

Álvaro Frías-Ibáñez¹
Beatriz García-Carrera¹
Noelia Cervera-Elegido¹
Salvador Romero-Cervera¹

Manía unipolar crónica. A propósito de un caso

¹Unidad de Larga Estancia de Bétera
Valencia

Introducción. El trastorno bipolar es una patología mental de naturaleza fásica, caracterizada por la presencia de episodios (hipo)maníacos, depresivos y/o mixtos que se suceden a lo largo del curso de la enfermedad.

Caso clínico. Se expone el caso de un varón de mediana edad, sin antecedentes de episodios depresivos, que inició en la adolescencia un cuadro de características maniformes de 18 años de evolución. A pesar de los numerosos tratamientos farmacológicos prescritos, no se apreció mejoría alguna, presentando un curso tórpido, tendente a la cronicidad.

Conclusiones. La manía unipolar crónica es una entidad clínica representada de una manera residual en la nosología psiquiátrica actual. Su ínfima prevalencia dificulta la investigación orientada a dilucidar su naturaleza subordinada o independiente del trastorno bipolar. Se hace necesaria una evaluación sistematizada de la efectividad de la terapia electroconvulsiva con estos pacientes.

Palabras clave:

Manía unipolar crónica, trastorno bipolar, terapia electroconvulsiva.

Actas Esp Psiquiatr 2010;39(2):143-6

Chronic unipolar mania. A case report

Introduction. Bipolar disorder is a phasic mental disorder characterized by the presence of (hypo) manic, depressive and/or mixed episodes during the course of the disease.

Clinical case. A middle-age man, with no prior history of depressive episodes, began to suffer a picture of manic characteristics as an adolescent that has lasted for 18 years. Despite the numerous drug treatments

prescribed, there has been no improvement, and the disorder has followed a torpid and chronic course.

Conclusions. Chronic unipolar mania is a clinical entity appearing as a residual characteristic in the current psychiatric nosology. Its low prevalence makes it difficult to carry out research aimed at elucidating whether it has a subordinate or independent relationship with the bipolar disorder. A systematic assessment of the effectiveness of electroconvulsive therapy is needed in these patients.

Keywords:

Chronic unipolar mania, bipolar disorder, electroconvulsive therapy.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es una patología mental grave caracterizada por la presencia de episodios (hipo)maníacos, depresivos y/o mixtos, que se van sucediendo a lo largo del curso de la enfermedad. Por lo tanto, dos de sus rasgos más distintivos son su naturaleza fásica (frecuentemente con síntomas interepisódicos residuales)¹ y su distribución bimodal, ya sea hacia el polo depresivo o el maníaco. Pese a este consenso científico, en algunas ocasiones la evidencia clínica desafía los supuestos sobre los se asienta dicha patología en la nosología psiquiátrica actual, siendo uno de los ejemplos más paradigmáticos la "manía unipolar crónica".

MOTIVO DE CONSULTA

Se expone el caso de un varón de 36 años que ingresa en la Unidad de Larga Estancia (ULE) de Bétera ante la imposibilidad de manejo ambulatorio en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de referencia. Es derivado por un cuadro de naturaleza maniforme de 14 años de evolución, refractario a todos los tratamientos pautados hasta ese momento.

Correspondencia:

Álvaro Frías Ibáñez,
Avda. Tres Forques, 27, 1, 10.
CP 46018, Valencia
Correo electrónico: alvarofrias66@hotmail.com

HISTORIA DEL PROBLEMA

El cuadro maniforme se inició a los 18 años, destacando por la presencia de un discurso verborreico y fugitivo, con predominio de delirios megalomaniacos de contenido místico-religioso y filiativo. Se apreciaba así mismo insomnio pertinaz e inquietud psicomotriz. Este debut fue paralelo a un consumo recreativo de cannabis y opiáceos (vía oral), así como un gasto excesivo en máquinas recreativas tipo B, motivando todo ello en conjunto disturbios conductuales en su entorno. Durante la década de seguimiento ambulatorio en la UCA se obtuvo una remisión completa del consumo de tóxicos (5 últimos años), persistiendo, no obstante, la psicopatología maniforme señalada. En algunos períodos, los síntomas psicóticos permanecían encapsulados, si bien el lenguaje verborreico, el pensamiento taquipsíquico y la inquietud psicomotriz siguieron un curso tendente a la cronicidad, incompatible con la personalidad premórbida del paciente. Se prescribió tratamiento con multitud de agentes psicotropos, habiendo una adherencia farmacológica parcial. Cuando ésta era cumplimentada con regularidad, el cuadro seguía siendo refractario, incluyendo en estos lapsos algunos ingresos prolongados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del área sanitaria. Todas las pruebas médicas llevadas a cabo descartaron etiología orgánica. En conjunto, las descompensaciones psicóticas motivaron 25 hospitalizaciones, planteando en última instancia la conveniencia de ingreso en una ULE.

PSICOBIOGRAFÍA

Fue fruto de un parto prematuro (ochomesino). Sin problemas psicomotores, aunque presentó un "cierto retraso" en la adquisición del lenguaje. No RAM ni alergias conocidas. Descrito desde la infancia como un niño con un temperamento hipertímico, sin evidencias de hiperactividad, distraibilidad o inatención. En la escuela solía hacer novillos y su rendimiento académico era bajo, aunque obtuvo finalmente el graduado escolar. Buena red de apoyo social, siendo miembro de una familia numerosa de origen étnico determinado integrada en la comunidad. No constan antecedentes (neuro)psiquiátricos entre estos familiares. Llegó a colaborar en el trabajo familiar.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Durante la entrevista de ingreso en la ULE se hallaba consciente y vigil. Pérdida franca de la distancia interpersonal. Orientado en tiempo, lugar y persona. Ausencia de deterioro cognitivo. Taquipsíquico, con distraibilidad y discurso verborreico y saltigrado. El contenido destacaba por ideas delirantes megalomaniacas de naturaleza filiativa y místico-religiosas. A nivel afectivo, estado anímico hipertímico sobre

fondo expansivo. Inquietud psicomotriz. Nula conciencia de enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Trastorno bipolar, episodio maníaco único F.296.0

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Durante los 4 años que lleva ingresado en la ULE, el cuadro maniforme ha persistido pese a las modificaciones introducidas en los tratamientos prescritos. En la actualidad, recibe Plenur 400 1-1-1, Leponex 100 2-2-2, Sinogan 100 1/2-1/2-1, Trileptal 300 1-1-1 y Risperdal Consta 50 (quincenal).

El fondo expansivo, la inquietud psicomotriz y el lenguaje verborreico y saltigrado permanecen irreductibles, mientras que la psicopatología psicótica ha ido impregnando el discurso espontáneo del paciente en función de la exacerbación o no de la enfermedad. En algunos momentos, han podido constatarse síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo a modo de ideas delirantes de control. No se ha observado deterioro cognitivo. Nula conciencia de enfermedad, imposibilitando el abordaje psicoeducativo. A nivel conductual, el paciente realiza las actividades básicas del funcionamiento diario con plena autonomía, si bien ha perseverado en comportamientos poco ajustados a los guiones sociales (hiperfamiliaridad), siendo éstos susceptibles de ser reconducidos cuando se le señalan los límites. Por ello, se ha permitido su inclusión en tareas extrahospitalarias supervisadas por monitores ocupacionales.

CONCLUSIONES

La "manía unipolar crónica" es un diagnóstico incluido de una manera residual en la actual nosología psiquiátrica. En el DSM-IV, el clínico debe optar por realizar un diagnóstico de "trastorno bipolar, episodio maníaco único"², obviando paradójicamente con ello que la naturaleza inherente de la "psicosis circular" es su naturaleza recurrente y/o bimodal, hecho no constatable en el caso que nos compete. Por otro lado, la CIE-10 diferencia aquellos episodios maníacos únicos del propio trastorno bipolar³, en donde se integraría la "manía unipolar recurrente", constructo cercano pero no idéntico a la "manía unipolar crónica". También en este caso, podría cuestionarse la idoneidad de denominar "episodio único" al curso persistente que presenta el paciente. Sería preferible por ello incorporar adicionalmente la etiqueta "crónico" a esta clase de síndromes maníacos, en equivalencia a los episodios depresivos de más de 2 años de duración recogidos en el DSM-IV⁴. En conclusión, no hay realmente ninguna categoría diagnóstica en los actuales manuales de

referencia que integre la "manía unipolar crónica" con sus rasgos más distintivos (validez de contenido), a saber, curso persistente y psicopatología maniforme.

Pese a gozar de una validez aparente o clínica reconocida desde hace más de un siglo⁵, una de las razones por las que la "manía unipolar crónica" permanece difuminada en la nosología actual es su ínfima prevalencia⁶, sobre todo cuando en los estudios epidemiológicos se utilizan criterios exhaustivos que no incorporan los casos englobados bajo el constructo "manía unipolar recurrente", más habitual si consideramos que la mayoría de episodios maníacos son autolimitados a un período comprendido entre los 4-8 meses⁷. Su presencia testimonial ha sido además potenciada en las últimas décadas por la incorporación de psicofármacos eficaces en la mayor parte de los episodios potencialmente prolongables⁸. Esto añade si cabe más notoriedad a casos como el de este paciente, cuyo curso tórpido es el de mayor duración (18 años) recogido en la literatura científica consultada dentro de la era psicofarmacológica.

En cuanto al diagnóstico diferencial, el clínico debe considerar varios factores a un nivel longitudinal y transversal. Por un lado, se hallan las limitaciones de los informes retrospectivos a la hora de descartar episodios depresivos previos, mientras que desde un enfoque prospectivo no puede garantizarse que en los años posteriores no se evidencie un cambio de polaridad en algunos pacientes maníacos (pseudo)unipolares⁹, máxime cuando el trastorno bipolar, en conjunto, constituye uno de los trastornos mentales con más errores diagnósticos en el seguimiento a largo plazo¹⁰, especialmente si debuta a una edad temprana¹¹. Otro error estriba en la posible confusión entre personalidad y humor. Ello es comprensible si se tiene en consideración que en los maníacos unipolares (*versus* bipolares) se ha constatado una mayor presencia de un temperamento hipertímico¹², promoviendo esto episodios maníacos más eufóricos que irritables, en línea con un modelo continuista o de espectro entre carácter y trastornos del estado de ánimo. A un nivel más transversal, un cuadro maniforme crónico y con síntomas psicóticos debe hacer sospechar en primer lugar de una posible etiología orgánica, optándose por una "causalidad idiopática" después de haber descartado principalmente el abuso de tóxicos, sobre todo si nos hallamos ante un enfermo joven. Adicionalmente, algunos clínicos pueden mostrarse reacios a efectuar un diagnóstico de "manía crónica" sobre la base de algún síntoma de primer rango incongruente con el estado de ánimo que haga postular un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, obviando con ello la prevalencia del componente afectivo en su curso longitudinal.

En cuanto al tratamiento, existe evidencia que sostiene la mayor refractariedad de los cuadros maníacos unipolares (*versus* bipolares)¹³. Pese a esta mayor resistencia a los fármacos eutimizantes combinados con neurolépticos, algunos estudios de caso¹⁴ apuntan que el beneficio relativo de añadir un antipsicótico atípico (p.e.clozapina) en un paciente con "manía unipolar crónica" podría derivar de un efecto dosis-dependiente. Respecto a la aplicación de la TEC en sujetos con "manía unipolar", informes casuísticos constatan la eficacia de la misma en la "manía unipolar recurrente"¹⁵, habiendo resultado estéril en un caso de "manía unipolar crónica" similar al expuesto¹⁶. Este déficit de investigación en torno a la implementación de la TEC hace preceptivo un análisis más sistematizado de los resultados que pudieran arrojar en personas con "manía unipolar", tanto crónica como recurrente.

En resumen, dado su carácter excepcional¹⁷, no hay estudios experimentales que contribuyan a determinar la naturaleza independiente o no de la "manía crónica" respecto al resto de patologías recogidas bajo la categoría "trastorno bipolar". Para ello, no sólo tendría que tenerse en cuenta la personalidad premórbida, el curso evolutivo o la respuesta diferencial a un mismo tratamiento (podría tratarse de un "subtipo bipolar" de mal pronóstico o evolución tórpida), sino otros factores como la edad de inicio, variables sociodemográficas, marcadores biológicos, antecedentes familiares, así como las propias características clínicas¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- Montes JS, Saiz J, de Dios C, Ezquiaga E, Garcia A, Argudo I, et al. Perfil de los pacientes ambulatorios con trastorno bipolar: un estudio transversal en la Comunidad de Madrid. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(5):277-84.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1994.
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Fritze F, Ehrh U, Brieger P. The concept of hyperthymia. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie* 2002;104(2):153-6.
- 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.
- Coryell W, Keller M, Endicott J, Andreasen N, Clayton P, Hirschfeld R. Bipolar II illness: course and outcome over a five-year period. *Psychol Med* 1989;19:129-41.
- Hare E. The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. *Br J Psychiatry* 1981;138:89-99.
- Salomon D, Leon A, Endicott J, Coryell W, Mueller T, Posternak M, et al. Unipolar mania over the course of a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2003;160:2049-51.
- López J, Baca E, Botillo C, Quintero J, Navarro R, Negueruela M et al. Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(4):205-9.
- Méndez I, Birmaher B. El trastorno bipolar pediátrico: ¿sabemos detectarlo? *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(3):170-82.
- Yazici O, Kora K, Uçok A, Saylan M, Ozdemir O, Kiziltan U et al. Unipolar mania: a distinct disorder. *J Affect Disord* 2002;71:97-103.
- Perugi G, Chiara M, Toni C, Maremmi I, Angst J. Is unipolar

- disorder a distinct subtype? *Comprehensive psychiatry* 2007;48:213-7.
14. Da Ponte G, Lobo M, Paiva A. 12 years of refractory mania in extensive metabolizers. *European Psychiatry* 2010;25(1):242.
 15. Leandro A., Appolinario JC, Segenreich D, Tavares M, Alves MA. Terapia electroconvulsiva de mantenimiento en la manía recurrente resistente al tratamiento. *Bipolar Disorders* 2007;5:112-4.
 16. Malhi GS, Mitchell PB, Parker GB. Rediscovering chronic mania. Case report. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:153-6.
 17. Pailhez G, Palomo AL. Un caso de manía crónica. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(6):396-8.
 18. Roy-Byrne P. Clinical profile of chronic mania. *J Watch Psychiatry* 1999;30:1-7.