

## Politerapia en el manejo del trastorno bipolar

Carmen Cinos Galán

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

### Introducción

Resulta llamativa la escasez de publicaciones en torno a algunos temas frecuentes en la práctica clínica. Es el caso del uso de varios eutimizantes en politerapia para el tratamiento del trastorno bipolar, especialmente en aquellos pacientes que se enmarcan dentro del grupo de los cicladores rápidos, ya que en numerosas ocasiones es necesario utilizar varios fármacos de este tipo y realizar periódicos reajustes para evitar descompensaciones.

El siguiente caso clínico es sólo un ejemplo de los que, con cierta frecuencia, tratamos en nuestra Unidad de Agudos.

### Caso clínico

#### Anamnesis

#### Motivo de ingreso

Paciente varón de 73 años que acude por presentar ánimo deprimido e ideación autolítica.

#### Antecedentes personales

Convive con su esposa, su hija, el marido de ésta y su nieta. Tiene otro hijo adulto que vive en el extranjero. Su actividad laboral se vinculó al sector empresarial, aunque actualmente está jubilado.

Diagnosticado de trastorno bipolar que se inicia cuando el paciente tiene 18 años, y se ha caracterizado por una sucesión rápida (de semanas) de períodos de excitación maníaca y otros de franca depresión, por lo que se considera al paciente un ciclador rápido que ha presentado serias dificultades a nivel farmacológico para la estabilización de su patología.

En su historial constan ingresos hospitalarios en diferentes clínicas psiquiátricas y un ingreso

previo en nuestra Unidad, con diagnóstico al alta de trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo moderado con síndrome somático F31.31 (CIE-10).

Desde hace meses cumple correctamente el tratamiento prescrito y acude regularmente a las citas con su psiquiatra.

Hipoacusia leve.

Colelitiasis.

Consumo moderado de alcohol hasta hace 4 años, actualmente no consume ningún tipo de tóxico.

Apendicectomía.

### Enfermedad actual

Según refiere su familia, desde hace unas 3 semanas el paciente viene presentando una conducta inadecuada: abandonó el domicilio familiar para irse a vivir a un hotel del que lo desalojaron por impago, desde entonces se ha instalado en el piso piloto de un edificio en construcción que, al parecer, le ha prestado un conocido.

Desde hace una semana lo ven triste, irritable, lloroso, verbalizando intención autolítica, y muy angustiado. Comentan que pasó de sentirse muy orgulloso de su nieta y procurar estar el mayor tiempo posible con ella, a incomodarse con la presencia de la nieta y de cualquier persona de la familia, deseando en todo momento estar solo y en silencio.

Según relata el paciente, tomó la decisión de irse al hotel en una etapa que describe como «eufórica», en la que empezó a proyectar distintas operaciones financieras. El desalojo del Hotel y el resultado fallido de sus perspectivas de negocio, desencadenan la clínica disfórica y

posteriormente depresiva así como la ideación autolítica que se objetiva en el momento del ingreso. Refiere sentirse un estorbo para su familia y dice que lo mejor sería desaparecer y dejar que ellos fuesen felices, ya que se considera el causante de todos los problemas que se puedan presentar en el entorno familiar y les pide perdón constantemente en tono de despedida.

### Exploración psicopatológica al ingreso

Consciente. Orientado. Colaborador. Correcto y adecuado. Actitud abatida, no mantiene el contacto ocular. Adelgazamiento con respecto a semanas previas. Aunque correctamente vestido y aseado, se aprecia cierto descuido en su aspecto personal. Ansioso y angustiado. Discurso correcto en lo formal. Verbaliza sentimientos de soledad, desesperanza futura y minusvalía. Hipotimia franca. Incontinencia emocional (llanto de difícil control durante la entrevista). Ideas sobrevaloradas de muerte e ideación autolítica aunque sin plan estructurado. No se objetiva sintomatología psicótica productiva. Insomnio de 2 semanas de evolución. Hiporexia. Niega consumo de tóxicos. Conciencia de enfermedad.

### Exploración física y pruebas complementarias

- TA: 135/90
- Temperatura: 36°C
- Peso: 76 Kg
- ACP, abdomen y extremidades: sin alteraciones.
- Hemograma: dentro de la normalidad.
- Bioquímica: creatinina 1,21 mg/dl, resto sin alteraciones.
- Ferritina: 321,10 ng/ml.
- PSA: 0,77 ng/ml.
- Litemia: 0,37 mEq/l.
- Análisis de orina: sin alteraciones.

- Cultivo de orina: no se obtiene crecimiento bacteriano.
- Bioquímica urinaria: no existe microalbuminuria, la creatinina en orina es de 82 mg/dl.
- Hormonas tiroideas: TSH basal, anticuerpos antitiroglobulina y anticuerpos antiperoxidasa dentro de la normalidad.

### Evolución

Durante los primeros días continúa hipotímico, con ideas de minusvalía, y tendencia persistente al aislamiento, aunque paulatinamente va desapareciendo la incontinencia emocional.

La litemia al ingreso se consideró que no estaba en valores adecuados por lo que se aumentó la dosis de carbonato de litio a 800 mg/día. También se aumentó la pauta de lamotigina a 300 mg/día, se mantuvo la dosis de olanzapina que el paciente tomaba ambulatoriamente que era de 20 mg/día, y de carbamazepina (400 mg/día). Para reducir el nivel de ansiedad se añadió clonazepam en dosis de 2 mg/día y como inductor del sueño zolpidem 10 mg/día. Se optó por no pautar antidepresivo, dado que dos semanas antes del ingreso el paciente presentaba clínica compatible con el inicio de una descompensación maníaca (disforia, irritabilidad, gastos excesivos...).

Una semana después de ingresar, comienza a mostrarse irritable, disfórico y desinhibido. Se decide entonces reducir la dosis de lamotrigina a 200 mg/día y aumentar la de carbamazepina a 600 mg/día de modo progresivo. Asimismo, la litemia en estos momentos estaba en 0,57 mEq/l, por lo que se aumentan las sales de litio a 1 g/día.

Diez días después el paciente presenta un episodio de diarrea franca por lo que se opta por volver a la dosis de 800 mg/día de carbonato de litio. Tras 12 horas con suero oral y dieta astringente posterior, esta diarrea cede espontáneamente.

Se va apreciando una adecuación y eutimia progresivas a medida que transcurre el ingreso por lo que se reajustan las dosis de anticomieciales quedando finalmente en 400 mg/día de carbamazepina y 300 mg/día de lamotrigina. El clonazepam se va reduciendo poco a poco hasta suspenderse, y se aumenta el zolpidem a 20 mg/día para evitar el insomnio, manteniéndose olanzapina y litio en las dosis antes descritas.

Tras cuarenta días de ingreso y objetivándose la total remisión de la sintomatología, se procede al alta hospitalaria con diagnóstico de trastorno bipolar, episodio depresivo moderado con síndrome somático F31.31 (CIE-10).

El paciente se compromete a cumplir el tratamiento de modo ambulatorio, y dadas las dificultades que ha presentado el control del cuadro, se propone establecer citas muy frecuentes con su psiquiatra para realizar reajustes precisos de la medicación en caso de ser necesario, minimizando así el riesgo de reingreso hospitalario.

## Discusión

En el caso de este paciente ha sido necesario combinar varios fármacos para conseguir la remisión de la clínica, lo cual es algo relativamente común en la práctica diaria.

El enfermo venía ya tratado con litio, carbamazepina, olanzapina y lamotrigina como estabilizadores del estado de ánimo y fue necesario reajustar las dosis para controlar los síntomas. Además, tras estos cambios, se produjo lo que se podría considerar el inicio de un viraje a fase maníaca que remitió tras un nuevo reajuste.

En este caso se observa que un paciente con trastorno bipolar de larga evolución (en su caso más de 50 años), puede ir precisando varios fármacos en politerapia para mantener compensada la patología, especialmente tratándose de un ciclador rápido, en cuyo caso habremos de ser aún más cuidadosos cuando se trata de modificar las dosis, para evitar en todo momento el viraje.

Buscando información sobre este tema en Medline, nos encontramos que la mayoría de publicaciones relacionadas son de muy reciente aparición (introduciendo como palabras clave «bipolar disorder», «anticonvulsants» y «drug therapy combination» aparecen 200 artículos de los cuales 88 son de 2005 y 2006) y no figura ninguno en el que se estudie el uso combinado de dos o más anticomieciales, ni en el tratamiento de las fases agudas, ni en el mantenimiento del trastorno bipolar, aunque se llama la atención sobre la necesidad de realizar ensayos sobre este tipo de terapias comunes en la práctica clínica, para comprobar su eficacia y seguridad de un modo riguroso (3, 4). También se sugiere la importancia de investigar más sobre el uso de antipsicóticos atípicos como olanzapina añadidos al litio o a algún anticomiecial fuera de su uso en manía aguda (3, 5, 6) argumentando que este tipo de tratamientos son utilizados frecuentemente como pauta de mantenimiento sobre todo en aquellos casos de difícil manejo como son los cicladores rápidos (7) y que la mayoría de datos disponibles para elaborar guías de tratamiento están basados en ensayos en monoterapia que difieren mucho de las condiciones de los pacientes reales (8).

Probablemente, en los próximos años, se desarrollarán estudios sobre la politerapia en el tratamiento del trastorno bipolar, que permitirán dar una base sólida a lo que ya se está viendo en la práctica diaria. Mientras tanto, con algunos pacientes, es necesario utilizar todas las armas terapéuticas a nuestro alcance para conseguir un mantenimiento adecuado y no disminuir su calidad de vida, que es en definitiva nuestro principal objetivo.

## Bibliografía

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A. Kaplan-Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. 9ª ed. Waverly Hispanica. Madrid. 2004.
2. Soler Insa, P. A., Gascón Barrachina, J. *RTM-II*. 2ª ed. Masson. Barcelona. 1999.
3. Lin D, Mok H, Yatham LN. *Polytherapy in bipolar disorder*. CNS Drugs. 2006;20(1):29-42.

## Politerapia en el manejo del trastorno bipolar

---

4. Singh V, Muzina DJ, Calabrese JR. *Anticonvulsants in bipolar disorder*. Psychiatr Clin North Am. 2005 Jun;28(2):301-23.
5. Glitin M. *Treatment resistant bipolar disorder*. Mol Psychiatry. 2006 Jan 24
6. Vieta E, Goikolea JM. *Atypical antipsychotics: newer options for mania and maintenance therapy*. Bipolar Disord. 2005;7 Suppl 4:21-33.
7. Muzina DJ, Calabrese JR. *Maintenance therapies in bipolar disorder: focus on randomized controlled trials*. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Aug;39(8):652-61.
8. Fountoulakis KN, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Kaprinis SG, Goikolea JM, Kaprinis GS. *Treatment guidelines for bipolar disorder: a critical review*. J Affect Disord. 2005 May;86(1):1-10.