativo y cualitativo en el campo epidemiológico, con el fin de facilitar nuevas líneas de investigación que aclarasen la verdadera naturaleza de este tipo de trastornos. Aún así, la etimología utilizada lleva a confusión respecto a sus bases etiológicas reales, tanto más alejadas de las teorías del neuro-desarrollo, como cercanas a las teorías neurodegenerativas, ya sean de origen vascular o de otro tipo.

Correspondencia:
Juan Soriano Barceló
Hospital Gil Casares - Travesía da Choupana s/n
15706 Santiago de Compostela
A Coruña - España
Correo electrónico: jsorianobarcelo@hotmail.com

De la misma manera que episodios melancólicos de inicio a edades avanzadas orienta hacia un origen orgánico -vascular frecuentemente³-, la presencia de síntomas psicóticos en ancianos mayores de 65 años, sin historia previa de enfermedad mental, sugiere una causa somática, farmacológica o un déficit sensorial, y en ningún caso una psicosis primaria⁴. El concepto de *esquizofrenia de origen muy tardío* solo se pudo postular antes de la aplicación sistemática de pruebas de neuroimagen, que informan de compromisos vasculares o de otra naturaleza, y que se suponen en el origen de la psicosis, haciendo innecesario el recurso al diagnóstico de esquizofrenia, aun siendo los síntomas psicóticos claramente esquizomorfos (aunque no su curso). Para el diagnóstico es interesante saber que, en el grupo de pacientes con demencia, los síntomas psicóticos se hacen más prevalentes conforme aumenta la gravedad de la demencia primaria -Alzheimer-, lo que no se observa en la demencia vascular, donde estos aparecen en estadios leves de la enfermedad⁵.

El tratamiento de las psicosis en ancianos se basa en el uso de antipsicóticos, preferentemente atípicos⁶. Entre estos se encuentra la clozapina, usada frecuentemente en las psicosis con patología neurológica de base -como en el síndrome de Parkinson y en demencias-, pero de la que se carece de evidencias en casos de psicosis sin organicidad clara en edad avanzada⁷. Su uso en ancianos es controvertido

debido a sus numerosos efectos adversos "menores" (psialore, hipotensión ortostática, taquicardia, aumento de peso, hipertrigliceridemia, hipertransaminasemia o sedación) y otros potencialmente fatales, como la agranulocitosis (mayor riesgo de aparición en ancianos^{7,8}) y la miocarditis. Su peligrosidad radica en los problemas farmacocinéticos y farmacodinámicos que implica el propio paciente geriátrico -cambios fisiológicos inherentes a la edad, comorbilidades, polifarmacia, entre otros-, precisando un mayor control clínico y una importante valoración del riesgo-beneficio en cada paciente⁹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 92 años, viuda, analfabeta, residente en una pequeña población rural, donde convive con su hijo. Sin antecedentes somáticos y psiquiátricos personales ni familiares conocidos. Unos meses antes de su ingreso con 92 años, sufre una hipoacusia moderada. Coincidiendo con este déficit sensorial, refiere que oye a Dios y a Radio Nacional de España (RNE) en su cabeza, y que ambos le dicen que su hijo la quiere matar. Ella comenta que, efectivamente, está convencida de que la actitud de su hijo es inadecuada, ya que se siente forzada y obligada por él a hacer cosas que no desea, refiriéndolo con angustia y pesar. También explica que estas voces le aseguran que no podrá con ella, y que la protegerán.

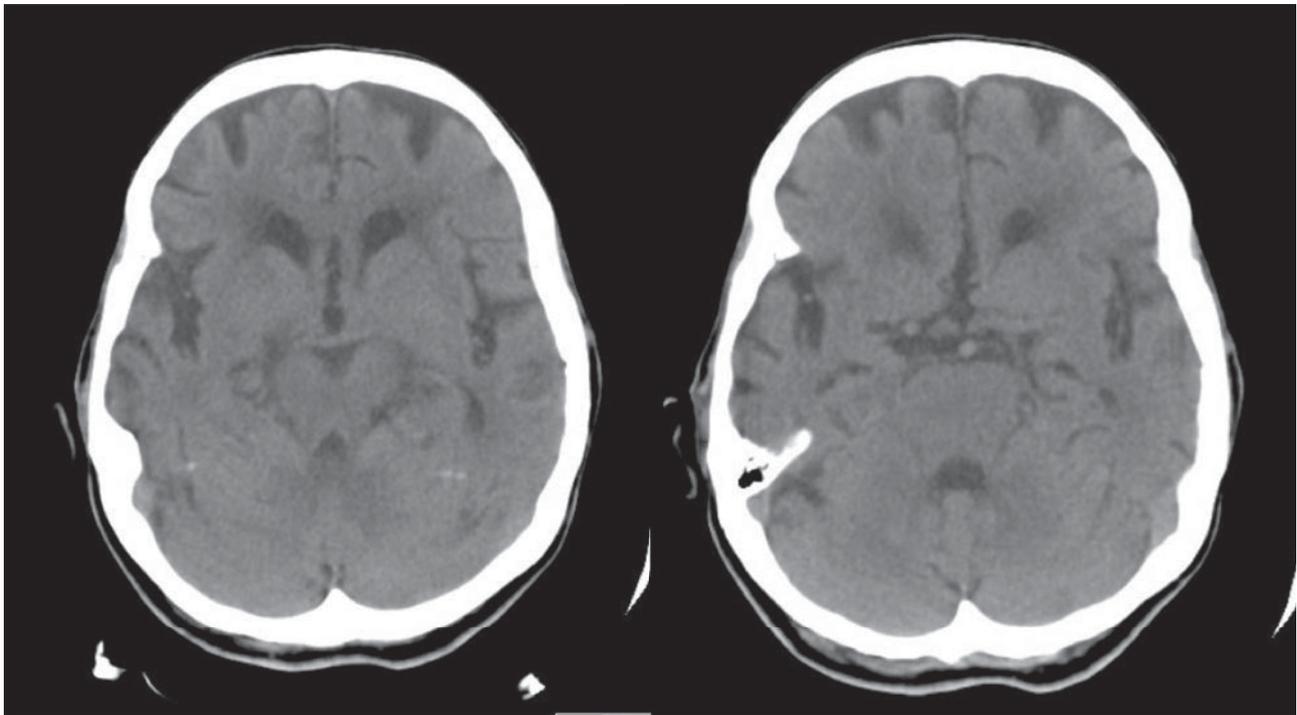


Figura 1

TC craneal. Se observa atrofia córtico-subcortical generalizada

Además deja de comer, porque es informada por Dios de que la comida que su hijo le prepara está envenenada. Conforme pasan las semanas la situación en el domicilio se agrava, mostrándose agresiva con su hijo, negativista, irritable, hostil y con soliloquios. Su médico pauta haloperidol 1 mg/día, administrado por su hijo (añadiéndolo en las comidas, ya que ella se niega a medicarse). En este contexto es ingresada desde urgencias en la unidad de psiquiatría del hospital ante la negativa a ingerir alimentos. En la TAC craneal aparecen datos significativos de atrofia córtico-subcortical generalizada (Figura 1). La evaluación neuropsicológica realizada a través de la GDS y PIEN, objetiva una buena capacidad de atención, parcialmente desorientada temporalmente, buena conservación del lenguaje, sin gnosias visuales, perseveración de la *gestalt*, déficit en praxias ideomotoras, memoria evocativa con fenómenos de liberación, semántica conservada, y ligero déficit en reconocimiento, observándose un deterioro en la abstracción y conceptualización. En el Mini Examen Cognoscitivo consigue una puntuación de 16/35. Posteriormente se retira el tratamiento con haloperidol y se pauta risperidona, inicialmente 0,75 mg/día, con una subida en semanas hasta 4,5 mg/día debido a la escasa respuesta, que a la postre obligará a su retirada, iniciando quetiapina 50 mg/día, que tampoco resultará eficaz. Se muestra suspicaz con el personal hospitalario, pero acepta el tratamiento y la comida, centrando sus sospechas y hostilidad en el hijo, siempre bajo las ordenes de RNE que le informa incluso de la situación en la que se encuentra su casa y sus bienes, en proceso de venta y abandono –manteniéndose inalterado con los tratamientos descritos-. Ante la ineficacia de ambos antipsicóticos se administra clozapina hasta 50 mg/día, con mianserina 10 mg por la noche debido a episodios de insomnio y agitación nocturna, consiguiéndose una desactivación del delirio, sin crítica de los hechos pasados, racionalizándonos en la creencia de que en aquellos momentos el demonio estaba en posesión del cuerpo de su hijo, pero este ya hizo las “plegarias pertinentes a Dios”, quién le “liberó de Satanás”, reduciéndose notablemente las alucinaciones auditivas, siendo muy ocasionales y sin causar ansiedad ni modificación del comportamiento en la paciente, ya que es a través de RNE como se va enterando de que su hijo ya no quiere hacerle daño. Consecuencia de todo ello remite la ansiedad, el miedo y la desconfianza, mostrándose colaboradora en todo momento. Los controles analíticos no mostraron indicios de discrasia sanguínea, y como efecto adverso presentó una discreta psialorrea. El diagnóstico DSM-IVTR fue de *Trastorno psicótico debido a lesiones vasculares cerebrales con predominio de ideas delirantes* (293.2) y *Trastorno cognoscitivo n.e.* (294.9). Al alta se pautó clozapina 50 mg/día y mianserina 30 mg/día con los correspondientes controles analíticos.

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado muestra gran parte de las características epidemiológicas de este tipo de trastornos, que apoyarían una desvinculación con el espectro esquizofrénico, mayor prevalencia en mujeres, mayor presencia de déficits

sensoriales, situación de aislamiento, mucha menor agregación familiar, menor síndrome negativo y clínica residual². En las pruebas de neuroimagen las alteraciones más frecuentes encontradas son signos de atrofia cerebral¹⁰, hallazgos presentes en nuestro caso, y en muchos otros se observan aumentos del tercer ventrículo¹¹. Neuropsicológicamente presentan algunos déficits funcionales con poca flexibilidad cognitiva, lo que explicaría algunas de las vivencias anómalas, como resultado de la dificultad en la búsqueda de alternativas racionales¹². Desde el punto de vista terapéutico el caso también aporta otro punto en permanente discusión como es el uso de clozapina en ancianos. Algunos autores consideran su uso relativamente seguro y bien tolerado⁷. La paciente mostró como único efecto adverso una leve psialorrea con dosis de 50 mg/día, siendo las dosis recomendadas en ancianos entre 25–50 mg/día⁹. El caso, como tantos otros similares, ofrece diversas evidencias epidemiológicas, clínicas y radiológicas para considerar con suficiente seguridad la presencia de un proceso neurodegenerativo vascular subyacente, como causa de la psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):172-8.
2. Vahia V, Palmer BW, Depp D, Fellows I, Golshan S, Kraemer HC, et al. Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Nov;122(5):414-26.
3. Ramos-Ríos R, Berdullas Barreiro J, Varela-Casal P, Araúxo Vilar A. Vascular depression with melancholic symptoms: response to electroconvulsive therapy. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(6):403-5.
4. Lesser IM, Jeste DV, Boone KB, Harris MJ. Late-onset psychotic disorder, not otherwise specified: clinical and neuroimaging findings. *Biol Psychiatry*. 1992;31(4):419-23.
5. Ostling S, Gustafson D, Blennow K, Börjesson-Hanson A, Waern M. Psychotic symptoms in a population-based sample of 85-year-old individuals with dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2011 Mar;24(1):3-8.
6. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 2):5-99; discussion 100-2; quiz 103-4.
7. Barak Y, Wittenberg N, Naor S, Kutzuk D, Weizman A. Clozapine in elderly psychiatric patients: tolerability, safety, and efficacy. *Compr Psychiatry*. 1999;40(4):320-25.
8. Herst L, Powell G. Is clozapine safe in the elderly? *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31(3):411-7.
9. Gareri P, De Fazio P, Russo E, Marigliano N, De Fazio S, De Sarro G. The safety of clozapine in the elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2008;7(5):525-38.
10. Lesser IM, Miller BL, Swartz JR, Boone KB, Mehringer CM, Mena I. Brain imaging in late-life schizophrenia and related psychoses. *Schizophr Bull*. 1993;19(4):773-82.
11. Barak Y, Aizenberg D, Mirecki I, Mazeh D, Achiron A. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(11):733-6.
12. Hasset A. Psychosis and schizophrenic disorders in the elderly: an exploration of psychosocial factors which may influence emergence in late life. *J Nutr Health Aging*. 2003;7(6):401-8.