

María C. Velasco-Rey¹
María I. Gutiérrez-López²
María Sánchez-Muñoz³
Alejandra Trujillo-Borrego⁴
Luis Sánchez-Bonome⁵

Depresión psicótica inducida por un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS): a propósito de un caso

¹Médico especialista en medicina familiar y comunitaria
Hospital de La Línea (Cádiz)
Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

Cangas del Narcea
Servicio de Salud del Principado de Asturias (S.E.S.P.A.)

⁴Psicóloga clínica
Área sanitaria del Campo de Gibraltar (Cádiz)
Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

²Psicóloga clínica
Centro de Salud Mental Área II

³Psicóloga Clínica
Centro de Salud Mental de Lorca, Murcia
Servicio Murciano de Salud

⁵Psiquiatra adjunto
Hospital de La Línea (Cádiz)
Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es una alteración del sueño que frecuentemente se asocia a una gran diversidad de patologías, como la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, neuropsicológicas o metabólicas. La sintomatología más común y destacada de la apnea es la excesiva somnolencia diurna, así como alteraciones de la memoria y concentración, irritabilidad, cefaleas, y depresión, entre otras. Hasta la fecha no se conocen estudios que hayan relacionado el SAOS con otro tipo de alteraciones psiquiátricas más graves, como por ejemplo, la sintomatología psicótica. A continuación presentamos el caso de un varón de 51 años de edad que, tras presentar sintomatología psicótica y afectiva que no remitía con ningún fármaco, fue diagnosticado de SAOS, cuyo tratamiento logró la remisión completa de la sintomatología psiquiátrica.

Palabras clave:
Apnea del sueño, Síntomas psicóticos, Trastorno afectivo

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):43-5

Psychotic depression induced by Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (OSAS): a case reported

Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (OSAS) is an alteration of the dream that frequently is associated to a great diversity of pathologies, as hypertension, cardiovascular, neuropsychological or metabolic diseases. The most common and emphasized symptomatology of the apnoea is the excessive diurnal drowsiness, as well as alterations of the memory and concentration, irritability, migraines, and depression, among others. Up to the date there are not known studies that related the OSAS to another type of more serious psychiatric alterations, like for example, the psychotic symptomatology. Later we report the case of a 51-year-old male of age who, after presenting psychotic and affective symptomatology that was not sending with

any medicament, was diagnosed of SAOS, whose treatment achieved the complete remission of the mentioned psychiatric symptomatology.

Key Words:
Sleep apnoea, Psychotic symptoms, Affective disorder

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un trastorno del sueño relacionado con la respiración, que se caracteriza por una desestructuración del mismo y se define como interrupciones episódicas de la ventilación durante 10 o más segundos de duración. Se cree que en el paciente con SAOS la vía aérea nasofaríngea tiene un tamaño menor de lo normal, que se obstruye total o parcialmente durante el sueño. Esta obstrucción conlleva un mayor esfuerzo respiratorio, así como un descenso en la saturación de oxígeno y despertares transitorios.

El tratamiento de elección para la apnea obstructiva se hace mediante la aplicación de aparatos de aire a presión positiva (CPAP). Este dispositivo mantiene permeable la faringe impidiendo el colapso de las vías aéreas superiores.

Desde hace varios años estudios epidemiológicos sólidos han demostrado la asociación del SAOS con diversas alteraciones como la hipertensión arterial¹, la patología cardiovascular^{2,3}, alteraciones neuropsicológicas, genitourinarias, metabólicas⁴, etc. Sin embargo, la sintomatología más común y destacada de la apnea es la excesiva somnolencia diurna, así como alteraciones de la memoria y concentración, irritabilidad, cefaleas, y depresión, entre otras³.

Es frecuente que los pacientes con SAOS experimenten una fuerte tendencia a quedarse dormidos, una somnolencia que ocasiona en el paciente un estado de pasividad y falta de iniciativa. En muchas ocasiones el paciente se muestra apático, con pérdida de la expresión facial y con un entorpecimiento motor y cognitivo.

Correspondencia:
Luis Sánchez Bonome
Clínica Universal
Pasaje Universal S/N, 11300 La Línea (Cádiz)
Correo electrónico: sanchezbonome@clinicauniversal.com

A continuación presentamos un caso de SAOS en el que se producen, además de algunos de los síntomas descritos anteriormente y que son referidos en múltiples estudios, otro tipo de sintomatología que no se ha asociado previamente a este síndrome: la sintomatología psicótica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años de edad, perteneciente a una familia de ocho hermanos con un nivel socioeconómico y académico bajo. Desde joven siempre trabajó como agricultor y posteriormente comenzó a trabajar en una residencia de ancianos, en labores de mantenimiento. Estuvo bien allí durante cuatro años pero su padre enfermó, tenía que quedarse con él por las noches y al día siguiente ir a trabajar. Comenzó entonces con un cuadro de mutismo, según su esposa "estaba parado, inmóvil, tenía que vestirle, darle de comer, acompañarlo al servicio...". Así estuvo una semana, no se enteró de la muerte de su padre. Fue entonces cuando acudieron a una consulta particular de psiquiatría. Le diagnosticaron de trastorno depresivo e iniciaron un tratamiento con amitriptilina y levomepromazina. Con el tratamiento mejoró sólo parcialmente, continuaba poco participativo. Comenzó con ideas delirantes autorreferenciales y de perjuicio. Se le diagnosticó de trastorno depresivo con síntomas psicóticos y se le añadió al tratamiento haloperidol y biperideno.

Cuando acude a nuestras consultas externas de Salud Mental, con 47 años de edad, continuaba con nerviosismo, sentimientos de incapacidad y de culpa, pero habían desaparecido los síntomas psicóticos. Se le diagnostica de trastorno depresivo y se le instaura un nuevo tratamiento con venlafaxina 150mg/día y Ketazolam 30mg/día. En las sucesivas visitas obtiene mejoría aunque su mujer se queja de encontrarlo poco participativo. Posteriormente tuvo varias recaídas coincidiendo con sus incorporaciones al trabajo, reactivándose la clínica depresiva así como los síntomas psicóticos, ideas delirantes de referencia y alucinaciones auditivas; asimismo tuvo dos intentos autolíticos severos. Se le mantuvo de baja laboral hasta que se le concedió la incapacidad laboral. Al tratamiento antidepressivo con venlafaxina se le añadió tratamiento antipsicótico con risperidona, llegando a tomar 4mg/día. La sintomatología psicótica desapareció pero el paciente estaba cada vez con peor ánimo, con pérdida de iniciativa, facies amímica y torpeza motora por lo que se decide hacer un estudio neuropsicológico: se le realiza el Test de Retención Visual de Benton cuyos resultados apuntan hacia la posibilidad de que exista una lesión cerebral, ya que se ven afectadas tanto la memoria como los factores viso-constructivos aunque sugiere, que se debe de tener en cuenta la posibilidad de que su capacidad intelectual previa esté por debajo del promedio y pueda explicar los resultados. Ante dicho informe y los factores de riesgo cerebral del paciente, se realiza un TAC craneal, que fue normal, y se remite a consultas externas de neurología para descartar

una posible demencia de tipo frontal o frontotemporal. En la valoración de neurología se encontraron fallos en la atención y el cálculo, así como en la memoria diferida. Se le realizó una RMN craneal que fue normal y un SPECT cerebral donde no se halló patrón de demencia, por lo que el informe de neurología concluyó como trastorno cognoscitivo asociado a patología psiquiátrica.

En una de las revisiones rutinarias, la esposa comenta que ha notado que durante la noche su esposo, que siempre ha roncado mucho, ahora se queda como "parado", como si "dejase de respirar". Además refiere quedarse dormido durante el día, viendo la televisión, a cualquier hora. Ante la sospecha de un posible Síndrome de Apnea del Sueño (SAOS) se deriva a consultas externas de neumología, donde el estudio poligráfico fue compatible con SAOS moderado (IAH 32), que se corrigió con CPAP a 9 cm de agua.

Tras un mes de tratamiento con CPAP el paciente se encontraba asintomático, por lo que se procedió a la retirada gradual de la medicación antidepressiva y antipsicótica y, tras un año completamente asintomático, la consiguiente alta de la consulta de Salud Mental.

DISCUSIÓN

Como hemos referido anteriormente, son frecuentes los estudios que relacionan el SAOS con numerosas complicaciones, lo que hace que estos pacientes vean reducida significativamente su calidad de vida^{5,6}. Tienen además, una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica, referida sobre todo a trastornos de ansiedad y depresión^{3,7,8}.

Sin embargo, no se encuentran en la literatura actual estudios que describan síntomas psicóticos graves inducidos por una apnea del sueño, tal como describimos en este caso clínico. Sí han sido descritas numerosas patologías orgánicas capaces de provocar sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa. Así, podemos citar diversos tipos de demencia, neoplasias, lesiones vasculares, epilepsia, infecciones, etc. En nuestro caso, la aparición de sintomatología psicótica y afectiva estuvo subordinada al trastorno del sueño, remitiendo completamente en cuanto la apnea se trató.

Es difícil explicar el mecanismo fisiopatológico en este caso. Una posible explicación estaría ligada a los trastornos derivados de la privación de sueño. Algunos estudios⁹ señalan que en situaciones de privación total de sueño durante varios días, algunos sujetos pueden llegar a experimentar síntomas paranoides. Asimismo, sujetos sin ningún historial de enfermedad mental, pueden mostrar distorsiones perceptivas e incluso alucinaciones en situaciones de privación de sueño¹⁰. Aunque en estos casos los sujetos reconocen que las distorsiones y alucinaciones no son reales, esto advierte de la afectación que la privación de sueño puede tener sobre el funcionamiento cerebral¹¹.

Ya en pacientes psiquiátricos, la privación total del sueño puede desencadenar un episodio de manía en pacientes bipolares¹². Por otra parte, otros autores¹³ señalan la relación entre la privación parcial de ciertas etapas del sueño y cambios en la sintomatología de pacientes con depresiones graves o psicóticas, manteniendo un fenómeno aparentemente paradójico: la reducción de síntomas se produce tras la supresión del sueño paradójico (o sueño REM).

El hecho de que la privación de sueño pueda alterar el estado de ánimo y provocar alteraciones en la sensopercepción, nos indica la importancia que el sueño puede tener sobre todos estos aspectos. Actualmente apenas existen estudios que intenten dar una explicación sobre los mecanismos que intervienen para provocar estos fenómenos, haciéndose necesario por lo tanto, abrir futuras vías de investigación que den cuenta de esta cuestión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kario K. Obstructive sleep apnea syndrome and hypertension: ambulatory blood pressure. *Hypertens Res.* 2009;32(6):428-32.
2. Jain V. Clinical perspective of obstructive sleep apnea-induced cardiovascular complications. *Antioxid Redox Signal.* 2007;9(6):701-10.
3. Culebras A. Repercusión de la apnea del sueño en neurología. *Rev Neurol.* 2003;36(1):67-70.
4. Gibson GJ. Obstructive sleep apnoea syndrome: underestimated and undertreated. *Brit Med Bull.* 2004;72:49-64.
5. Jenkinson C, Strandling J, Petersen S. Comparison of three measures of quality of life outcome in the evaluation of continuous positive airways pressure therapy for sleep apnoea. *J Sleep Res.* 1997;6:199-204.
6. Flemons WW, Reimer MA. Development of disease-specific health-related quality of life questionnaire for sleep apnoea. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:494-503.
7. Saunamäki T, Jehkonen M. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand.* 2007;116(5):277-88.
8. Douglas NJ, Engleman HM. Effects of CPAP on vigilance and related functions in patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome. *Sleep.* 2000;23(4):S147-9.
9. Freeman D, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Stahl D, Bebbington P. Persecutory ideation and insomnia: findings from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *J Psychiatr Res.* 2010;44(15):1021-6.
10. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res.* 2000;97(2-3):153-64.
11. El-Ad B, Lavie P. Effect of sleep apnea on cognition and mood. *Int Rev Psychiatry.* 2005;17(4):277-82.
12. Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *Am J Psychiatry.* 2008;165(7):830-43.
13. Carlson NR. *Fisiología de la conducta.* Barcelona: Ariel, 2005.