

J. D. López
A. Araújo
M. Páramo

Trastorno bipolar de inicio tardío secundario a lesión talámica derecha

Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario Universitario
de Santiago de Compostela

El trastorno bipolar se presenta en edades avanzadas frecuentemente asociado a una lesión cerebral —enfermedad cerebrovascular—, y su diagnóstico se fundamenta en el hallazgo de un daño isquémico en regiones específicas del cerebro. Se presenta un varón de 63 años, con factores de riesgo cardiovascular, que ingresa por cuadro maniforme en el curso de un síndrome afectivo bipolar de 2 años de evolución. Las pruebas de neuroimagen mostraron infarto lacunar en tálamo derecho y focos difusos de isquemia en sustancia blanca subcortical de predominio derecho. La refractariedad a psicofármacos de un episodio depresivo endógenomorfo indicó terapia electroconvulsiva, con normalización del componente motor, aunque sin eutimización. Se discuten las estrategias terapéuticas y la evolución de esta forma de bipolaridad.

Palabras clave:
Trastorno bipolar de inicio tardío. Enfermedad cerebrovascular. Tomografía de emisión de fotones. Terapia electroconvulsiva de mantenimiento.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):233-235

Late-onset bipolar disorder following right thalamic injury

Bipolar disorder occurs in the elderly ages and is frequently associated to a brain injury -cerebrovascular disease. Its diagnosis is based on the finding of an ischemic injury in specific regions of the brain. The case of a 63-year-old male with cardiovascular risk factors, who was admitted due to maniform picture during a two-year long bipolar affective syndrome is presented. The neuroimaging tests showed lacunar infarction in the right thalamus and diffuse foci of ischemia in subcortical white matter having right predominance. Due to the re-

fractoriness to psychodrugs of an endogenomorphic depressive episode, electroconvulsive therapy was prescribed, with normalization of motor component, although without mood stabilization. The therapeutic strategies and the evolution of this form of bipolarity are discussed.

Key words:
Late-onset bipolar disorder. Cerebrovascular disease. Photon emission tomography. Maintenance electroconvulsive therapy.

INTRODUCCIÓN

En 1899 E. Kraepelin exponía su clasificación dicotómica de las psicosis endógenas¹, *Psicosis Maníaco-Depresiva* y *Dementia Praecox*. Su propia observación clínica y los estudios epidemiológicos verificaron el inicio de estos trastornos en la segunda década de la vida. La identificación posterior de sujetos que inician de forma tardía cuadros similares a la psicosis maniaco-depresiva, actual trastorno bipolar (TB), se ha asociado con la existencia de una lesión cerebral², constituyendo la enfermedad cerebrovascular (ECV) una de las principales causas³, e implicando el daño en determinadas regiones cerebrales en la fisiopatología de estos trastornos⁴⁻⁸.

La frecuente refractariedad psicofarmacológica y aparición de efectos secundarios e interacciones —pacientes con elevadas tasas de comorbilidad médica y polimedicación⁹—, hacen de la terapia electroconvulsiva (TEC) una alternativa sólida⁸⁻¹⁰, tanto en las fases agudas como en el tratamiento crónico, TEC de mantenimiento⁹.

CASO CLÍNICO

Se presenta un varón de 63 años, hipertenso y con insuficiencia renal crónica, sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. A los 61 años presenta un primer episodio depresivo endógeno —con respuesta a venlafaxina

Correspondencia:
Javier David López Morínigo
Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Travesía da Choupana s/n
15706 Santiago de Compostela
Correo electrónico: javierlmorinigo@yahoo.es

150 mg/día—, y viraje 5 meses después a un cuadro maniaco —tratado con risperidona 6 mg/día—. Estable con risperidona 0,5 mg/día, varios episodios de ortopnea e insomnio conducen al diagnóstico de una fibrilación auricular, con implantación de marcapasos. Dos meses más tarde, un segundo episodio melancólico se resuelve con venlafaxina 300 mg/día. Coincidiendo con la primavera, presenta un nuevo episodio maniaco que requiere ingreso urgente. En la tomografía computarizada (TC) cerebral se informan imágenes compatibles con infarto lacunar en tálamo derecho y lesiones en sustancia blanca subcortical y periventricular de probable origen vascular; y en la tomografía de emisión de fotones (SPECT) cerebral (fig. 1) irregularidades en la perfusión difusas bilaterales, con hipoperfusión en el *girus temporalis* inferior, regiones más superiores frontales derechas y tálamo derecho. El Eco-Doppler de troncos supraaórticos muestra estenosis moderadas en ambas carótidas internas. Tras el tratamiento con risperidona 3 mg/día se produce en pocos días un viraje a depresión endógenomorfa refractaria a venlafaxina 300 mg/día y maprotilina 150 mg/día, evolucionando a un estupor melancólico. El componente motor responde a TEC —14 sesiones de aplicación bilateral—, con mejoría anímica parcial, sin *restitutio ad integrum*. Se introduce valproato sódico 600 mg/día y nortriptilina 100 mg/día y se administran cuatro sesiones más de TEC previas al alta. La puntuación obtenida en el Mini-Examen Cognoscitivo¹¹ fue 23/30. Reingresa a los 10 días por cuadro maniaco —tratado con quetiapina 1.200 mg/día y valproato sódico 600 mg/día—; presenta un nuevo episodio depresivo a los 4 meses —tratado ambulatoriamente con venlafaxina

150 mg/día—; apareciendo 2 meses más tarde de una toxicodermia secundaria a valproato. Compensado desde entonces con venlafaxina 150 mg/día, quetiapina 900 mg/día y oxcarbacepina 900 mg/día.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de TB en edades avanzadas obliga a descartar una lesión cerebral. Dados los antecedentes cardiovasculares y los hallazgos congruentes entre sí de la neuroimagen estructural y funcional, se concluyó un origen isquémico-vascular-cerebral del cuadro, destacando la localización de las lesiones, tálamo derecho y sustancia blanca subcortical con predominio en hemisferio derecho, cuya significación en la fisiopatología de los trastornos afectivos secundarios a ECV ya había sido descrita⁴⁻⁶.

Este caso permite reflexionar sobre el plan terapéutico de mantenimiento en este grupo de pacientes bipolares con edad avanzada y frecuente pluripatología médica, que dificultan la introducción de fármacos eficaces y bien tolerados: a) la contraindicación para las sales de litio debido a la insuficiencia renal; b) la aparición de una toxicodermia secundaria a valproato, prescindiendo de este eutimizante y llevando al uso de oxcarbacepina —menos eficaz y con riesgo de precipitar una hiponatremia dados los antecedentes de insuficiencia renal—; y c) la refractariedad asociada al origen cerebrovascular del cuadro¹², con dificultades para la eutimización y rápidos cambios de fase. Frente a ello, la favorable respuesta a TEC de uno de los episodios, aunque parcial, sin complicaciones médicas ni deterioro cognitivo secundario; lleva a considerar como una alternativa la inclusión de este paciente en un programa de TEC de mantenimiento^{12, 13}.

Este caso apoya la existencia de un trastorno bipolar de inicio tardío y etiología cerebrovascular, cuyo abordaje terapéutico constituye un reto en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Kraepelin. *Kompendium der Psychiatrie* (6ª ed.). Leipzig: Abel; 1899.
2. E Vieta. Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En: J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006. p. 513-39.
3. Ramos-Ríos R, Berdullas Barreiro J, Varela-Casal P, Araúxo Vilar A. Depresión vascular con síntomas melancólicos: respuesta a terapia electroconvulsiva. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(6):403-5.
4. Cummings JL, Mendez MF. Secondary mania with focal cerebrovascular lesions. *Am J Psychiatry* 1984;141(9):1084-7.
5. Starkstein SE, Robinson RG. Affective disorders and cerebral vascular disease. *Br J Psychiatry* 1989;154:170-82.
6. Starkstein SE, HS Mayberg, ML Berthier et al. Mania after Brain Injury: Neuroradiological and Metabolic Findings. *Ann Neurol* 1990;27:652-9.

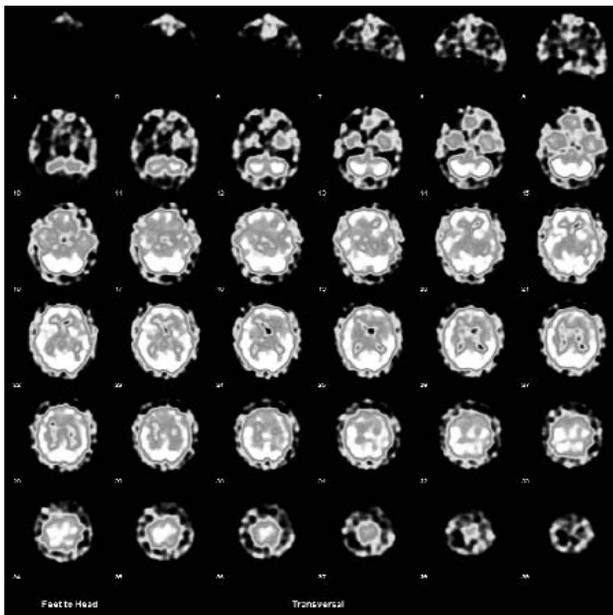


Figura 1 | SPECT CEREBRAL de perfusión con ^{99m}Tc ECD: en cortes 17-20 se observa infarto en tálamo derecho, mientras que en los cortes 22-27 puede observarse una marcada hipoperfusión en regiones temporales izquierdas (v. asimetría).

7. Berthier ML, Kulisevsky J, Gironell A, Fernández Benitez JA. Poststroke bipolar affective disorder: clinical subtypes, concurrent movement disorders, and anatomical correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996;8(2):160-7.
8. Shulman KI, Herrmann N. The nature and management of mania in old age. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(3):649-65.
9. Valenti M, Benabarre A, Bernardo M, García-Amador M, Amann B, Vieta E. La terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(3):199-207.
10. Aziz R, Lorberg B, Tampi RR. Treatments for late-life bipolar disorder. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4(4):347-64.
11. Lobo A, Esquerra J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979;3:189-202.
12. Sienaert P, Peuskens J. Electroconvulsive therapy: an effective therapy of medication-resistant bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2006;8:304-6.
13. Nascimento AL, Appolinario JC, Segenreich D, Cavalcanti MT, Brasil MAA. Maintenance electroconvulsive therapy for recurrent refractory mania. *Bipolar Disorders* 2006;8:301-3.