



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3018 - IMPORTANCIA DE REALIZAR UN CORRECTO DESPISTAJE ORGÁNICO EN PACIENTES CON CLÍNICA MANIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.L. González Galdamez^a, M.D. Piqueras Acevedo^a, C. Celada Roldán^b, A. Rodríguez Hernández^c, S. Bravo Gómez^d e I. Martínez Pérez^e

^aPsiquiatra. Hospital Santa Lucía. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^cMédico Residente de Psiquiatría. Centro de Salud Cartagena. Murcia. ^dHospital Universitario Santa Lucía Cartagena. ^ePsiquiatra. Hospital Psiquiátrico El Palmar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 61 años que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría por presentar clínica maniforme después de llevar veinte días sin tratamiento estabilizador con litio por haber sido retirado en un ingreso previo en medicina interna debido a intoxicación (litemia 2,5) que precisó hemodiálisis. Entre los antecedentes del paciente destaca que es fumador.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración psicopatológica: Consciente y orientado, ánimo expansivo y disfórico, discurso tangencial y saltigrado perdiendo constantemente la línea directriz, insomnio global, sus familiares refieren que está confuso. Se inició tratamiento estabilizador con valproato y risperdal tras lo que el paciente tras 20 días de tratamiento seguía mostrándose confuso y desorientado a pesar de no tener ninguna alteración en el TC craneal ni en la analítica general. Ante la ausencia de mejoría decidimos disminuir tratamiento antipsicótico pero el paciente seguía mostrándose confuso por lo que comenzamos a sospechar una enfermedad física de base. En días posteriores comenzó a presentar hipersomnias diurnas por lo que se realizó interconsulta a neumología por sospecha de SAOS que realizó pulsioximetría de registro y confirmó el diagnóstico por lo que inició terapia con CPAP ante lo que el paciente experimentó una gran mejoría. Una semana después el paciente fue dado de alta.

Juicio clínico: Fase maniaca sin síntomas psicóticos (F.31.1). SAOS

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de los episodios de manía debe plantearse con lesiones cerebrales, trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas, corticoides, consumo de sustancias y endocrinopatías. En otro lugar el diagnóstico de establecerse con otras enfermedades psiquiátricas graves.

Comentario final: A pesar de que el SAOS no está incluido entre las principales causas de diagnóstico diferencial de la manía consideramos que en pacientes con clínica maniforme, fumadores que presentan una evolución tortuosa con una clínica confusa y desorganizada debe ser un diagnóstico a tener en cuenta.

Bibliografía

1. Vieta E, Nieto E, Autet A, et al. A long-term prospective study on the outcome of bipolar patients treated with longacting injectable risperidone. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9:219-24.
2. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 7^a ed. Barcelona: Masson, 2011:258-78.

Palabras clave: *Episodio maniaco. Mala respuesta. SAOS.*