

# **CASO CLINICO: TRS. BIPOLAR CICLADOR RAPIDO**

*Manuel Reus Martínez  
Joaquín Ruiz Riquelme  
Eva Imbernón Pardo  
Cristina Tobías Imbernón*



Medicina





# **CASO CLINICO: TRS. BIPOLAR CICLADOR RAPIDO**

## **Autores**

1. Manuel Reus Martínez. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz, Área IV. Región de Murcia.
2. Joaquín Ruiz Riquelme. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz, Área IV. Región de Murcia.
3. Eva Imbernón Pardo. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Molina de Segura, Área VI. Región de Murcia.
4. Cristina Tobías Imbernón. Facultativo del Servicio de Psicología Clínica del Centro de Salud Mental de Molina de Segura, Área VI. Región de Murcia.



**Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L**

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **el autor**

Bubok Publishing S.L., 2013

Editado por Bubok

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) [info@3ciencias.com](mailto:info@3ciencias.com)

1ª edición: **Julio 2016**

ISBN: **978-84-945785-6-4**

Registro: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2016.24>

*A nuestras Familias*



# Contenido

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN .....                               | 9  |
| 2. CASO CLINICO: TRS. BIPOLAR CICLADOR RAPIDO ..... | 11 |
| 2.1 MOTIVO DE CONSULTA .....                        | 11 |
| 2.2 ANTECEDENTES PERSONALES .....                   | 11 |
| 2.3 EXPLORACION PSICOPATOLÓGICA.....                | 12 |
| 2.4 DIAGNOSTICO PRIMERO .....                       | 13 |
| 2.5 TRATAMIENTO PRIMERO .....                       | 14 |
| 2.6 RESULTADO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS I.....     | 14 |
| 2.7 EVOLUCIÓN I .....                               | 15 |
| 2.8 RESULTADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS II ... | 18 |
| 2.9 DIAGNOSTICO II.....                             | 18 |
| 2.10 TRATAMIENTO II.....                            | 19 |
| 2.11 EVOLUCION II .....                             | 19 |
| 2.12 DISCUSIÓN CASO CLINICO.....                    | 20 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                    | 23 |



# 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, por momentos incapacitante, y que afecta a un número importante de personas, creando complejas problemáticas familiares, sociales y laborales (1,2).

El trastorno bipolar tiene una prevalencia de 0,6-1,2 a lo largo de la vida, afecta por igual a hombres que a mujeres, si bien es cierto que son más frecuentes los episodios maníacos en varones y depresivos en mujeres. La edad de inicio suele ser alrededor de los cuarenta años (1,2).

Como es sabido, el trastorno bipolar se caracteriza por la oscilación de cuadros afectivos mayores que en muchas ocasiones tienden a mantener cierta estacionalidad (3), pero Post et al en 1996 describieron el término ultra-rápido para pacientes en los que las oscilaciones anímicas ocurriesen en un mismo mes, y ultra-diano para aquellos pacientes que dichas oscilaciones ocurriesen en el mismo día. (4)

Estudios han demostrado el sobre-diagnóstico Cicladores rápidos si solo se atiende a los estados afectivos, deben observarse otros síntomas como las alteraciones formales del pensamiento, nivel de energía, alteraciones de los ciclos sueño vigilia... (5,6).

El uso de antidepresivos a largo plazo aumenta la probabilidad de una depresión recurrente. (7).

A lo largo de este trabajo realizaremos un análisis temporal de las diferentes circunstancias y alteraciones que se fueron presentando desde que un paciente, que a la postre presentará un trastorno bipolar de características ultrarrápidas, llegó a consulta y fue definitivamente diagnosticado, tratado y estabilizado.

Hay que decir que es de especial interés el hecho de ser una patología mental poco frecuente y de difícil manejo por la variabilidad y magnitud de alteraciones psicopatológicas que se presentan (4).

Por último recordar que los diagnósticos en psiquiatría tienen un componente evolutivo que en muchas ocasiones define la enfermedad mental. En el caso de los trastornos bipolares, es especialmente importante, pues para su diagnóstico es generalmente necesaria la alternancia de estados psicopatológicos (depresión, euforia o estados mixtos) en muchos casos opuestos (12).

## **2. CASO CLINICO: TRS. BIPOLAR CICLADOR RAPIDO**

### ***2.1 MOTIVO DE CONSULTA***

El paciente en cuestión, que a partir de ahora definiremos X, es un varón de 41 años, llega a esta consulta de psiquiatría del Centro de salud mental de referencia, derivado por su médico de atención primaria, es Abril de 2013, lleva más de seis meses de tratamiento para la depresión que padece, con antidepresivos duales a dosis crecientes hasta 150 mg de Venlafaxina en dosis matinal y Benzodicepinas ( loracepam 1 mg y alprazolam 1 mg ) para dormir, no ha habido ninguna mejoría clínica a pesar de aparentemente haber mantenido una conducta terapéutica correcta y un tiempo más que prudente.

### ***2.2 ANTECEDENTES PERSONALES***

**-Somaticos:** Niega alergias medicamentosas, Hipertensión o Diabetes Mellitus, Ha sido operado de un varicocele cinco años atrás y de cuatro hernias discales en los cuatro años previos a acudir a esta consulta.

Reconoce el consumo de tóxicos, de cannabis habitualmente y de cocaína y *speed*, que si bien hace meses que no consume, reconoce haber tenido un consumo elevado en un pasado reciente.

Principalmente, se consume en fines de semana, aunque no sabe concretar una cantidad.

**-Psiquiátricos:** Niega antecedentes propios hasta este episodio, su madre presentó un episodio depresivo grave en la juventud, que precisó ingreso psiquiátrico en unidad de agudos de su hospital de referencia, con buena recuperación, mantuvo tratamiento antidepresivo hasta su fallecimiento cinco años antes de la consulta. No aporta informes.

**-Psicobiografía:** Casado, 2 hijos (22 y14). Pensionista por patología discal desde hace 3 años. Estudios básicos, diversos empleos; albañil, marmolista, atención sanitaria a domicilio, músico autodidacta. Desde la jubilación la música y el cuidado de su huerta han sido sus aficiones. Buena adaptación sociofamiliar premórbida.

### *2.3 EXPLORACION PSICOPATOLÓGICA.*

El paciente se muestra durante la primera entrevista abordable, colaborador, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Llama la atención la actitud anérgica del paciente, que se aprecia en el tono moncorde y flojo con el que habla, respondiendo a mis preguntas con frases cortas y monosílabos.

Evita ligeramente el contacto visual, aunque parece más una actitud vergonzosa. Refiere encontrarse con este estado de ánimo más de seis meses aunque refiere que se ha intensificado en los dos últimos, a pesar de que su médico de atención primaria hubiese subido en ese momento la dosis del antidepresivo que toma (Venlafaxina). Refiere mantener ansiedad diaria y flotante, que no lo abandona a lo largo de todo el día.

Reconoce que ello le crea problemas para coger el sueño, pero que en relación al sueño, le preocupa más el hecho de despertarse sobre las cuatro de la mañana y no poder dormir, refiere en esos momentos asaltarle rumiaciones obsesivoides sobre su mal estado de salud, la impotencia que le produce y la soledad que siente ante todo ello. Reconoce haber pensado en la muerte. La modulación afectiva del paciente es muy pobre, presentando una facies hipomímica, poco expresiva. Le cuesta concentrarse y tiene cierto retardo en las respuestas que me da, se aprecia una cierta afectación cognitiva. Enlentecimiento motor. Se aprecia angustiado. Tendencia al llanto por momentos incoercible. Reconoce ánimo bajo más intenso por las mañanas.

## ***2.4 DIAGNOSTICO PRIMERO***

**-Eje I:** Trastorno depresivo Grave. F32.2, Según CIE-10.

**-Eje II:** Rasgos obsesivos y esquizoides de la personalidad sin llegar a entidad patológica.

**-Eje III:** Presenta cuatro hernias discales por las que recibe pensión, además de un varicocele.

**-Eje IV:** Problemas de trabajo y con hijos adolescentes.

## **2.5 TRATAMIENTO PRIMERO**

Se cita a familiares, explicándoles las características de la enfermedad que padece el paciente, y dándole consejos sobre cómo actuar y cuidarlo correctamente en sus actuales circunstancias.

Ante la falta de eficacia de Venlafaxina se decide introducir antidepresivos tricíclicos; clorimipramina hasta 150 mg /24 horas en dos tomas. Ante la falta de eficacia de las benzodiacepinas como correctoras del insomnio y con ánimo de aportar mayor potencia al tratamiento antidepresivo se introduce así mismo antipsicóticos atípicos como es la Olanzapina a dosis de 7,5 mg. Se mantiene el alprazolam 1 mg.

En ese momento se le piden pruebas complementarias protocolarias ante el debut de un cuadro afectivo depresivo grave; una analítica completa con bioquímica, hormonas tiroideas y Tac craneal simple.

## **2.6 RESULTADO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS I**

Resultado de **analítica general, bioquímica, H. Tiroideas** dentro de la normalidad, salvo discreta hipertrigliceridemia y colesterolemia Se pone en conocimiento de su MAP quien introduce tratamiento con atorvastatina.

**TAC** informado dentro de la normalidad.

## 2.7 EVOLUCIÓN I

Antes de describir la evolución de este paciente quiero señalar que se han incluido en ella las citas y datos más significativos de la evolución, con objeto de de hacer más sencilla y comprensible la misma.

**Visita1:** En la primera visita, al mes de iniciar el tratamiento, el paciente presenta una ligera mejoría, se decide mantener el tratamiento y observar la evolución.

**Visita 2:** Junio 2013. Acude a las tres semanas de urgencias, el paciente ha apreciado nuevos síntomas y acude para que los valore. Reconoce la presencia de síntomas paranoides autorreferenciales y suspicaces, que el paciente reconoce como ego-distónicos, demostrando cierto insight.

**Visita 3:** Acude a las dos semanas, refiriendo mejoría de los síntomas psicóticos descritos en la anterior visita.

**Visita 4:** Agosto 2013. Empeoramiento de síntomas afectivos descritos en la primera exploración psicopatológica, a pesar de tratamiento antidepresivo a dosis altas. Se deriva para ingreso y terapia TEC en Unidad de Agudos de Hospital de referencia.

### **Ingreso en Unidad de Agudos de Hospital de referencia:**

(Información recogida de informe de alta):

Durante los treinta días que duró su ingreso en planta y tras el fracaso del tratamiento antidepressivo a dosis altas que venía manteniendo ambulatoriamente, se decide realizar Terapia electroconvulsiva, si bien se intentó realizar de forma unilateral, debido a la gravedad de los síntomas, se pasa a forma bilateral, con probabilidad de que aumenten las quejas mnésicas. Los objetivos planteados durante el ingreso fueron:

- 1-Continuar con las sesiones TEC bilateral.
- 2-Introducción de lamotrigina como estabilizador.
- 3-Ajuste de dosis de Olanzapina.
- 4-Se pospone la revisión para la baja laboral al estar el paciente ingresado. Se pone en conocimiento de la trabajadora social de área.

Recibe 9 sesiones TEC sin una clara mejoría, se le da el alta y mantiene TEC mensual, con objeto de impedir empeoramiento clínico.

Las recomendaciones psicológicas al alta fueron:

- Fomentar la adherencia terapéutica y relación con profesionales de la salud mental.
- Reiterar la necesidad de llevar una vida organizada tanto en hábitos alimenticios como en horas de descanso.

-Fomentar actividades lúdicas saludables y abandono de hábitos tóxicos (alcohol, cannabis).

-Favorecer la sociabilidad.

-Fomentar el uso de técnicas de relajación y afirmaciones positivas.

-Seguir alentando la autoestima.

-Promover la implicación familiar.

Precisa aún así un ingreso urgente a principios de 2014 para contención de la ideación suicida que presenta el paciente, se le dio de alta tras una semana de ingreso. Se mantuvo estable varios meses en los que acudió a sus revisiones sin novedad.

**Visita 5:** Julio de 2014, el paciente acude a consulta de urgencia con nuevos y llamativos síntomas; presenta un extraordinario ánimo exaltado ; habla fluidamente, gesticulando, transmite sensación de felicidad, reconoce gastos excesivos ( invita a amigos en bares, se compra caprichos que no puede pagar...) , expansivo, locuaz con exaltación de la sexualidad, pero curiosamente con cierto insight y reconociendo que sus afectos y conducta distan de ser normales, motivo por el cual acude a consulta.

En los meses posteriores realiza virajes con una frecuencia 10:3, se introducen estabilizadores del ánimo y anti-epilépticos a dosis altas (Ac. Valproico hasta 1600/24 h. olanzapina hasta 20 mg, levomepromazina 100 mg/24 h clonacepam 2 mg / 8 h, quetiapina hasta 600 mg/24 horas) y Se pide nuevo TAC craneal.

A pesar del tratamiento con estabilizadores del ánimo, el paciente mantiene una evolución a ciclos rápidos, con virajes cada 2/3 semanas, amortiguándose clínicamente las crisis de euforia con Zuclopentixol acetato.

## ***2.8 RESULTADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS II***

El nuevo **Tac craneal** es informado con escasas lesiones isquémicas en sustancia blanca profunda peri-ventricular. Se deriva a NRL y se pide RMN Cerebral.

**RNM cerebral** informada de infarto frontal izquierdo en territorio ACMI crónico, probablemente secundario a tóxicos, tiene una cita con neurología quien deriva a Unidad de demencias de HUVA ante la presencia de cierto deterioro cognitivo.

## ***2.9 DIAGNOSTICO II***

**-Eje I:** Dado los nuevos datos clínicos el paciente cumple criterios de trastorno bipolar I, (F31 según Cie-10). Dada la frecuencia de los virajes; ciclador rápido. (Más de 4 fases al año) Con componente orgánico vascular.

**-Eje II:** Rasgos esquizotípicos y obsesivos de la personalidad sin entidad patológica.

**-Eje III:** Hernias discales por las que recibe minusvalía y varicocele. Ictus frontal izquierdo isquémico con déficit cognitivo asociado.

**-Eje IV:** Problemas de trabajo y de relación con hijos adolescentes.

## ***2.10 TRATAMIENTO II***

Ante la nueva situación en la que se encuentra el paciente, las decisiones de tratamiento van encaminadas a fomentar la estabilidad en el estado de ánimo y se introduce tratamiento con Aripiprazol inyectable de larga duración a dosis de 400 mg/ mensual tras test con Aripiprazol 10 mg una semana, con buena tolerancia.

Se mantiene Ac Valproico 1600 mg/24h. Se baja progresivamente la dosis de olanzapina hasta 10 mg en la noche y duloxetina 30 mg para control de síntomas ansiosos y depresivos, así como cloracepato dipotasico 35 mg/24 horas y se mantiene la levomepromacina 100 mg al acostarse.

## ***2.11 EVOLUCION II***

Mejoría clínica del paciente con introducción de Aripiprazol 400 mg 1 Amp/ mensual, no presenta efectos secundarios de relevancia, alarga los periodos de viraje habiendo presentado solo un episodio hipomaniaco de corta duración (4 días) en el último año, mejoría subjetiva por parte del paciente, discreta mejoría cognitiva.

Desde entonces el paciente se ha mantenido estable a nivel psicopatológico, pero presenta grandes déficits y secuelas a nivel de su vida familiar y social, a lo largo de todo este proceso que ha durado dos años. Es por ello que a través de la trabajadora social del CSM de referencia se realizaron las gestiones pertinentes para que le fuese concedida la ley de dependencia y se incluyese en un proceso rehabilitador de reinserción social en un centro de día.

## *2.12 DISCUSIÓN CASO CLINICO*

A la hora de entender este caso clínica debemos de tener en cuenta, como ya advertíamos al inicio de este trabajo, que los diagnósticos en psiquiatría, al contrario que en otras especialidades médicas, tienen una dimensión evolutiva y/o temporal, así que para poder realizar un correcto diagnóstico no solo debemos fijarnos en las alteraciones psicopatológicas que presenta en el momento de la entrevista, sino que debemos realizar una exhaustiva historia clínica para conocer lo mejor posible, las alteraciones psicopatológicas que ha presentado un paciente a lo largo de su vida e incorporar todas las que se vayan presentando, así, como ocurre en este paciente, lo que en un principio puede ser diagnosticado como un episodio depresivo único, realmente iba a estar encuadrado en el contexto de un trastorno bipolar, con las implicaciones terapéuticas y de pronóstico que ello implica (13).

Otro punto interesante del caso clínico es la importancia o relevancia que el componente orgánico tiene sobre la patología mental, si bien es cierto que la edad de debut es la habitual en pacientes con trastorno bipolar, la presencia de un accidente cerebro-vascular a nivel frontal, no puede ser pasado por alto. Está descrita la presencia de trastornos depresivos graves tras ictus frontales izquierdos, si bien, la bipolaridad tiene menos apoyos. Pero la influencia de un accidente cerebro-vascular a nivel frontal es fácilmente presumible, mediando esas áreas cerebrales la patogenia de la enfermedad. Debería quedar reflejado al menos como especificador (8,9).

Asimismo señalar la mejoría/estabilización del paciente mediante el uso de aripiprazol. Si no achacamos la mejoría del paciente al factor dinámico propio de la enfermedad, cierto es que la eficacia de aripiprazol en trastornos bipolares está demostrada, y dado el componente vascular del cuadro, el respeto a los parámetros bioquímicos a largo plazo, es necesario, dada la edad del paciente. Es probable que el mecanismo de actuación como agonista parcial de la dopamina guarde relación con su actividad estabilizadora del ánimo ya que como es sabido, los agonistas parciales pueden bloquear la actividad dopaminérgica a nivel receptorial o estimularla ante la depleción de la dopamina, lo cual implica un mecanismo regulador de la actividad dopaminérgica encaminada a mantener estable dicha actividad. (10, 11, 12)

Para terminar, señalar como en paciente graves, tras la recuperación de los síntomas psicóticos y afectivos más apremiantes, tras la estabilización, puede ser conveniente el incluirlos en la unidad de rehabilitación, para recuperar aspectos de la vida cotidiana que escapan al efectos de los tratamientos farmacológicos, pero que no podemos dejar pasar por alto, pues el fin último para con un paciente, debe ser no tanto la remisión de síntomas de una enfermedad, sino la recuperación de la vida del paciente en a medida de lo posible y en ello debemos poner todos los recursos de los que dispongamos. También la trabajadora social es un elemento imprescindible en el tratamiento integrado de pacientes mentales, gestionando recursos en el ámbito social que pueden proteger y estimular y satisfacer necesidades del paciente en su recuperación a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Pjrek E, Baldinger-Melich P, Spies M, Papageorgiou K, Kasper S, Winkler D. Epidemiology and socioeconomic impact of seasonal affective disorder in Austria. *Eur Psychiatry*. 2016 Feb;32:28-33.
- (2) Kaplan-Sadock, Sinopsis de psiquiatría –novena edición. Barcelona. Waverly Hispánica. 2004.pp.534-590.
- (3) Gelder, M., Lopez Ibor Jr., Andreasen, N. Tratado de psiquiatría. Barcelona. *Psiquiatría médica*. 2003.pp.805-874.
- (4) Kramlinger KG., Post RM. Ultra-rapid and ultradian cycling in bipolar affective illness. *Br J Psychiatry*.1996;168(3):314-323.
- (5) Leibenluft E. Severe mood dysregulation irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011;168(2):129-142.
- (6) Geller B., Tillman R., Bolhofner K., Proposed definitions of bipolar disorder episodes and daily rapid cycling phenomenon in preschooler school-aged children, adolescent and adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*.2007;17(2):217-222.
- (7) Ghaemi SN., Ostacher MM., El-Mallakh RS., et al. Antidepressant discontinuation in bipolar depression: A

systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD) randomized clinical trial of long-term effectiveness and safety. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(4):372-380.

- (8) Berthier ML., Kulisevsky J., Gironell A., Fernández Benítez JA. Poststroke bipolar affective disorder: clinical subtypes, concurrent movement disorders, and anatomical correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1996 Spring;8(2):160-7.
- (9) Starkstein SE., Robinson RG. Affective disorders and cerebral vascular disease. *Br J Psychiatry*. 1989 Feb;154:170-82.
- (10) Dhillon S. Aripiprazole: a review of its use in the management of mania in adults with bipolar I disorder. *Drugs*. 2012 Jan 1;72(1):133-62.
- (11) Muneer A. The Treatment of Adult Bipolar Disorder with Aripiprazole: A Systematic Review. *Cureus*. 2016 Apr 7;8(4):e562.
- (12) De Bartolomeis A., Tomassetti C., Lasevoli F. Update on the Mechanism of Action of Aripiprazole: Translational Insights into Antipsychotic Strategies Beyond Dopamine Receptor Antagonism. *CNS Drugs*. 2015 Sep;29(9):773-99.
- (13) Troisi A. The evolutionary diagnosis of mental disorder. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2015 May-Jun;6(3):323-31.







Medicina

