

S. Santos¹
O. Alberti¹
T. Corbalán¹
M. T. Cortina²

Psicosis ictal. Descripción de dos casos

¹Servicio de Neurología
Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»
Zaragoza

²Servicio de Neurología y Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»
Zaragoza

Introducción. La presencia de manifestaciones neuropsiquiátricas (alucinaciones, ideación delirante, agitación psicomotriz) como síntomas guías de un evento vascular, configurando por tanto una psicosis aguda de causa orgánica es excepcional en la práctica clínica y obedece mayoritariamente a infartos estratégicos (caudado, estriado, tálamo).

Caso clínico. Se presentan dos casos de psicosis ictal. Caso 1. Varón de 67 años de edad con ideación delirante de perjuicio de instauración brusca y remisión completa en el plazo de 3 meses. La RM cerebral demostró isquemia a nivel de ambas cabezas de núcleo caudado y cuerpo de caudado derecho. Caso 2. Varón de 49 años de edad con ideación delirante de perjuicio y alucinaciones gustativas de instauración brusca y remisión completa en 3 meses. En la RM cerebral se objetivó infarto lacunar talámico izquierdo.

Discusión. Se discute el probable origen vascular de la psicosis en ambos casos (instauración brusca, recuperación completa, demostración de lesión isquémica aguda en territorio estratégico) así como el mecanismo fisiopatogénico subyacente (disfunción de los circuitos prefrontales córtico-subcorticales).

Palabras clave:
Ictus. Infarto estratégico. Psicosis.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):240-242

Stroke-psychosis. Description of two cases

Introduction. The presence of neuropsychiatry symptoms (hallucinations, delusions and agitation) as stroke-related guideline symptoms, thus forming an acute psychosis of organic cause, are extremely uncommon and often correlate with strategic infarcts (caudate nucleus, striatum and thalamus).

Clinical case. We report two cases of stroke-psychosis. Case 1. A 67-year-old man with sudden-onset delusions of persecution and complete recovery in three

months. The brain magnetic resonance imaging (MRI) revealed infarctions in both head of the caudate nucleus and body of right caudate nucleus. Case 2. A 49-year-old man with sudden-onset delusions of persecution and gustative hallucinations that disappeared in three months. The brain MRI revealed small infarction in the left thalamus.

Discussion. The possible vascular origin of the psychosis in both cases (sudden onset, complete recover, demonstration of acute ischemic lesion in strategic territory) and the underlying psychopathogenic mechanism (dysfunction of prefrontal cortico-subcortical circuits) is discussed.

Key words:
Psychosis. Strategic infarct. Stroke.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del humor de origen vascular son relativamente frecuentes en la práctica clínica y abarcan un amplio espectro destacando como más prevalente la depresión positicus. Distinto es la presencia de manifestaciones neuropsiquiátricas (alucinaciones, ideación delirante, agitación psicomotriz) como síntomas guías de un evento vascular, configurando, por tanto, una psicosis aguda de causa orgánica. En este último supuesto se ha descrito asociada a infartos estratégicos como los localizados a nivel del tálamo, cabeza y cuerpo del núcleo caudado y estriado.

Presentamos dos casos clínicos de psicosis aguda como única manifestación de ictus estratégico en pacientes sin antecedente previo de patología psiquiátrica.

CASO 1

Paciente varón de 67 años de edad con antecedente de tabaquismo que ingresa en nuestro servicio por presentar alteración de su conducta habitual de inicio brusco 3 días

Correspondencia:
Sonia Santos Lasasa
Servicio de Neurología
Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»
c/ San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza
Correo electrónico: ssantosl@yahoo.com

antes de su hospitalización. El cuadro clínico consistió en episodios de desorientación espacial e ideación delirante de perjuicio. La exploración neurológica fue compatible con la normalidad. En la exploración mental el día del ingreso el paciente estaba consciente y orientado auto y alopsíquicamente; mantenía una actitud alerta e hipervigilante. El lenguaje era espontáneo, algo acelerado y el discurso coherente aunque disgregado en algún momento. Durante la entrevista con el psiquiatra de guardia no presentó fenómenos de bloqueo ni manifestó alteración en la vivencia del pensamiento. Humor disfórico leve sin apatía ni anhedonia. Verbaliza ideación delirante de contenido paranoide y auto-referencial de perjuicio parcialmente estructurada de la que no hace crítica. Existen además probables fenómenos sensorceptivos anómalos frente a interpretaciones delirantes referidas al entorno. Nula conciencia de enfermedad y sentido de la realidad mermado.

Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: analítica de sangre y orina, electrocardiograma (ECG), electroencefalograma (EEG) de vigilia, radiografía simple de tórax, estudio de hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico y serología luética, ecografía carotídea y transcraneal, tomografía computerizada (TC) cerebral sin contraste y resonancia mag-

nética (RM) cerebral (fig. 1). No se encontraron hallazgos significativos excepto en los estudios de neuroimagen que pusieron de manifiesto la existencia de sendos infartos lacunares en cabeza de ambos núcleos caudados y en cuerpo del caudado derecho.

Durante su estancia hospitalaria el paciente fue tratado con quetiapina a dosis de 150 mg/día y benzodiazepinas precisando seguimiento continuado por parte de psiquiatría. La clínica remitió completamente al cabo de 10 días siendo dado de alta con el diagnóstico de episodio psicótico agudo de etiología isquémica. Tres meses después el paciente permanece asintomático y no sigue ya tratamiento con psicofármacos.

CASO 2

Paciente varón de 49 años de edad con antecedente de trasplante de médula ósea por leucemia linfoblástica aguda y enolismo que ingresa en nuestro servicio por presentar de forma brusca ideación delirante autorreferencial y de perjuicio. No existían alucinaciones visuales ni auditivas pero sí gustativas con crítica parcial de las mismas. Juicio de la realidad alterado.

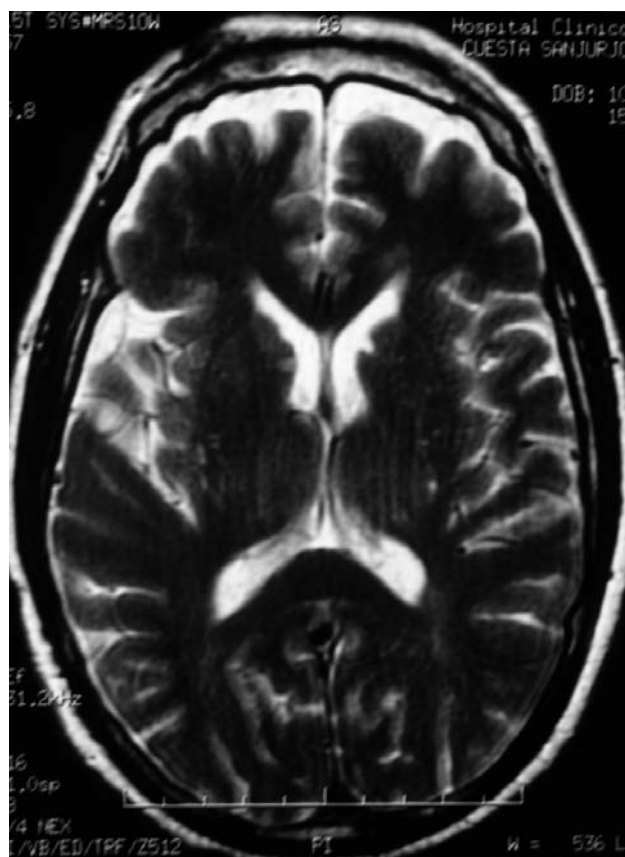


Figura 1 Caso 1. Resonancia magnética cerebral en la que se objetiva infartos lacunares en ambas cabezas de caudado y cuerpo de caudado derecho.

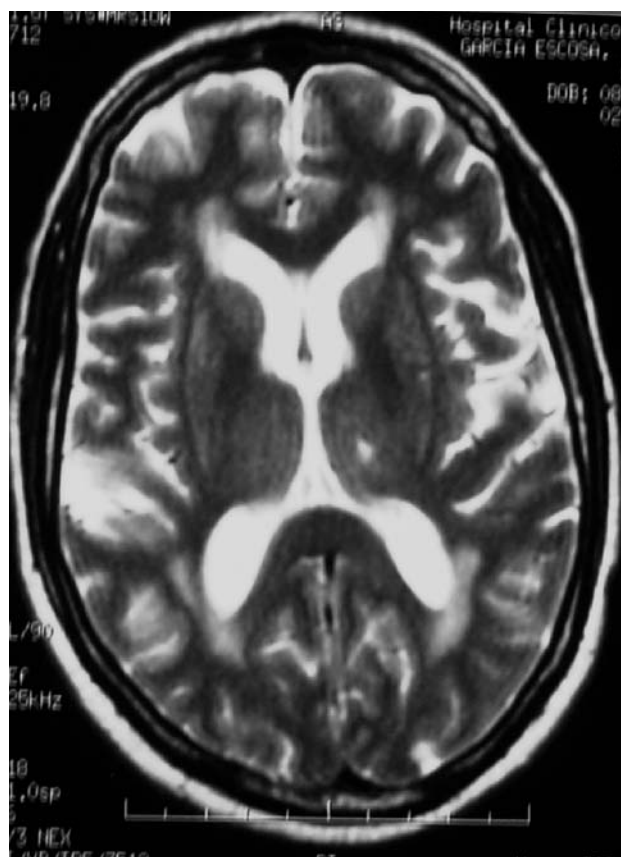


Figura 2 Caso 2. Resonancia magnética cerebral que demuestra la existencia de infarto lacunar en tálamo izquierdo.

La exploración neurológica no evidenció alteraciones significativas. Se realizó RM cerebral objetivándose infarto lacunar talámico izquierdo. El resto de las exploraciones realizadas (EEG, ecografía carotídea) fueron compatibles con la normalidad. El paciente fue tratado de forma conjunta con el Servicio de Psiquiatría con quetiapina a dosis de 100 mg/día que se retiró de forma progresiva una vez transcurridos 3 meses de evolución ante la remisión de la sintomatología psiquiátrica.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones psiquiátricas en forma de depresión, incontinencia emocional, euforia, cambios de personalidad y deterioro cognitivo son frecuentes durante la evolución de los pacientes con ictus¹. Sin embargo hay pocas referencias en la literatura de pacientes con ictus cuya sintomatología inicial sea un cuadro de tipo psicótico considerándose por ello excepcional.

Los lóbulos frontales modulan y dan forma y carácter a la personalidad. En ellos confluyen aspectos volitivos, cognitivos y emocionales. Podemos distinguir cuatro regiones anatómicas: las áreas motoras centrales, la corteza dorsolateral, las regiones orbitales y la parte medial que comprende tejido motor de la convexidad lateral y de las áreas orbitales incluyendo el área del cíngulo anterior. Las conexiones córtico-corticales principales corresponden al proceso de información visuoespacial y visuoperceptiva (corteza temporal y parietal posterior). Dentro de las conexiones córtico-subcorticales se distinguen las frontotálamicas (núcleo talámico dorsomedial principalmente), frontolímbicas (formación amigdalohipocámpica del lóbulo temporal medial) y frontobasales. Estos últimos son circuitos gangliobasales-tálamo-corticales, separados anatómicamente y funcionalmente, y cerrados (circuito motor, circuito oculomotor y circuito prefrontal). En relación con el circuito prefrontal, Cummings² establece que las estructuras subcorticales (estriado, pálido y tálamo) y la corteza prefrontal conforman tres sistemas de conexión (prefrontal dorsolateral, orbital lateral y cíngulo anterior) que median en múltiples aspectos del comportamiento humano. En este sentido Kitabayashi et al.³ presentan un caso de psicosis esquizofrénica secundaria a un infarto lacunar a nivel del putamen derecho por lesión de los circuitos prefrontal dorsolateral y orbital lateral. También la isquemia en tálamo se ha documentado en la psicosis ictal⁴. Sin embargo, el desarrollo de sintomatología psicótica (alucinaciones e ideación delirante) obedece no a la lesión unilateral del sistema frontal-subcortical sino a la asimetría interhemisférica bien por hiperactividad o por hipoactividad de cualquiera de los dos sistemas.

Así, también se ha documentado la remisión de sintomatología psicótica tras una hemorragia putaminal izquierda en paciente esquizofrénico⁵ con hiperactividad frontal-subcortical ipsilateral previa. Rabins et al.⁶ encuentran una mayor frecuencia de lesiones frontoparietales derechas en pacientes con psicosis posictus y un mayor grado de atrofia subcortical.

En los casos presentados la lesión se localizaba a nivel de ambos núcleos caudados y cuerpo del derecho (caso 1) y tálamo (caso 2). La sintomatología psicótica se explicaría en el primer caso, no tanto por la disfunción del circuito prefrontal dorsolateral-subcortical cuyas neuronas partiendo de las áreas 9 y 10 de Brodmann se proyectan a la porción dorsolateral de la cabeza del núcleo caudado y que cursaría con alteración en la memoria de trabajo tipo espacial sino por la afectación del circuito lateral orbitofrontal. Dicho circuito (áreas 10 y 11 de Brodmann) proyecta al sector ventromedial del núcleo caudado que se extiende desde la cabeza hasta la cola de esta estructura y es precisamente en la corteza orbitofrontal donde descansan los patrones de conducta. En el segundo caso el tálamo y en concreto los núcleos dorsomedial, ventral anterior y parafascicular están implicados en los tres circuitos prefrontales por lo que además de trastornos conductuales (por disfunción orbitofrontal) podrían darse alteraciones en la memoria, aprendizaje, motivación y afecto (por disfunción del circuito cíngulo anterior).

El inicio tan brusco de la sintomatología psicótica, la demostración en la neuroimagen de un evento vascular agudo y el carácter reversible de la clínica apoyarían el diagnóstico de psicosis orgánica, en este caso secundaria a infarto isquémico en territorio estratégico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chemerinski E, Robinson R. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics* 2000;41:5-14.
2. Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Arch Neurol* 1993;50:873-80.
3. Kitabayashi Y, Narumoto J, Otakara C, Hyungin C, Fukui K, Yamada K. Schizophrenia-Like psychosis following right putaminal infarction. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006;18:561-2.
4. McGilchrist I, Goldstein LH, Jadresic D, Fenwick P. Tálamo-frontal psychosis. *Br J Psychiatry* 1993;163:113-5.
5. Nagara T, Ohara H, Yano K. Disappearance of hallucinations and delusions following left putaminal hemorrhage in a case of schizophrenia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1996;98:498.
6. Rabins PV, Starkstein SE, Robinson RG. Risk factors for developing atypical (schizophreniform) psychosis following stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991;3:6-9.