

## Caso Clínico

---

PO-75

### LA BELLA DURMIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO DE COMA PSICÓGENO

I. Menéndez Miranda, J. Peña Martínez, C. Emeterio Delgado, E. Sesma Pardo, E.A. Povedano Suárez, B. Rodríguez Cabo y Á.Havia Maroto

**Introducción:** Los trastornos disociativos ocurren cuando hay una disrupción de las funciones integradas de consciencia, memoria, identidad o percepción. La prevalencia del pseudocoma no está bien establecida, y parece ser menos común que a principios del s. XX.

**Objetivos:** Aproximarnos al diagnóstico y etiopatogenia del coma psicógeno.

**Metodología:** Exposición de un caso clínico y breve revisión de la literatura.

**Resultados:** El diagnóstico de coma psicógeno ha de hacerse por exclusión. Pueden sugerirlo: conservación de reflejos pupilares, corneales, tendinosos y plantares, resultando especialmente llamativa la falta de respuesta ante estímulos dolorosos de gran intensidad. Puede observarse resistencia a la apertura pasiva y aleteo palpebral, fenómeno de Bell, o desviación al suelo de la mirada desde cualquier posición de la cabeza. Presentamos el caso de una mujer con un episodio súbito de pérdida de consciencia con hipotonía, oposición a la apertura palpebral y bucal, falta de respuesta ante estímulos dolorosos intensos y caída irregular con movimientos de corrección de trayectoria al realizar maniobras de fuerza global, siendo el resto de la exploración neurológica normal. Recuperó la consciencia de forma completa pasadas 15 horas refiriendo haber oído todo lo acontecido durante el episodio.

**Conclusiones:** El diagnóstico debe sospecharse en casos de pérdida de consciencia precipitada por una situación de estrés grave que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento del paciente. Está contraindicada la repetición incesante de estímulos dolorosos, y debe tenerse en cuenta, así como explicar a los familiares, que no se trata de una simulación.

## PO-210

**POTOMANÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

M. Herrera Giménez, S. Martínez Benítez, J.M. López Navarro, M.M. Díaz Galván, E. Egea Cánovas, F. Rosagro Escámez, C. Seiquer De la Peña y P. Pozo Navarro

**Introducción:** Potomanía: a propósito de un caso.

**Objetivos:** A partir de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica de la potomanía planteando su inclusión en el trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados.

**Metodología:** Mujer de 34 años que ingresa en UPH por ingesta descontrolada impulsiva-compulsiva hídrica “que le calman la ansiedad” provocándole el vómito por rebosamiento. Ex-consumidora de alcohol y cocaína abstinente desde hace un año, coincidiendo con el inicio del cuadro.

**Resultados:** En 1935 se describe potomanía como deseo habitual de beber gran cantidad de líquido, asociado ó no a una actitud placentera. Su prevalencia en pacientes psiquiátricos hospitalizados es de 6-17%, en 85% de casos son esquizofrenias residuales. Se desconoce su incidencia en pacientes ambulatorios. Debemos descartar patología orgánica de base (diabetes insípida).

**Conclusiones:** La potomanía no está incluida en ningún apartado de las clasificaciones psiquiátricas actuales como diagnóstico específico. Podría incluirse en el trastorno del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, escasamente resuelto en la nosología donde se incluyen entidades muy diversas que pueden tener elementos biológicos ó psicológicos comunes. Su característica esencial es la dificultad para resistir un impulso. La impulsividad es un síntoma integrante de la patología psiquiátrica: ansiedad, depresión, suicidio, adicciones, ludopatía, TCA. Pacientes con elevada impulsividad tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos. En la paciente destacan distintas conductas descontroladas durante su biografía relacionada con la búsqueda inmediata de placer, predominando actualmente la potomanía, que pertenece a una conducta adictiva más amplia.

## PO-215

**HIGH ACHIEVING SÍNDROME**

E. Martínez de Zabarte Moraza, M. Martínez Moneo y F.J. Morrás Abaurre

**Introducción:** Se ha descrito una mala evolución de patologías somáticas y psiquiátricas en un grupo de población infantil y adolescente determinada. Este grupo de población se caracteriza por su alto rendimiento académico, social y personal, así como el pertenecer a familias funcionales y con altos niveles de exigencia.

**Objetivos:** El objetivo del trabajo es ilustrar a través de dos casos clínicos el impacto de los rasgos descritos en la evolución de sendos cuadros depresivos, fundamentalmente a través de síntomas somatomorfos.

**Metodología:** Se describen dos cuadros clínicos en dos pacientes femeninas de edades diferentes (8 y 14 años). El motivo de consulta inicial, en ambos casos es sintomatología depresiva. Se diagnostica, en ambos casos: Episodio depresivo moderado (CIE-10, F32.1) y se instaura tratamiento antidepressivo y terapia cognitivo-conductual.

**Resultados:** La evolución en ambos casos es tórpida, por la aparición de múltiples quejas somáticas, no presentes inicialmente.

**Conclusiones:** Analizamos las posibles causas etiopatogénicas de estos síntomas somáticos, concluyendo que la importancia del alto funcionamiento previo y del impacto del episodio depresivo sobre el mismo son de alta relevancia. Comenzamos a trabajar sobre estos aspectos, con notables mejorías en ambos casos.

## PO-216

**ESQUIZOFRENIA INFANTIL: DIMENSIÓN NEGATIVA**

E. Martínez de Zabarte Moraza, F. Morrás Abaurre y M. Martínez Moneo

**Introducción:** Lejos del modelo categorial de los actuales sistemas nosológicos (CIE-10 y DSM-IV), cada vez se está dando más importancia a las dimensiones en la enfermedad Esquizofrénica.

Una de estas dimensiones, la negativa, es quizás, la que más deterioro y dependencia genera en los pacientes. La VEOS, una entidad relativamente “nueva” en su conceptualización, afecta a individuos a una edad crítica del neurodesarrollo.

**Objetivos:** Describir la evolución de una enfermedad esquizofrénica de inicio precoz (12 años), cuatro años después del debut de la enfermedad y habiéndose estabilizado los síntomas psicóticos activos. Desde esta descripción, paralelamente plantear la hipótesis del neurodesarrollo.

**Metodología:** Descripción del caso clínico desde el inicio de la enfermedad centrándonos en la dimensión negativa, desde la hipótesis etiopatogénica del neurodesarrollo.

**Resultados:** El paciente tiene importantes síntomas negativos deteriorantes en su evolución, a pesar de la estabilización sintomática.

**Conclusiones:** Las VEOS son entidades nosológicas diferenciadas, con sintomatología en todas las dimensiones de la esquizofrenia, que vienen a apoyar la hipótesis del neurodesarrollo.

## PO-217

**TRASTORNO BIPOLAR INFANTIL Y TDAH: DECISIÓN TERAPÉUTICA**

E. Martínez de Zabarte Moraza, M. Martínez Moneo y F. Morrás Abaurre

**Introducción:** El Trastorno Bipolar Infantil y el TDAH presentan cifras de comorbilidad elevadas. Además se ha descrito una alta incidencia de antecedentes familiares de TDAH en pacientes con Trastorno Bipolar infantil y a la inversa. Existe gran controversia acerca de si se trata de enfermedades comórbidas, una misma enfermedad, si en TDAH es un pródromo del Trastorno Bipolar, etc. Lo que realmente suscita interés es el manejo terapéutico de pacientes con sintomatología de ambos trastornos, ya que los tratamientos para el TDAH son perjudiciales en el Trastorno Bipolar (riesgo de inducir exacerbaciones hipomaniacas o maniacas)

**Objetivos:** Plantear en manejo terapéutico de un adolescente diagnosticado de TDAH y Trastorno Bipolar en la infancia.

**Metodología:** Se describe el caso de un paciente con un TDAH que debutó con un Trastorno Bipolar al iniciar tratamiento con atomoxetina. En un momento de su evolución, la sintomatología predominante son alteraciones de conducta debidas el TDAH, notablemente disruptivas, por lo que se plantea reintroducir el tratamiento para el TDAH.

**Resultados:** Se revisa la literatura actual y se decide introducir tratamiento con estimulantes. Buena respuesta al tratamiento sin descompensación del trastorno bipolar.

**Conclusiones:** En el caso de paciente con TBP y TDAH es necesario compensar al paciente de los síntomas afectivos y, en segundo lugar, tratar el TDAH. La sintomatología TDAH puede impactar notablemente en la evolución del paciente e interferir en su funcionamiento, a pesar de que el área afectiva se encuentre compensada, por lo que es necesario un ensayo terapéutico. Según la literatura actual, el tratamiento indicado es con estimulantes.

## PO-218

**MANÍA TARDÍA**

E. Martínez de Zabarte Moraza, M. Martínez Moneo y F. Morrás Abaurre

**Introducción:** Aunque el trastorno bipolar puede iniciarse después de los 50 años, únicamente el 6-8% de los casos se producen a partir de los 60 años. (Stafovic, 2005). La aparición de un episodio maniaco nos debería hacer pensar en la existencia de patología orgánica.

**Objetivos:** A través de la exposición de un caso de un paciente que acude a urgencias de nuestro servicio con un cuadro de características maniformes apoyamos la afirmación formulada anteriormente.

**Metodología:** Descripción de un caso de un paciente de 59 años sin antecedentes sin sintomatología que ha presentado en los últimos tiempos por primera vez un cuadro depresivo que vira al polo maniaco tras la administración de tratamiento antidepresivo.

**Resultados:** Tras la realización de diversas pruebas y exploraciones para buscando la existencia de afectación orgánica que justifique que el cuadro obtenemos un resultado positivo para VIH.

**Conclusiones:** Lyketsos y cols. describieron casos de pacientes infectados por VIH con denominación de “manía por el SIDA”. Propusieron la hipótesis de que la manía está directamente causada por la infección por VIH. La zidovudina podía prevenir los episodios maniacos. El diagnóstico correcto modifica radicalmente el tratamiento en el caso de nuestro paciente.

## PO-219

### ABSTINENCIA DE METADONA Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS

E. Martínez de Zabarte Moraza, M. Martínez Moneo y F.J. Morrás Abaurre

**Introducción:** El desarrollo de síntomas psicóticos tras la interrupción del consumo de opiáceos es un fenómeno poco frecuente pero sobre el que sí existen algunas referencias bibliográficas. Sobre la etiología de este fenómeno existen diversas teorías, ninguna de ellas confirmada.

**Objetivos:** Exponer el fenómeno descrito mediante la exposición de una paciente que presentó sintomatología psicótica tras el abandono del consumo de metadona.

**Metodología:** Descripción de un caso de una mujer de 36 años con posibles antecedentes psicóticos, aunque sin confirmar que desarrolló un cuadro psicótico tras la suspensión brusca del consumo de metadona.

**Resultados:** Tras la reintroducción de una dosis baja de metadona los síntomas psicóticos remitieron de forma parcial, aunque el episodio no se resolvió totalmente. Fue necesario el tratamiento antipsicótico a dosis bajas (la paciente estaba embarazada), para la remisión total del cuadro.

**Conclusiones:** Se especula que en pacientes con enfermedad psiquiátrica previa, se especula que un incremento en la dosis de metadona podrá balancear el sistema dopamina-opiáceos y producir una potencial disminución de la psicosis.

## PO-227

### ACATISIA Y YATROGENIA: DIFICULTADES EN UN PACIENTE SIN LENGUAJE VERBAL

P. Zurita Gotor, A. Benito Duarte y A. De Luxán De la Lastra

**Introducción:** La acatisia es un trastorno motor asociado al uso de neurolépticos, generalmente típicos, que se describe como una sensación desagradable de inquietud junto a una incapacidad de permanecer quieto. La incidencia oscila entre el 21 y el 45%. Queremos destacar la importancia de un correcto diagnóstico clínico y la dificultad que entraña el mismo en pacientes con alteraciones del lenguaje o déficits cognitivos severos que les impiden expresar esta experiencia subjetiva de malestar o inquietud. Esto puede conducir a confusiones diagnósticas y actuaciones yatrogénicas.

**Objetivos:** Evitar conductas yatrogénicas.

**Metodología:** Se evalúa en la consulta del Equipo de Salud Mental a un varón de 27 años de edad, recientemente ingresado en un centro. Diagnosticado de Retraso mental profundo, epilepsia y trastornos de conducta, en tratamiento con clorpromacina, haloperidol, antiepilépticos y biperideno. Presenta inquietud, insomnio y pérdida ponderal que atribuyen a su deambulación constante que le impide dormir y mantener una ingesta adecuada. El paciente carece de lenguaje verbal que le permita expresar su malestar. Tras una minuciosa evaluación y un amplio diagnóstico diferencial, se concluyó que el cuadro era compatible con acatisia. Se retiraron los neurolépticos atípicos que fueron sustituidos por quetiapina. A los 2

meses de seguimiento, había normalizado el sueño y la alimentación, había ganado peso y podía permanecer sentado largo rato, valorando sus cuidadores una gran mejoría.

**Resultados:** Mejoría clínica.

**Conclusiones:** Destacar la alta incidencia de este trastorno, cuyo diagnóstico es difícil en pacientes con limitaciones del lenguaje o que no pueden expresar su malestar. Valorarlo dentro del diagnóstico diferencial de las alteraciones de conducta en este tipo de pacientes.

## PO-228

### MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS EN UN EQUIPO RURAL

P. Zurita Gotor, A. De Luxán De la Lastra y A.M. Benito Duarte

**Introducción:** El modelo de vulnerabilidad-estrés plantea que la etiología de los trastornos psicóticos se asienta sobre una vulnerabilidad psicológica y biológica, determinada tempranamente por factores genéticos y ambientales (perinatales). Existen múltiples elementos de susceptibilidad genética, cada uno de los cuales aporta un grado variable de riesgo. Una vez que la vulnerabilidad está establecida, la aparición de enfermedad está determinada por factores biológicos y psicosociales. Esto conduce a la posibilidad de plantear programas de prevención primaria en aquellos grupos que consideremos de alto riesgo, entendiendo este último desde lo biológico y no sólo desde lo ambiental.

**Objetivos:** Queremos ilustrar la importancia de la vulnerabilidad genética a través de una familia de enfermos que acuden a nuestro equipo de salud mental, cuyos miembros padecen diversos trastornos del espectro psicótico, con una prevalencia, cercana al 40% muy superior a la que se observa en la población control y cuyas condiciones ambientales son similares y, por lo tanto, no diferenciales en el desarrollo de la patología.

**Metodología:** Genograma familiar.

**Resultados:** 40% de patología psicótica.

**Conclusiones:** Destacar la evidencia de un componente de heredabilidad y vulnerabilidad en los trastornos psicóticos, que nos podría permitir una detección y diagnóstico precoz en edades tempranas, realizando un estrecho seguimiento de poblaciones con alto riesgo genético y no sólo psicosocial o ambiental.

## PO-231

### DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY PRESENTADA COMO DELIRIUM

F. Rosagro Escámez, M.Á. Santiuste De Pablos, J.F. Tello Robles, P. Pozo Navarro, E. Egea Cánovas, V. Dones Luengo, J.M. López Navarro, M. Herrera Giménez y S. Martínez Benítez

**Introducción:** La Demencia por Cuerpos de Lewy es la única demencia que cursa con alteraciones en el nivel de conciencia y que presenta además un inicio temprano de síntomas en el curso de la demencia, acompañado por la progresión de la enfermedad y alucinaciones visuales. Estas características clínicas son similares a las que presenta inicialmente un Delirium. A través de este caso destacamos la importancia de considerar el diagnóstico diferencial de estas dos entidades, sobre todo en las fases iniciales.

**Objetivos:** El objetivo de este caso es distinguir entre Demencia por Cuerpos de Lewy y Delirium en las fases iniciales de la enfermedad.

**Metodología:** Exponemos un caso en el que se planteó el diagnóstico diferencial entre Delirium y Demencia por Cuerpos de Lewy.

**Resultados:** En un primer momento se planteó el diagnóstico de Delirium. Tras seguir la evolución y una vez obtenidos los resultados de las pruebas realizadas se llegó al diagnóstico de Demencia por Cuerpos de Lewy.

**Conclusiones:** El psiquiatra debería recordar la Demencia por Cuerpos de Lewy como una posibilidad potencial en el diagnóstico diferencial de presentación de un Delirium, especialmente en fases iniciales.

## PO-244

**A PROPÓSITO DE UN CASO: PARANOIDISMO SECUNDARIO A DOPAMINÉRGICO EN UN FETICHISTA TRAVESTISTA**

K. Tajima Pozo, J. Fernández Aurrecochea, R. Molina Ruiz, R. Fernández García-Andrade, E. Bardudo Del Cura, M. Díaz Marsa y J.L. Carrasco Perera

**Introducción:** Las parafilias son expresiones anormales de la sexualidad. Estas expresiones varían desde el comportamiento casi normal hasta el comportamiento destructivo o dañino sólo para la persona, o para la persona y su pareja, y el comportamiento considerado destructivo o amenazador para la comunidad en general. Las parafilias restantes como el voyeurismo, el masoquismo, el fetichismo travestista (el caso de nuestro paciente), y trastornos sexuales no específicos cumplen con los criterios de significación clínica, solo si causan malestar profundo o afectan el ámbito sociolaboral. Esta sintomatología sexual no suele ser el motivo principal de consulta. Los datos estadísticos son poco fiables, y la prevalencia se estima mucho más alta de lo que indican las estadísticas.

**Objetivos:** El Mirapexin (Prampipexol) es un agonista dopaminérgico que actúa sobre los receptores D2 y D3, y que se utiliza en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson en combinación con levodopa, y también en el tratamiento del síndrome de piernas inquietas. Entre sus reacciones adversas están el empeoramiento de los síntomas motores, trastornos mentales en forma de alucinaciones, confusión mental y somnolencia. Lo que aquí se propone, no es entrar en un debate sobre la normalidad o anormalidad de determinadas conductas sexuales, sino en la posibilidad de que el uso de un agonista dopaminérgico produjera un incremento en las parafilias del paciente, así como de las vivencias paranoides, hasta el punto de ser vivenciadas de manera egodistónica, algo sobre lo cual no hay nada descrito en la literatura hasta la fecha. Entre sus efectos secundarios psiquiátricos se ha descrito alucinaciones, confusión mental.

**Metodología:** Revisión de un caso con empeoramiento de las conductas parafilias y el paranoidismo secundario a toma de un agonista dopaminérgico.

**Resultados:** Resultados clínicos, sin evidencias previas en búsquedas bibliográficas realizadas hasta la fecha.

**Conclusiones:** Empeoramiento de las conductas parafilias y el paranoidismo secundario a toma de un agonista dopaminérgico, mirapexin, utilizado en el tratamiento del síndrome de piernas inquietas, y mejoría al retirarlo.

## PO-246

**A PROPÓSITO DE UN CASO: ¿POSESIÓN DEMONÍACA VERDADERA VS ESQUIZOFRENIA?**

K. Tajima Pozo, R. Fernández García-Andrade, V. Vidal Martínez, J. Fernández Aurrecochea, E. Bardudo Del Cura, R. Molina Ruiz, M. Díaz Marsa, D. Figuera, J.L. Carrasco Perera y J.J. López Ibor Aliño

**Introducción:** Se trata del caso de una paciente que ha estado acudiendo a sesiones de exorcismo y espiritismo, al sentir la presencia de un "espíritu maligno" en su interior. Desde hace 7 meses acude diariamente a misa, pues refiere sentirse reconfortada al hacerlo. Muestra una 'conciencia de enfermedad' parcial: dice que la mitad de sus síntomas son debidos a la enfermedad que padece, y que la otra mitad son debidos a algo que tiene una raíz espiritual. Contactó a través de una página web con un clérigo, afamado experto en materia de exorcismos y asiduo de las tertulias de un programa de televisión que trata sobre diversos fenómenos paranormales. La paciente realizó un total de ocho sesiones de exorcismo, llegando a experimentar una notable mejoría, según refiere la paciente.

**Objetivos:** Plantear una discusión sobre la conveniencia o no de la realización de exorcismos en un paciente con diagnóstico psiquiátrico previo, a pesar de que la paciente refiere mejoría sintomática, sobre todo de sus alucinaciones cenestésicas.

**Metodología:** Exposición de un caso clínico real, con un seguimiento desde los últimos 3 años, a la actualidad.

**Resultados:** Mejoría sintomática de los síntomas, y del estado de ánimo después del exorcismo. Persistencia de alucinaciones cenestópicas refractarias a tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** Aparenta tener una 'conciencia de enfermedad' parcial: critica las experiencias del pasado, toma correctamente la medicación, pero afirma tener una presencia espiritual dentro de su cuerpo.

## PO-253

**INTENTO AUTOLÍTICO DE ELEVADA LETALIDAD EN PACIENTE CON EPISODIO DEPRESIVO GRAVE**

F. Morrás Abaurre, E. Martínez De Zabarte Moraza y M. Martínez Moneo

**Introducción:** Se presenta el caso de un hombre de 36 años, perteneciente a una familia disfuncional y con unos rasgos de personalidad de predominio anancástico-dependiente. A raíz de un acontecimiento vital de naturaleza no especialmente amenazante desarrolla síntomas de Trastorno por Estrés Posttraumático, que desembocan en un episodio depresivo grave y en un intento autolítico que a punto está de acabar con su vida.

**Objetivos:** Analizar las causas predisponentes-precipitantes de un trastorno afectivo mayor y el mejor abordaje terapéutico para combatirlo.

**Metodología:** Presentación y análisis de un caso real.

**Resultados:** Un doble abordaje terapéutico (farmacológico y psicoterapéutico) consigue reconducir el cuadro, y propicia en el paciente un nivel de funcionamiento global superior al del estado premórbido.

**Conclusiones:** Tan importante como combatir los síntomas del episodio agudo es realizar una intervención preventiva que propicie en el paciente un mejor conocimiento de sus dificultades caracteriales y la adquisición de nuevas herramientas con las que enfrentarse a los problemas de la vida diaria.

## PO-259

**A PROPÓSITO DE UN CASO: PSICOSIS DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO DE INICIO MUY TARDÍO**

V. Vidal Martínez, R. Fernández García-Andrade, K. Tajima Pozo, C. Villar Guede, C. Tejeira Levet, M. Díaz Marsa y J.L. Carrasco Perea

**Introducción:** Se trata del caso de una paciente de 67 años sin antecedentes psiquiátricos que debuta con una clínica compatible con esquizofrenia y en la que se descarta el padecimiento de otra patología psiquiátrica u orgánica.

**Objetivos:** Revisar el diagnóstico diferencial ante la aparición de un cuadro psicótico en la vejez. Revisión del concepto de "esquizofrenia tardía"

**Metodología:** Exposición de un caso clínico real y revisión bibliográfica de los cuadros psicóticos de aparición en la vejez.

**Resultados:** Ante la aparición de un trastorno psicótico en el anciano debemos plantear el siguiente diagnóstico diferencial: -Cuadros psicóticos sin demencia -Cuadros psicóticos con demencia: -Cuadros psicóticos con predominio de alucinaciones -Cuadros psicóticos con predominio de delusiones -Desórdenes psicóticos secundarios Según la clínica de la paciente, su cuadro bien podría corresponder con una "Psicosis de tipo Esquizofrénico de Inicio Muy Tardío" (> 60 años), ya que cumple todos los criterios diagnósticos. Los pacientes que presentan este tipo de esquizofrenia de aparición tardía difieren de los comienzos tempranos por una mayor frecuencia de subtipo paranoide, y un mejor funcionamiento premórbido. La enfermedad es más frecuente en mujeres que en hombres y la prevalencia varía entre 0,05% y 0,1%. La esquizofrenia de inicio tardío cursa con la misma clínica que los pacientes de inicio temprano.

**Conclusiones:** Una variedad de desórdenes psicóticos pueden aparecer en la vejez. Cuando emerge un trastorno psicótico en el anciano, es importante además de una meticulosa anamnesis y exploración psicopatológica, un exhaustivo estudio de una posible enfermedad subyacente.

PO-261

### A PROPÓSITO DE UN CASO: PATOLOGÍA MENTAL EN ARTISTAS Y FAMOSOS

K. Tajima Pozo, R. Fernández García-Andrade, V. Vidal Martínez, J. Fernández Aurrecochea, M. Díaz Marsa y J.L. Carrasco Perera

**Introducción:** ¿Es el mundo artístico un lugar donde tienen cabida los pacientes con trastornos mentales? Son conocidas las excentricidades de muchos artistas de cine, estrellas del rock, cómicos que en una exploración psicopatológica rutinaria podrían ser catalogados como desórdenes o alteraciones de conducta. Así como algunas de las sonrisas más sexys y oscarizadas de Hollywood, nos recuerdan a las sonrisas inmotivadas de pacientes con un marcado aplanamiento afectivo, y de escasa naturalidad. Las fluctuaciones anímicas desde excentricidades maniformes, a gestos parasuicidas son también comunes en este mundo artístico. Existe una amplia gama de excentricidades e historias biográficas en artistas famosos hacen pensar en patologías psiquiátricas de marcada gravedad, pero que son enmascaradas unas veces por su elevado ajuste social y económico, y otras por la aceptación social de sus conductas estafalarias.

**Objetivos:** Hacer una mención sobre la existencia de enfermos mentales que presentan un buen ajuste psicosocial y que pueden desarrollar facetas artísticas. El objetivo principal es desestigmatizar términos como las esquizofrenias o los trastornos de la personalidad.

**Metodología:** Se guardara el anonimato de todos los sujetos, y el estudio únicamente tendrá como fin, el desestigmatizar términos como las esquizofrenia o los trastornos de la personalidad.

**Resultados:** Amplia gama de excentricidades e historias biográficas en artistas famosos hacen pensar en patologías psiquiátricas de marcada gravedad, pero que son enmascaradas unas veces por su elevado ajuste social y económico, y otras por la aceptación social de sus conductas estafalarias.

**Conclusiones:** Los enfermos mentales pueden desarrollar facetas artísticas y presentar un buen ajuste social y laboral.

PO-270

### USO PRIMARIO O SECUNDARIO DE LA TEC. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Martín Martín, E. Tormo Micó y C. Iranzo Tatay

**Introducción:** Existe gran variabilidad entre facultativos y regiones respecto a la TEC como tratamiento de primera línea. Se ha demostrado en estudios desde los años 40, que es especialmente útil en los trastornos afectivos, mostrando la misma eficacia que la farmacoterapia con ADT y litio. No existen ensayos que comparen la TEC con los nuevos antidepresivos, aunque en ningún estudio se ha demostrado que la terapia farmacológica sea más eficaz que la TEC.

**Objetivos:** Comprobar eficacia de la TEC en el tratamiento de la depresión mayor.

**Metodología:** Se trata de una paciente de 67 años, diagnosticada de Trastorno bipolar tipo 1, que acude a urgencias. A la exploración la paciente presenta abandono del aseo personal, inhibición motora, con hipotimia que llega al estupor en ocasiones, facies hipomímica, disminución de la gesticulación, hipobulia, y desentendimiento depresivo, con gran pasividad. Bradifásica, latencia aumentada en las respuestas, llegando al mutismo. Bradipsiquia y empobrecimiento del lenguaje. Ánimo bajo, con anestesia afectiva. Aparece un colapsamiento de la voluntad global, con apatía y anhedonia, aprouxia, y enclaustramiento.

**Resultados:** Se dobla la dosis del tratamiento farmacológico, utilizando paroxetina 40 mg/24 horas, y 2 estabilizadores (lamotrigina, oxcarbazepina), manteniéndose la paciente perpleja. Iniciamos tratamiento con TEC al día 20 de ingreso. Se le administran 3 sesiones semanales de TEC bilateral. A la 4ª sesión desaparece la perplejidad, iniciando la paciente lenguaje espontáneo.

**Conclusiones:** Este caso hace plantearnos la utilización de la TEC como primera opción, sin esperar a la falta de respuesta a fármacos.

PO-271

### LA PSICOCIRUGÍA, UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Iranzo Tatay, I. Martín Martín, E. Tormo Micó y J.M. García Valls

**Introducción:** En 1942 Egas Moniz recibía el premio nobel por su descubrimiento del “valor terapéutico de la leucotomía prefrontal en ciertas psicosis”. Pero el gran apóstol de la psicocirugía sería Walter Freeman, quien desarrolló en 1945 la lobotomía trasorbitaria. Con la introducción de las técnicas esterotácticas en 1947, empezaron a ser factibles métodos más seguros y reproducibles. La cirugía esterotáctica moderna se basa en la localización estricta de la diana y la ejecución precisa de la lesión

**Objetivos:** Determinar la necesidad de psicocirugía en un caso grave de Esquizofrenia Paranoide.

**Metodología:** Paciente de 42 años de edad, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, trastorno límite de la personalidad, y ex-consumidor habitual tóxicos. Desde el año 2001 vive en un Centro Específico para Enfermos Mentales, con una tórpida evolución, en especial durante el 2007, cuando comienza a protagonizar alteraciones conductuales con serios gestos autolíticos, que consisten en ingestas de cuerpos extraños. En 12 meses ha ingerido 6 pilas, 3 cucharas, 3 imanes y 11 varillas metálicas (de inodoro) de 20 cm de longitud, por lo que ha sido intervenido quirúrgicamente en 11 ocasiones y se le han realizado varias endoscopias para la extracción de dichos objetos.

**Resultados:** Pese al intensivo tratamiento psicofarmacológico no se consigue contener la conducta, por lo que se plantea la opción de la psicocirugía.

**Conclusiones:** La psicocirugía ha experimentado una clara evolución, actualmente es una práctica segura. Agotadas el resto de armas terapéuticas en casos tan graves, se presenta como una opción esperanzadora, pero poco accesible en nuestro medio.

PO-272

### EL TDC COMO TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL TOC

E. Tormo Micó, C. Iranzo Tatay e I. Martín Martín

**Introducción:** El Trastorno Dismórfico corporal se clasifica en el DSM-IV como un trastorno somatoforme, aunque algunos investigadores lo consideran como un trastorno del espectro del TOC. Estos sugieren que el TDC debe ser incluido como una variante grave del TOC, ya que tiene más semejanzas con estos trastornos que con los somatomorfos.

**Objetivos:** Similitud psicoterapéutica entre TDC y TOC.

**Metodología:** Adolescente de 16 años que presenta pensamientos intrusivos acerca de la simetría del pelo de la cabeza y dientes. Realiza compulsiones de cortarse el pelo y limarse los dientes. Manifiesta conductas de comprobación (mirarse al espejo) y seguridad (camuflaje defectos) que le ocupan 6/7 horas/día. Muestra actos impulsivos de rascado cutáneo con excoriaciones sangrantes y tics simples transitorios en manos y hombros. Psicoterapia encaminada a combatir las ideas intrusivas (Reestructuración cognitiva y Pruebas de Realidad) y las Compulsiones (Exposición con Prevención de Respuesta)

**Resultados:** La preocupación constante sobre una parte del cuerpo puede ser contemplada desde el punto de vista descriptivo, como una obsesión. Y la comprobación repetida, las conductas de

camuflaje y la búsqueda de reafirmación como conductas compulsivas de verificación.

**Conclusiones:** El trastorno dismórfico corporal, así como la anorexia y la vigorexia, están englobados en los trastornos obsesivo compulsivos (TOC), y hoy se sabe que muchos de los métodos utilizados para combatir el TOC resultan muy útiles para estos trastornos, concretamente la utilización de terapia cognitivo-conductual.

#### PO-273

##### VIGOREXIA O DISMORFIA MUSCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Herrera Giménez, S. Martínez Benítez, J.M. López Navarro, M.M. Díaz Galván, D. López Marco, M.I. Guillamón Véliz y P. Pozo Navarro

**Introducción:** A partir de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica de la vigorexia, complejo de Adonis o dismorfia muscular.

**Objetivos:** La vigorexia es un trastorno emergente descrita por H. Pope en 1993 que carece de criterios diagnósticos consensuados al ser de aparición emergente. Es un trastorno dismórfico corporal ó TCA, se da principalmente en varones jóvenes (18-35 años) asiduos a gimnasios con preocupación patológica de conseguir un cuerpo musculado.

**Metodología:** Varón 23 años sin antecedentes psiquiátricos, desde hace 2 años preocupación excesiva por su imagen física dedicando todos los días 4 horas a ejercicio físico, hace 10 meses aumenta la agresividad verbal y con objetos, coincidiendo con inicio de consumo de dopantes tipo anabolizantes esteroideos.

**Resultados:** Se trata de un varón joven preocupado por conseguir una imagen física idealizada para obtener éxito. La vigorexia se relaciona con factores socioculturales (presión de medios de comunicación sobre el aspecto físico), personalidad de tipo obsesivo con tendencias adictivas, baja autoestima. Las manifestaciones clínicas más importantes son: excesiva preocupación por la imagen corporal, con pensamientos obsesivos, distorsión de la imagen corporal con nula conciencia de enfermedad que produce insatisfacción corporal, sentimientos negativos hacia su cuerpo que provocan ansiedad y depresión, conductas evitativas por mostrar su cuerpo, necesidad compulsiva de realizar ejercicio o controlar la dieta, restricción de la vida sociolaboral por el tiempo dedicado al cuidado del cuerpo.

**Conclusiones:** Estas conductas pueden evolucionar a TOC, aislamiento sociolaboral o TCA. El abuso de esteroides anabolizantes aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, lesiones hepáticas, atrofia testicular, disfunción eréctil y alteraciones psiquiátricas: manía, agresividad, aumento de tendencias suicidas.

#### PO-289

##### DE LA ANOREXIA AL ALCOHOLISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

O. Sobrino Cabra, C. Moreno Menguiano y F. García Sánchez

**Introducción:** Las primeras referencias a la conexión entre los trastornos de la conducta alimentaria y el abuso de sustancias datan de finales de los años 60, aunque no son muchas las investigaciones que estudian la asociación de ambos síndromes. La serie de estudios publicados, ya sean controlados o no controlados, arrojan una alta prevalencia para problemas de abuso de alcohol y drogas en pacientes con bulimia nerviosa en comparación con la población general. En cambio, la coexistencia con la anorexia nerviosa es menos clara y las cifras menos consistentes. La co-ocurrencia de abuso de alcohol con anorexia nerviosa purgativa queda ilustrada en el siguiente caso.

**Objetivos:** Ilustrar con un caso clínico real la comorbilidad existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el abuso de sustancias

**Metodología:** Se realiza una búsqueda informatizada en las principales bases de datos bibliográfica, revisando la literatura publicada en los últimos cinco años en las revistas de mayor impacto.

**Resultados:** El riesgo de abuso de alcohol es del 0,6% para sujetos con anorexia restrictiva y 10-28% en anorexia purgativa. Entre el 14-50% de los pacientes con bulimia podrían satisfacer criterios para la dependencia alcohólica.

**Conclusiones:** A pesar de que los estudios realizados adolecen de múltiples déficit metodológicos, se podría confirmar que el abuso de sustancias es más frecuente en los trastornos de la conducta alimentaria que en la población general. La coexistencia de ambos desórdenes posee implicaciones clínicas, terapéuticas y diagnósticas, por lo que resulta necesaria la realización de estudios para identificar los factores etiológicos de esta comorbilidad.

#### PO-298

##### CATATONIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Moreno Menguiano, O. Sobrino Cabra y C. García Blanco

**Introducción:** Según la Real Academia Española de la Lengua, se define la catatonía como un síndrome esquizofrénico, con rigidez muscular y estupor mental, algunas veces acompañado de una gran excitación. Kahlbaum en 1868 lo define como un síndrome psiquiátrico caracterizado por síntomas afectivos y motores, como inmovilidad, flexibilidad cética, posturas forzadas, mutismo, oposiciónismo, estereotipias y síntomas autonómicos. Kraepelin en 1893, lo incluye como una de las formas de demencia precoz. Sin embargo, en la actualidad el síndrome catatónico se considera tanto de etiología psiquiátrica como no psiquiátrica.

**Objetivos:** Ilustrar con un caso, la presencia de síntomas catatónicos en un cuadro afectivo, que hoy en día es más frecuente que un cuadro de esquizofrenia catatónica.

**Metodología:** Presentación de un caso clínico real basándonos en los datos de la historia clínica y una revisión bibliográfica de la literatura existente para la fundamentar la discusión del caso.

**Resultados:** La segunda causa de catatonía más probable es la depresión. Aproximadamente entre el 15-20% de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I, tiene en algún momento en la fase aguda algún signo de catatonía. Estos síntomas catatónicos en el trastorno bipolar, cuando son tratados adecuadamente, no alteran el pronóstico de la enfermedad a largo plazo.

**Conclusiones:** En base a las investigaciones existentes se puede afirmar que la catatonía constituye un síndrome independiente de otras categorías psicopatológicas. Asimismo se asocia frecuentemente a trastornos del humor. Como se puede deducir de la exposición del caso, se cumple el hecho de ser un cuadro que responde bien al tratamiento adecuado.

#### PO-299

##### PSICOSIS AGUDA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE: EVIDENCIAS DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

E. Sesma Pardo y C. Luis Sanz De la Garza

**Introducción:** Los trastornos mentales más frecuentes en pacientes con esclerosis múltiple son los trastornos depresivos, bipolar y psicóticos. A pesar de la escasez de estudios epidemiológicos que analicen la comorbilidad entre los trastornos psicóticos y la esclerosis múltiple, la bibliografía refleja la baja frecuencia de la citada comorbilidad. Tras la aparición de un trastorno mental en un paciente con esclerosis múltiple debemos plantearnos tres posibilidades. Puede tratarse de dos enfermedades independientes y coincidentes en el tiempo, puede que la sintomatología surgiese de modo reactivo a las limitaciones de la enfermedad neurológica y por último puede que dicha sintomatología esté relacionada con las lesiones cerebrales.

**Objetivos:** Ilustrar mediante un caso clínico el análisis de relaciones causales entre un trastorno psicótico y la esclerosis múltiple.

**Metodología:** Se expone el caso de una mujer de 62 años de edad, diagnosticada de esclerosis múltiple con parapsia de más de 10 años de evolución que presenta un trastorno por ideas deli-

rantes de inicio agudo. Se realiza una revisión ad hoc de la literatura científica sobre causalidad de trastornos psicóticos en pacientes con esclerosis múltiples.

**Resultados:** En nuestro caso la sintomatología psicótica surgió aisladamente sin coexistencia con síntomas neurológicos y no se detectaron lesiones cerebrales activas en la resonancia magnética nuclear cerebral con contraste de gadolinio. De acuerdo a la literatura revisada la paciente habría presentado un trastorno mental primario sin relación causal aparente con el trastorno neurológico de base.

**Conclusiones:** Realizar una historia clínica, una evaluación del estado mental y una exploración neurológica minuciosas así como las pruebas complementarias pertinentes son los pilares que permiten alcanzar un diagnóstico preciso y elaborar posteriormente un plan terapéutico individualizado.

### PO-317

#### DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: EN LA FRONTERA NEUROPSIQUIÁTRICA

I. Moreno Oliver, À. Mayordomo Aranda, M. Lucas Pérez-Romero y S. Tárraga Díaz

**Introducción:** Dentro de las demencias primarias, la degeneración frontotemporal constituye en sí la 3ª causa de demencia degenerativa. Los síntomas comienzan entre los 45 y 60 años, constituyendo los síntomas psicológicos y conductuales la parte fundamental en la clínica de estos pacientes. La memoria a corto y a largo plazo está preservada en las etapas iniciales de la enfermedad, siendo infrecuente la presencia de afasia, apraxia y agnosia. Estos pacientes suelen obtener puntuaciones normales en los tests simples de función cognitiva. La típica presencia de atrofia frontal y temporal en la TAC o RMN no suele evidenciarse hasta etapas avanzadas.

**Objetivos:** Por ello, no es de extrañar que este tipo de demencias pasen desapercibidas. Nuestro objetivo es demostrar el papel fundamental que tiene el psiquiatra para diagnosticar a estos pacientes.

**Metodología:** Presentamos tres pacientes que habían sido valorados por distintos especialistas (geriatra y neurólogo), y que tras descartarse deterioro cognitivo fueron derivados a psiquiatría con sospecha de depresión resistente en dos casos y distimia de origen tardío en el tercero.

**Resultados:** Tras una valoración psiquiátrica se observó una atipicidad clínico-evolutiva. En los tres casos se solicitó un SPECT cerebral cuyo resultado patológico apoyaba el diagnóstico de demencia frontotemporal. Un seguimiento clínico, de al menos cinco años, ha evidenciado la posterior instauración de deterioro cognitivo en los tres pacientes y de sintomatología extrapiramidal en uno de ellos.

**Conclusiones:** El abordaje de las demencias debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar. El papel del psiquiatra es fundamental en el diagnóstico precoz de la demencia frontotemporal. Recomendamos la solicitud del SPECT cerebral en aquellos pacientes en los que sospechemos la presencia de una demencia frontotemporal.

### PO-320

#### A PROPÓSITO DE UN CASO "PSICOSIS CICLOIDE VERSUS MANÍA CONFUSA"

R. Molina Ruiz, K. Tajima Pozo, J. Fernández Aurrecochea, R. Fernández García-Andrade, V. Vidal Martínez, C. Ortiz Sánchez, A. Cabañas Vicente y J.L. Carrasco

**Introducción:** Se trata de un paciente de 19 años, sin antecedentes psiquiátricos ni médicos de interés que ingresa porque desde hace algunos días y de forma brusca comienza a estar muy desorganizado, insomne, confuso, desorientado en tiempo y espacio, ánimo expansivo y con ideas místico religiosas y megalomaniacas de

carácter cambiante. Durante su estancia en la planta se plantearon los diagnósticos de manía confusa y psicosis cicloide y se trató con diferentes fármacos remitiendo finalmente el cuadro con Litio en combinación con antipsicóticos y benzodiazepinas. Al alta el paciente había recuperado completamente su estado basal.

**Objetivos:** El objetivo es definir, revisar y valorar la adecuación del concepto de psicosis cicloide.

**Metodología:** Revisión histórica de las categorías diagnósticas existentes hasta la fecha y el análisis de un caso clínico visto en nuestro hospital.

**Resultados:** Las psicosis cicloides definidas por Leonhard sobre la base de las "Psicosis marginales" de Kleist, se caracterizan por el comienzo repentino, el polimorfismo, la sintomatología delirante, la ausencia de síntomas físicos, la variación importante del estado de conciencia y la remisión con buen pronóstico a largo plazo. Se trata de un caso que constituye un cuadro sintomatológico no infrecuente sino visto habitualmente en nuestros hospitales. Sin embargo, el diagnóstico de psicosis cicloide, según las clasificaciones de la OMS y la APA, no existe. En su lugar disponemos de una gran cantidad de categorías diagnósticas descritas hasta la fecha (trastorno psicótico agudo y transitorio recogida en la CIE-10, trastorno psicótico breve para la DSM-IV, Bouffée delirante, psicosis psicogénicas, psicosis esquizofreniformes...) en las que se mezclan pacientes con características muy distintas lo que repercute en el incorrecto abordaje de estos pacientes.

**Conclusiones:** Nos encontramos ante un diagnóstico, que aun siendo habitual, no goza de su reconocimiento oficial como categoría independiente que permita realizar estudios epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos apropiados. A pesar de la dificultad, por la superposición de cuadros clínicos, sería útil llegar a una descripción más precisa y consensuada del concepto de psicosis cicloide que facilite la comprensión y manejo terapéutico de la misma.

### PO-330

#### COMPLEJO DEMENCIA-SIDA: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

J. Monzón Díaz, F. Trujillo Carrillo, M. Monzón Díaz, L. Ruiz Quintanal, M. Henry Benítez, M. Sanginés Izzo, R. Gracia Marco y E. García Parra

**Introducción:** Debido a la gran prevalencia que presenta la infección por el VIH hemos considerado importante hacer una revisión bibliográfica sobre el complejo demencia-SIDA, ya que puede ser una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial durante nuestro ejercicio profesional diario.

**Objetivos:** Dada las características del cuadro clínico de un paciente ingresado nos hemos planteado una escueta revisión bibliográfica sobre el complejo demencia-SIDA.

**Metodología:** Revisión bibliográfica.

**Resultados:** Afecta a dos terceras partes de enfermos con SIDA; consiste en una serie de problemas que pueden confundirse fácilmente con otros síntomas de trastornos comunes asociados con el VIH, tales como depresión, efectos secundarios de los medicamentos, tumores acompañantes del sistema nervioso central, linfoma, o infecciones oportunistas que afectan al cerebro. Se caracteriza por cambios severos en: capacidad de comprensión, procesamiento y recuerdo de información, cognición; deterioro del comportamiento y emociones, estado de ánimo. Triada compuesta por enlentecimiento motor, lentitud en procesos mentales y apatía. El enlentecimiento motor se caracteriza por ataxia, paraparexia, incontinencia; no siendo este deterioro común en las etapas iniciales del complejo demencia del SIDA. Los primeros síntomas pueden incluir la disgrafía.

**Conclusiones:** El deterioro de la cognición se manifiesta por pérdida de memoria, problemas del habla, incapacidad de concentración y disminución en la capacidad de juicio, y son los primeros síntomas que apreciará. En cuanto a los trastornos neuropsiquiátricos, los más frecuentes son: delirio, depresión, psicosis y manía.

## PO-331

**A PROPÓSITO DE UN CASO: REVISIÓN DE LAS PARAFRENIAS**

J. Monzón Díaz, F. Trujillo Carrillo, M. Monzón Díaz, E. García Parra, M. Henry Benitez, J. García-Valdecasas Campelo y R. Gracia Marco

**Introducción:** Las parafrenias fueron descrito por Kraepelin en 1913, como una forma intermedia entre paranoia y formas paranoides de la esquizofrenia; constituidas por un delirio crónico inverosímil, pero coherente, casi siempre con alucinaciones e ideas delirantes polimorfas, que evoluciona lentamente con relativa conservación de la personalidad.

**Objetivos:** Dada las características del cuadro clínico de un paciente ingresado nos hemos planteado una escueta revisión sobre las parafrenias.

**Metodología:** Revisión bibliográfica de los principales defensores de este tipo de cuadros: En defensa de la parafrenia, Dra. Sonia Sarro, Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna 2005; 32(1):24-29. Psicosis en la tercera edad, Dr. Alberto Monchablon Espinoza. Delirios, Dr. Daniel Alberto Vidal, Alcmeon, Año VIII-Vol 6-Nº 3 -Noviembre 1997.

**Resultados:** Describió cuatro formas clínicas de parafrenia: Sistemática: representada por un delirio de persecución progresivo al que más tarde se agregan contenidos megalómanos. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas presentándose también cenestésicas y pseudoalucinaciones. Expansiva: más frecuente en el sexo femenino. Se caracteriza por un delirio de características megalómanas, de tinte erótico, más raramente místico o persecutorio. Confabulatoria: forma clínica poco frecuente, que a rasgos generales presenta la misma temática delirante que las formas anteriores. Destaca la ausencia o falta de comprobación de alucinaciones y pseudoalucinaciones. Siendo frecuentes los falsos reconocimientos y falsas reminiscencias. Fantástica: caracterizada por un delirio de influencia en la fase inicial, que da paso a una fase megalómana con alucinaciones frecuentes, predominando las auditivas y cenestésicas y cierta indiferencia afectiva. Es la que provoca mayor deterioro de la personalidad.

**Conclusiones:** Los síntomas más reseñables son los siguientes: De comienzo tardío, siempre posterior a los 30 años de edad. Es un delirio primario, no siendo consecuencia de ninguna otra afección mental preexistente. Alucinaciones: sensoriales y pseudoalucinaciones. Este síndrome alucinatorio que lo acompaña, no como génesis de este delirio, sino como un medio de expresión. Bipolaridad: se caracterizan por la coexistencia dicotómica del pensamiento real y delirante, que no coarta la actividad laboral o profesional. Deterioro de la personalidad: pueden dejar al final de la evolución un ligero defecto, pero sin provocar el deterioro del esquizofrénico.

## PO-382

**SÍNDROME DE CHARLES BONNET. A PROPÓSITO DE UN CASO**

I. González Bocelo, E. Castro Arias y B. Martínez Calero

**Introducción:** El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por alucinaciones visuales sin cortejo psiquiátrico acompañante ni trastornos cognitivos. La mayoría de los pacientes son ancianos con déficit visual importante, generalmente bilateral. La etiología es desconocida y la edad media de aparición es de 72 años. Este síndrome es infrecuentemente reconocido en la práctica clínica, sin embargo debe ser considerado a la hora de realizar un diagnóstico diferencial en los cuadros que cursan con alucinaciones visuales.

**Objetivos:** Realizar una revisión del concepto del Síndrome de Charles Bonnet, para llegar a la descripción y comprensión clínica del cuadro.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión mediante una búsqueda bibliográfica en medline y otras fuentes, utilizando las palabras clave: "Charles Bonnet" "Visual hallucinations". Se adjunta un caso clínico para la ilustración del cuadro.

**Resultados:** En 1760, el filósofo y naturista suizo Charles Bonnet describió la existencia de alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo. Desde entonces se ha descrito en relación con

diversas patologías que producen un trastorno de la visión. El curso puede ser episódico, periódico o crónico, con una duración de semanas hasta años. Se ha documentado que existe un porcentaje de casos que remite espontáneamente. Las imágenes suelen ser complejas y el paciente hace crítica de ellas, sin sufrir generalmente repercusión emocional. El origen podría estar relacionado, según hipótesis actuales, con un fenómeno de desaferentación, produciéndose de esta manera un incremento en la excitabilidad de las neuronas desaferentadas ocasionada por cambios moleculares y bioquímicos.

**Conclusiones:** El Síndrome de Charles Bonnet es un cuadro que se diagnostica poco frecuentemente, siendo necesario conocerlo para poder realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con sintomatología similar (epilepsia, demencia, ictus, psicosis...). Con esta revisión y la ilustración mediante el caso clínico queremos destacar la importancia de su reconocimiento en diferentes niveles, entre otros para emitir un pronóstico.

## PO-390

**CASO CLÍNICO: ZIPRASIDONA Y PRIAPISMO**

J. García-Albea Martín, M. Navas Tejedor y C. Ortiz Sánchez

**Introducción:** Describimos el caso clínico de un paciente que presentó priapismo tras encontrarse en tratamiento con ziprasidona 240 mg y la posible relación con la introducción al tratamiento de zuclopentixol depot. Dicho enfermo requirió cirugía de urgencia. El paciente presentó tras la cirugía impotencia irreversible. Desde un punto de vista clínico el priapismo se define como una erección prolongada y dolorosa, sin tener relación con el deseo sexual. Básicamente se han descritos dos tipos de priapismo, el de alto flujo, pulsátil, no isquémico y el isquémico o de alto flujo. Siendo éste último el más frecuente y grave ya que conlleva más riesgo de disfunción sexual. Todos los antipsicóticos se han relacionado como causantes de priapismo isquémico, seguramente secundario al bloqueo alfa 1 adrenérgico. Los casos que hay descritos de priapismo originado en principio por ziprasidona no requirieron intervención quirúrgica, a diferencia de dicho caso.

**Objetivos:** Los objetivos de este póster serían describir y revisar la bibliografía de los casos descritos de priapismo asociados a antipsicóticos atípicos centrándonos en la ziprasidona. Intentar evitar al máximo el riesgo de este grave efecto adverso provocado por la ziprasidona y la relación, si es posible, con la posología.

**Metodología:** Revisión de casos descritos en la bibliografía de priapismo asociado a antipsicóticos típicos y atípicos, y la relación existente entre priapismo y asociación de antipsicóticos u otras drogas.

**Resultados:** Los casos descritos en la literatura asociados a antipsicóticos atípicos son cada vez más frecuentes. Suelen ocurrir en pacientes polimedcados y es raro que requieran cirugía ya que suelen remitir con la retirada del fármaco. Parece existir más riesgo cuando se asocian antipsicóticos y estar en relación con la dosis de los mismos.

**Conclusiones:** Es necesario advertir al paciente de éste grave efecto adverso y la necesidad de retirar la medicación ante el mínimo síntoma por el riesgo que conlleva sufrir priapismo y las consecuencias posteriores, tales como impotencia.

## PO-396

**MUTISMO DE AÑOS DE EVOLUCIÓN EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y RASGOS DE PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICOS**

F. Morrás Abaurre, M. Martínez Moneo y E. Martínez De Zabarte Moraza

**Introducción:** Se presenta el caso de un hombre de 30 años, con rasgos personalidad esquizotípicos e histriónicos, y diagnosticado de esclerosis múltiple. En 2005, y estando asintomático, comienza a presentar dificultades para la expresión oral del lenguaje, en for-



ma de discurso no fluente, telegráfico y robotizado. El episodio se mantiene estable, aunque con fluctuaciones incluso diarias, hasta Enero de 2006. En esta fecha y coincidiendo con una prueba realizada (SPECT Cerebral) desarrolla de forma brusca un mutismo total que persiste en la actualidad. A destacar en todo este tiempo la ausencia de otros síntomas que pudieran asociarse a su enfermedad neurológica, pruebas de neuroimagen que no evidencian progresión de su esclerosis múltiple y la interpretaciones, cuando menos extravagantes, que el paciente hace de su sintomatología.

**Objetivos:** Analizar las complejas imbricaciones que a veces existen entre trastornos puramente orgánicos, en este caso neurológicos, y los trastornos psiquiátricos.

**Metodología:** Presentación y análisis de un caso real.

**Resultados:** La concurrencia de una enfermedad neurodegenerativa (esclerosis múltiple) en un paciente con una esquizotipia previa y rasgos histriónicos de personalidad, propicia la eclosión de una clínica bizarra en la que se mezclan síntomas que están a caballo entre lo puramente disociativo y lo delirante.

**Conclusiones:** Si siempre es importante analizar la enfermedad desde todos los prismas posibles y considerar al enfermo en su totalidad, esta premisa se hace todavía más necesaria en casos de comorbilidad como el descrito, en el que un síntoma puede ser el resultado de la combinación de diferentes factores etiológicos.

## PO-397

### CICLACIÓN ULTRA-RÁPIDA EN UN JOVEN CON TRASTORNO BIPOLAR

F. Morrás Abaurre, E. Martínez De Zabarte Moraza y M. Martínez Moneo

**Introducción:** Se presenta el caso de un joven de 16 años que ingresa en Unidad de Agudos Psiquiátrica por un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos e ideación autolítica. Tras instauración de tratamiento con fluoxetina desarrolla un rápido viraje hacia el polo maniaco. Posteriormente presenta oscilaciones del estado de ánimo bruscas y frecuentes en un mismo día, con carácter marcadamente disruptivo y sintomatología psicótica acompañante.

**Objetivos:** Analizar las características diferenciales del Trastorno Bipolar en la infancia y adolescencia, en contraposición al Trastorno Bipolar del adulto.

**Metodología:** Presentación y análisis de un caso real, investigando a través de la historia evolutiva del paciente, posibles factores predisponentes y precipitantes y remarcando las características clínicas diferenciales de este caso.

**Resultados:** Tras instaurar tratamiento con estabilizante (valproato) y olanzapina, el paciente recupera la eutimia y desaparece la sintomatología delirante-alucinatoria.

**Conclusiones:** El Trastorno Bipolar en la Infancia y Adolescencia presenta características clínicas diferenciales que es preciso tener en cuenta, para evitar infradiagnósticos o diagnósticos erróneos que pudieran condicionar un peor curso evolutivo de la enfermedad.

## PO-406

### SÍNDROME DE FAHR: UN DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

S. González Bardanca, M. Diaz Allegue y P. Filgueiras Martínez

**Introducción:** El síndrome de Fahr es una enfermedad neurológica hereditaria caracterizada por calcificaciones bilaterales y simétricas, no arteroescleróticas, en los ganglios basales y corteza cerebral. Se asocia con trastornos neurológicos. Afecta por igual a ambos sexos, y aumenta su frecuencia en mayores de 50 años aunque puede aparecer en cualquier edad. Similar al Parkinson ya que se presenta una sintomatología extrapiramidal. Los síntomas aparecen cuando los depósitos acumulados afectan a los núcleos del cerebro y producen un deterioro progresivo de las funciones mentales, demencia,

una pérdida de la capacidad motora, parálisis espástica, atetosis, retraso mental y atrofia del nervio óptico. El diagnóstico de sospecha es clínico, el de confirmación necesariamente es por neuroimagen. No tiene buen pronóstico.

**Objetivos:** Se propone realizar una revisión bibliográfica a raíz de un caso clínico con Enfermedad de Fahr sobre la sintomatología clínica, principalmente neurológica y psiquiátrica asociada.

**Metodología:** Revisión realizada en Pubmed con palabras clave: Fahr, disease, syndrome.

**Resultados:** Enfermedad poco frecuente. Herencia autosómica recesiva. La mayoría de las referencias bibliográficas hacen referencia a casos clínicos o hallazgos causales. Enfermedad conocida también con el nombre de calcosinosis, calcificación estriopalidodentata o ferrocálculos cerebral. Su clínica es similar a la sintomatología del Parkinson ya que cursa con rigidez, temblor, facies en máscara, dificultad para deambular, disartria, distonía, corea, convulsiones, retraso mental o deterioro funcional progresivo y demencia. Cursa además con alteraciones de la glándula paratiroidea provocando hipoparatiroidismo, alteraciones visuales como es el caso del glaucoma o atrofia del nervio óptico. Hay casos sobre pérdida de conocimiento transitorio y accidente isquémico vascular transitorio. Deterioro neurológico progresivo. Su tratamiento básicamente es sintomático.

**Conclusiones:** Enfermedad poco frecuente de carácter hereditario de pobre pronóstico. Sintomatología neurológica y psiquiátrica asociada, siendo necesario realizar diagnóstico diferencial con resto de patologías que cursan con síntomas similares. Es necesario diagnóstico radiológico para confirmación.

## PO-411

### IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS DEL CONTENIDO DE LOS DELIRIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. López Santín, F. Molins Gálvez y L. Litvan Shaw

**Introducción:** El papel del contenido del delirio como un indicador nosológico más ha sido tradicionalmente relegado a favor de sus aspectos formales. Sin embargo, algunos autores han cuestionado esta separación y otros han analizado los contenidos principalmente en la esquizofrenia y la depresión melancólica.

**Objetivos:** El objetivo del trabajo ha sido observar la ayuda que nos proporciona la temática delirante en un paciente que plantea dudas diagnósticas.

**Metodología:** Paciente varón de 48 años sin antecedentes psiquiátricos previos que presenta un cuadro depresivo con tristeza, astenia, apatía, llanto, aislamiento, ideas tanáticas e ideas delirantes de que sus caderas crecen y alucinaciones cenestésicas en ambas caderas.

**Resultados:** El paciente expresa una sensación extraña de crecimiento, vibración y movimiento en ambas caderas y afirma que los huesos de las caderas al llegar a cierta edad crecen en grosor. McGilchrist y Cutting distinguen entre delirios cognitivos y perceptuales en lo que afecta a la corporalidad. El paciente presenta temáticas, del tipo perceptual, significativamente más cercanas al grupo esquizofrénico que al depresivo. Del mismo modo sucede con la región corporal afectada. A los seis meses el paciente está totalmente eutímico, pero sigue presentando ideas delirantes y alucinaciones cenestésicas, aunque de forma menos angustiante.

**Conclusiones:** El contenido del delirio y las alteraciones perceptivas relacionadas, distinción compleja en tanto en cuanto estas últimas entrañan un componente cognitivo interpretativo, señalan hacia la psicosis esquizofrénica según los análisis de McGilchrist y Cutting. En ausencia de otros síntomas esquizofrénicos, y en el momento del diagnóstico transversal, pensamos que el diagnóstico más certero sería el de Trastorno delirante crónico, pese a que no se han analizado exhaustivamente los contenidos de los delirios en este tipo de pacientes. El curso posterior parece confirmarlo.

PO-417

**EL BUEN HIJO: UN CASO DE SÍNDROME DE ASPERGER**

B. Martínez Calero, I. González Bocelo y E. Castro Arias

**Introducción:** El Síndrome de Asperger fue primeramente descrito por el Dr. Hans Asperger, un pediatra de Austria en 1944. Más recientemente ha sido clasificado como Trastorno generalizado del desarrollo. Es un trastorno neurobiológico generalmente considerado como perteneciente al espectro del autismo. Los pacientes con Síndrome de Asperger tienen capacidad intelectual dentro del rango normal, con, sin embargo, un perfil distinto de habilidades aparentes desde la temprana infancia. Pueden mostrar conductas y deficiencias marcadas en habilidades sociales y de la comunicación. Uno de los principales problemas que nos encontramos es que estos pacientes no son diagnosticados, o son catalogados de otras patologías. Por eso es muy importante un diagnóstico precoz, con el fin de empezar lo antes posible con la ayuda de este área específica.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es mostrar cómo, debido en ocasiones a la dificultad diagnóstica en este tipo de trastornos, ya sea por la variedad de la clínica o por la similitud con otras patologías, el diagnóstico se realiza tarde, ensombreciendo el pronóstico

**Metodología:** Para ello se describe un caso de nuestra experiencia clínica, donde observamos los diferentes diagnósticos y tratamientos que recibe el paciente antes de acertar con el que más se ajustaba a la clínica que presentaba.

**Resultados:** Existen multitud de patologías con las que hacer el diagnóstico diferencial del síndrome de Asperger.

**Conclusiones:** El diagnóstico precoz en el síndrome de Asperger es primordial, de lo contrario no se llevan a cabo tratamientos que son fundamentales para el pronóstico de la enfermedad, tales como la asistencia en el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas.

PO-433

**A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRICOLOMANÍA EN TRATAMIENTO CON TOPIRAMATO EN ASOCIACIÓN CON SERTRALINA**

J. Teresa Rodríguez Sosa

**Introducción:** La tricolomanía se define como el arrancamiento del propio cabello, sensación de tensión antes del arrancamiento, bienestar y gratificación después. El topiramato ha sido propuesto en el tratamiento de los trastornos del control de impulsos.

**Objetivos:** valorar la eficacia del topiramato en la tricolomanía y su posible efecto en asociación a sertralina.

**Metodología:** Realizamos una búsqueda en pubmed. Así mismo aportamos el caso clínico de una paciente de 45 años con un diagnóstico previo de trastorno de personalidad inestable que desde hace un año aproximadamente y en relación con la aparición de sintomatología depresiva inicia conductas encaminadas al arrancamiento del cabello así como la producción de excoraciones en la piel. Durante este tiempo también presenta conductas autolesivas. se inicia tratamiento con topiramato a dosis de 200 mg/día y sertralina 200 mg/día.

**Resultados:** Tras una valoración al mes se observa una mejoría de las conductas impulsivas.

**Conclusiones:** El topiramato asociado con la sertralina se ofrece como una estrategia eficaz terapéutica para el tratamiento de la tricolomanía.

PO-435

**SÍNDROME X FRÁGIL**

F. Rosagro Escámez, M. Herrera Giménez, M.R. Consuegra Sánchez, R. Vela Garriga, S. Martínez Benitez, J.M. López Navarro, E. Egea Cánovas, V. Dones Luengo y P. Pozo Navarro

**Introducción:** El síndrome de X frágil es una afección genética que involucra cambios en parte del cromosoma X. A pesar de ser la forma más común de retardo mental hereditario en hombres y una causa significativa de retardo mental en mujeres, resulta descono-

cido para la población en general y la mayoría de los profesionales poseen datos parciales e incompletos acerca del síndrome, por lo que su diagnóstico suele ser tardío y erróneo. Aunque el hallazgo fundamental es el retraso mental, los comportamientos explosivos o de agresión pueden ser un problema en la adolescencia.

**Objetivos:** A propósito de los casos que exponemos se pretende explicar brevemente las características fundamentales de este síndrome.

**Metodología:** Exponemos dos casos de dos hermanos diagnosticados de síndrome X frágil que ingresaron en nuestra Unidad Psiquiátrica, y que debido a las características de su enfermedad junto con la clara desestructuración en su ámbito familiar, desarrollaron comportamientos explosivos a lo largo de la vida adulta.

**Resultados:** El diagnóstico de este síndrome debe considerarse en todo sujeto con retraso psicomotor o mental moderado de causa no aclarada, y sobre todo es obligado descartarlo en presencia de una historia familiar positiva.

**Conclusiones:** Debido a que los síntomas del X frágil pueden ser bastante sutiles, y al hecho que tiene una incidencia notable en la población, es importante realizar un diagnóstico precoz de cara a la prevención y para que reciban un tratamiento específico lo antes posible.

PO-443

**ESQUIZOFRENIA PREPUBERAL, UN CUADRO CONTROVERTIDO EN SU INICIO**

M. Pérez García, J.A. Jiménez Barbero, E. Sanz Navarro, M. Sánchez Muñoz, V. Munuera García y F.J. Fernández Galindo

**Introducción:** Según refiere la literatura vigente, los casos de esquizofrenia prepuberal suelen comenzar de forma insidiosa en etapa escolar con un periodo prodrómico prepsicótico de duración variable y sintomatología difusa que impide diferenciar la enfermedad de otros trastornos de inicio en la infancia, lo que supone un retardo diagnóstico y terapéutico con empobrecimiento pronóstico.

**Objetivos:** Se pretende demostrar la dificultad que supuso diagnosticar un caso de psicosis infantil ante la presentación inicial difusa, consiguiéndose una mejor delimitación de la enfermedad con el desarrollo madurativo posterior.

**Metodología:** Se realiza un seguimiento longitudinal del caso desde la manifestación inicial de enfermedad. Se contrastan dichas características clínicas de inicio con datos recogidos en varios artículos publicados, obtenidos a partir de MEDLINE y de otras fuentes bibliográficas referentes a psicosis prepuberal

**Resultados:** Los datos clínico obtenidos en historia de desarrollo temprano fueron indicativos de predictores potentes del desarrollo de esquizofrenia. En etapa escolar comienza de forma insidiosa periodo prodrómico dando paso a un desarrollo delirante, un nivel elevado de angustia y aislamiento en la paciente con posterior deterioro progresivo en la adolescencia.

**Conclusiones:** La realidad clínica demuestra que existen formas clínicas precoces de esquizofrenia del adulto. Sin embargo, las bajas tasas de prevalencia y la dificultad diagnóstica por las edades del desarrollo suponen un importante límite para la investigación. Esto conlleva una exclusión de estos cuadros de los manuales de clasificación, lo que retrasa su abordaje específico ensombreciendo el pronóstico global.

PO-449

**MODELO DE INTERVENCIÓN EN URGENCIAS PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL EN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y/O CONDUCTAS VIOLENTAS**

I.Ó. Aceña Lujano

**Introducción:** Elaborar modelos de intervención para la gestión y optimización de las actuaciones urgentes en agitación psicomotriz y/o conductas violentas.

**Objetivos:** Creación de estructuras teórico-prácticas de referencia para la protocolización y/o realización de vías clínicas,

siendo características inherentes al modelo la capacidad de auto-regulación del mismo así como su universalidad, señalada como la capacidad de este para su validación y referente desde niveles preventivos hasta resolutivos formales como diagramas de flujo de intervención.

**Metodología:** Reunión y consenso de expertos (Urgencias HNJS y sección psiquiatría HNJS).

**Resultados:** Elaboración de diagramas consensuados de intervención en niveles preventivo, diagnóstico-terapéutico y resolutivo. Modelo base.

**Conclusiones:** La creación de dichos modelos establece espacios de intervención clínica al margen de medidas protocolizadas siendo tal intervención susceptible de procesos auto-regulativos y sinérgicos donde la flexibilidad y universalización del procedimiento así como la gestión en calidad y eficacia de la intervención primen sobre estructuras protocolizadas en base a responsabilidades subyacentes.

#### PO-497

### PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO DE SÍNDROME DE POLAND CON SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ASOCIADA.

R. Consuegra Sánchez, F. Rosagro Escámez, F.L. Crespo Ramos, M. Del Cerro Oñate y M.R. Galiana Ceta

**Introducción:** El síndrome de Poland agrupa la asociación de hipoplasia o aplasia unilateral del músculo pectoral mayor y la braquiesindactilia de la mano ipsilateral. Es más frecuente en hombres, y en el hemitórax derecho, y esta raramente descrito en miembros inferiores. En el aspecto genético, el factor de recurrencia es inferior al 1,5%. No se han descrito casos con sintomatología psiquiátrica.

**Objetivos:** Se presenta un caso de una mujer de 18 años con presentación atípica, por presentarse éste también en el padre, afectar también al miembro inferior y presentarse con sintomatología psiquiátrica concomitante o asociada.

**Metodología:** Se le practica evaluación psicológica a través de la Escala de Inteligencia de Wechsler, el inventario de Millon y el cuestionario de personalidad IPDE módulo DSM-IV y valoración psicopatológica a través de la PANSS, así como exploración física completa y neurológica, y RMN craneal.

**Resultados:** El nivel intelectual es normal, y puntúa alto sobre todo en rasgos narcisistas de personalidad. Se presentan las puntuaciones de la PANSS. Es diagnosticada según CIE-10 de Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo (F23).

**Conclusiones:** Se presenta un caso de presentación atípica de Síndrome de Poland y con patología mental asociada o concomitante.

#### PO-527

### TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP). UN CASO CLÍNICO

M. Vives Forteza, M.J. Serrano Ripoll, S. Monzón Peña, N. Bauza Siddons, M. Gili Planas, F. Ortega Vila y M. Roca Bennasar

**Introducción:** El TLP es una entidad diagnóstica que describe un nivel avanzado de disfunción y sus características clínicas no son sólo las de un síndrome de la personalidad, sino que entraría en el amplio espectro de los trastornos afectivos.

**Objetivos:** Describir los síntomas nucleares que conforman el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

**Metodología:** Historia clínica de la paciente. Búsqueda bibliográfica. Mujer de 37 años de edad, sin antecedentes familiares destacables, que a los 15 años realiza su primer intento autolítico, con síntomas de inseguridad, pesimismo y tendencia a desarrollar lazos de dependencia con figuras del entorno. Evaluación: entrevista diagnóstica, pruebas psicológicas: SCID-II, SCL-90 y pruebas neurobiológicas (EEG y TAC). Después de 5 años estable recibiendo tratamiento

farmacológico, la paciente inicia una escalada de intentos, ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas. Durante 22 años se suceden todo tipo de tratamientos: farmacológicos, terapia electroconvulsiva y psicoterapia cognitivo-conductual.

**Resultados:** Existe una alta comorbilidad con diferentes trastornos (afectivos, ansiosos, personalidad, alimentarios, abuso de sustancias...), lo cual complica su tratamiento. Reorganizar la estructura de la personalidad límite es una tarea compleja. Sus estilos de afrontamiento son ineficaces y perpetúan el problema y su falta de consistencia provoca confusiones respecto a la propia identidad.

**Conclusiones:** Las disfunciones se dan en la misma estructura morfológica de la personalidad, dificultando que el paciente pueda superar los problemas que se plantean en otros ámbitos. Estas desviaciones lo convierten en uno de los trastornos más graves de la personalidad.

#### PO-550

### DIVERSIDAD SINTOMATOLÓGICA EN EL ADOLESCENTE

C. Sendino Blanco, M.I. Guillamón Véliz, D. López Marco, I. Morán Sánchez, R. Consuegra Sánchez, M. Herrera Giménez y M. Infante Sánchez de Lugarnuevo

**Introducción:** Presentamos el caso de una adolescente de 16 años, que ha consultado en diversos centros asistenciales durante los últimos dos años, presentando durante este tiempo sintomatología muy heterogénea, por lo que ha recibido varios diagnósticos: desde la Psicosis de inicio hasta un Trastorno de la personalidad, un cuadro disociativo o depresivo, llegando a precisar un ingreso hospitalario al inicio de la sintomatología.

**Objetivos:** Diagnóstico diferencial del caso que se presenta, principalmente: Tt.Disociativo, Psicosis de inicio, Tt.Depresivo y Trastorno de Personalidad.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica y exposición del caso clínico.

**Resultados:** Se le realiza a la paciente una batería de pruebas neuropsicológicas (WAIS-III, Subtest de Test Barcelona, STROOP y d2), pruebas psicopatológicas (BDI y STAI) y de personalidad (MACI y Rorschach), así como una exploración psicopatológica psiquiátrica y pruebas complementarias (analítica y TAC).

**Conclusiones:** En la evaluación de los adolescentes con sospecha de psicosis es necesaria una exhaustiva valoración neurológica y pediátrica, así como una evaluación psicológica completa, que incluya un estudio del CI mediante pruebas instrumentales como el WAIS en adolescentes y las pruebas complementarias médicas necesarias para descartar patología orgánica. Es importante tener en cuenta que en los trastornos de personalidad (límitrofe, esquizoide, esquizotípico) son más inconstantes las alucinaciones y delirios y más estables las características patológicas de la interacción interpersonal y social. Se deben incluir en el diagnóstico diferencial los estados disociativos. El trastorno depresivo en la adolescencia puede manifestarse a través de una sintomatología confusa y heterogénea, diferente a la que se observa en la edad adulta

#### PO-560

### LA MÚSICA EN UN TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

A. Trigo Campoy, L. Ruiz De la Hermosa Gutiérrez, F. García Sánchez y O. Sobrino Cabra

**Introducción:** El trastorno esquizotípico de la personalidad se caracteriza por rasgos semejantes a los psicóticos y aspecto raro o extravagante junto tendencia al aislamiento y la mayoría creencias extrasensoriales o prácticas religiosas extrañas.

**Objetivos:** Analizar a propósito de un caso las características clínicas, psicopatológicas y epidemiológicas del trastorno de la personalidad esquizotípico.

**Metodología:** Revisión de la literatura de impacto de los últimos 5 años en relación al trastorno esquizotípico de la personalidad y análisis de un caso clínico con dicha patología.

**Resultados:** La prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad se considera de un 3% en la población general sin embargo es posible que esta cifra sea subestimada dadas las dificultades para la realización de un correcto diagnóstico diferencial y la escasa demanda de tratamiento que solicitan dichos pacientes. Como en el caso descrito que el paciente acude por primera vez a salud mental a los 48 años de edad no siendo iniciativa suya por sintomatología depresiva. Ha realizado seguimiento ambulatorio durante un año, trabajando la adherencia al tratamiento y observándose una mejoría significativa en la evolución del paciente.

**Conclusiones:** Estudios retrospectivos indican que en muchos casos son diagnosticados de esquizofrenia paranoide. En cuanto a su abordaje la elección es el tratamiento combinado psicoterapia más fármacos incluyendo antipsicóticos a dosis bajas, principalmente los atípicos, y antidepresivos. Dado que el suicidio se presenta en un 10% de los casos y es una enfermedad infradiagnosticada es importante tenerla en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial y un correcto abordaje terapéutico que permita mejorar el pronóstico de estos pacientes

PO-574

#### UN CASO DE MEGADOSIS DE RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN

S. Martínez Benítez, F. Rosagro Escámez, J.F. Tello Robles, M. Herrera Giménez, J.M. López Navarro, R. Vizán Ferrero y P. Pozo Navarro

**Introducción:** La risperidona inyectable de larga duración ha demostrado tener un bajo perfil de efectos secundarios y una buena tolerabilidad incluso a dosis superiores a las recomendadas.

**Objetivos:** Destacar la alta tolerabilidad de la risperidona inyectable de larga duración a través de un caso clínico.

**Metodología:** Se expone un caso de un paciente varón diagnosticado de Esquizofrenia paranoide que, por error, se administra una megadosis de risperidona inyectable de larga duración durante 10 meses (150 mg/semana).

**Resultados:** Dicha megadosis no llegó a presentar efectos secundarios que comprometieran su vida.

**Conclusiones:** Se establece el elevado perfil de seguridad y tolerabilidad de risperidona inyectable de larga duración.

PO-582

#### SÍNDROME PARKINSONIANO ASOCIADO A TRATAMIENTO CON CARBONATO DE LITIO

N. Custal Teixidor, M. Carulla Roig, M. Subirà Coromina, E. Cerrillo Albaigés, V. Vicens Soler, N. Cardoner Álvarez, J.M. Crespo Blanco, J.M. Menchón Magriñá y J. Vallejo Ruiloba

**Introducción:** La aparición de parkinsonismo en pacientes tratados con litio constituye un efecto indeseable poco frecuente, que puede aparecer a niveles terapéuticos y cuyo diagnóstico se realiza por exclusión tras retirada del fármaco. Existen pocos estudios descritos en la literatura.

**Objetivos:** A partir de un caso clínico planteamos una revisión sobre efectos secundarios extrapiramidales del litio, centrándonos en las dificultades diagnósticas y terapéuticas.

**Metodología:** Revisión bibliográfica y en Medline, con las palabras claves "Lithium"; "Parkinson\*"; "Bipolar Disorder".

**Resultados:** Mujer de 43 años diagnosticada de TB-1 según criterios DSM-IV TR en tratamiento con litio desde los 37 años. En sucesivos controles se objetivaron litemias dentro del rango terapéutico sin constatarse signos ni síntomas de intoxicación. A los 39 años se introdujo olanzapina por sintomatología maniforme. A los 2 años (li-

tio 1.200 mg/día, [litemia de 1,08] y olanzapina 10 mg/d) inició clínica parkinsoniana en forma de bradicinesia simétrica, disminución del parpadeo, temblor distal simétrico, marcha con disminución del braceo, inhibición psicomotriz e hipomimia, que no mejoró tras retirada de antipsicótico. Se realizó estudio neurológico y batería de exploraciones complementarias (niveles ceruloplasmina, RMN y DAT-SCAN) que orientaron el cuadro como extrapiramidalismo de etiología farmacológica. Se inició disminución progresiva de litio y se objetivó mejoría de la sintomatología a partir de litemias de 0,7 mmol/l hasta remisión de la clínica con la suspensión del fármaco.

**Conclusiones:** El caso ilustra la necesidad de contemplar el diagnóstico de parkinsonismo inducido por litio en pacientes que presentan extrapiramidalismo durante el tratamiento.

PO-586

#### TRAUMA INFANTIL: PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN EL ADULTO

L. Rodríguez Moya, C. Teijeira Levet e I. De la Vega Rodríguez

**Introducción:** Se trata del caso de una paciente de 30 años que presenta un cuadro de ansiedad con crisis de pánico y una disfagia de probable origen psicógeno tras una interrupción voluntaria del embarazo con importante pérdida de peso secundaria.

**Objetivos:** Revisar la influencia de los antecedentes de abuso sexual y maltrato físico de la paciente en su personalidad y su patología actual.

**Metodología:** Exposición de un caso clínico real y revisión bibliográfica de las repercusiones de los abusos sexuales en la infancia a corto y largo plazo.

**Resultados:** Los estudios señalan como principales efectos de los abusos sexuales en la infancia los siguientes: A corto plazo: pérdida del control de esfínteres, consumo de drogas o alcohol, huidas del hogar, bajo rendimiento académico, agresividad u hostilidad, depresión, ansiedad, baja autoestima, excesiva curiosidad sexual... A largo plazo: hipocondría y trastornos de somatización, desórdenes alimenticios, consumo de drogas, depresión, ansiedad, baja autoestima, trastornos de personalidad, creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.... El impacto psicológico a largo plazo dependerá de las vivencias posteriores de la persona, de sus recursos y del apoyo recibido. Vemos como nuestro caso coincide con gran parte de estos efectos por lo que planteamos cómo los abusos sexuales sufridos en la infancia, así como los malos tratos deben haber influido en el desarrollo de la sintomatología actual.

**Conclusiones:** Con este caso queremos mostrar la importancia de realizar una historia clínica completa y como ciertos síntomas deben orientarnos sobre posibles antecedentes traumáticos.

PO-597

#### GILLES DE LA TOURETTE, ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA NEUROLOGÍA...

M. Dudekova, G. Albacete Armenteros e I. Morán Sánchez

**Introducción:** En 1885 Gilles de la Tourette describió 9 casos de este peculiar síndrome considerándose inicialmente como un trastorno psiquiátrico exclusivo. A partir de la segunda mitad del siglo XX, los neurólogos comienzan a participar en su tratamiento. Actualmente esta patología es abordada con un mayor nivel de colaboración entre ambas disciplinas.

**Objetivos:** Valorar la relación entre el diagnóstico del SGT y la aparición de complicaciones psiquiátricas. Cuantificar las publicaciones relevantes sobre el síndrome en revistas de Neurología y Psiquiatría en los últimos 15 años.

**Metodología:** Exposición de tres casos clínicos de pacientes adultos con SGT persistente con complicaciones psiquiátricas. Realización de búsqueda avanzada de todos los artículos disponibles en los últimos 15 años en Medline utilizando como descriptor SGT, procesando los datos obtenidos de forma estadística.

**Resultados:** Identificamos las asociaciones con distintos trastornos mentales en el propio paciente y su entorno familiar, destacando la presencia de TOC y trastorno de ansiedad. De los 1343 artículos seleccionados, un 33% han sido publicados en revistas neurológicas, 37% en psiquiátricas, 24% en otros tipos de revista y los restantes 6% eran artículos publicados en revistas de ámbito neuro-psiquiátrico.

**Conclusiones:** Dada la compleja entidad de SGT y la presencia de diversos procesos patológicos concomitantes, se acentúa la necesidad de colaboración entre la Neurología y la Psiquiatría en este terreno. Como se ha constatado existe un imparable interés de los autores, aunque con ligero predominio de científicos y clínicos del área psiquiátrica.

## PO-630

### UN CASO DE ESQUIZOFRENIA MUY TARDÍA

E. González Pablos, R. Sanguino Andrés, P. Del Valle López y P. Blanco Del Valle

**Introducción:** La esquizofrenia frecuentemente comienza en la juventud, pero un número importante comienzan en edades avanzadas. Según algunos autores, esquizofrenia muy tardía es aquella que comienza después de los 60 años, y tiene características singulares.

**Objetivos:** Conocer un caso clínico característico de esta patología.

**Metodología:** Caso clínico: Paciente de 81 años de edad sin antecedentes psiquiátricos previos. Antecedentes somáticos: cardiopatía isquémica con by-pass coronario. Cistitis de repetición. Cataratas.

**Resultados:** Motivo de la consulta: desde hace un tiempo duerme en el borde de la cama porque dice que una tía suya que murió hace tiempo está con ella y puede tirarla de la cama, la ve no sólo en la habitación sino por toda la casa. Además refiere que desde hace algún tiempo unos inmigrantes que hay en el pueblo, ella dice "bosnios", están robando tejas de una especie de granero que tiene en el jardín y lo explica diciendo que ha visto como un bosnio sale de debajo de una palmera del jardín donde permanece escondido y que ella ha visto como saca la cabeza por debajo de la palmera incluso debajo de una piedra que pesa más de 30 kilos. Mini-mental de 35: 30. Estado de ánimo sin alteraciones de interés tampoco se observan síntomas de ansiedad. TAC craneal imagen lacunar sugerente de infarto en núcleo putamen izquierdo.

**Conclusiones:** El caso presenta muchas de las características de este tipo de esquizofrenia: sexo femenino, delirio de partición, no deterioro cognitivo, no trastornos formales de pensamiento, no alteraciones estado de ánimo, alteraciones vasculares en TAC, etc.

## PO-661

### EPILEPSIA Y DEFICIT DE ATENCIÓN

S. González Bardanca, C. Vázquez Entoso, E. Fontela Vivanco, C. Fernández González, J.R. Silveira Rodríguez y M.T. Amboage Paz

**Introducción:** El Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad es un síndrome neurobiológico cuya prevalencia ronda el 5% de niños y adolescentes, es altamente heredable. En cerca de un 20% de los pacientes con epilepsia podrían presentar características de TAHD.

**Objetivos:** Se plantea realizar una revisión bibliográfica sobre el abordaje psicofarmacológico con metilfenidato en pacientes que padecen epilepsia y cumplen criterio de déficit de atención, a partir de un caso clínico.

**Metodología:** Nuestro caso clínico es el de dos hermanos con antecedentes familiares genéticos por vía materna de epilepsia y que ambos están diagnosticados de crisis de ausencia desde la infancia y a tratamiento con anticomociales. Además, cumplen cri-

terios diagnósticos de Déficit de Atención e Hiperactividad por lo que se les plantea el tratamiento con anfetaminas que actúan bajando el umbral de convulsión. Se realiza una revisión bibliográfica sobre este tema usando palabras clave: epilepsy, attention deficit hyperactivity disorder, methylphenidate, psychopharmacology treatment; en pubmed.

**Resultados:** El metilfenidato, uno de sus efectos secundarios es que disminuye el umbral de convulsión. Los anticomociales pueden contribuir a presentar dificultades en la atención y niveles de actividad. Aquellos niños que padecen epilepsia con afectación centro-temporal (rolándica) presentan mayor dificultad de atención. Se recomienda realizar EEG cuando se diagnostica de ADHD. Por otro lado no parece en los distintos estudios realizados que el uso de metilfenidato empeore los cuadros comociales. El metilfenidato ha demostrado eficacia en el 70% siendo actualmente el mejor planteamiento para estos pacientes pero usándose con especial precaución en aquellos que han tenido una crisis en menos de un mes. La atomoxetina ha demostrado buena eficacia en un estudio abierto, hay que recordar que hay riesgo elevado de toxicidad hepática cuando se usan anticomociales. En cuanto al abordaje con antidepresivos, tampoco están indicados por la FDA.

**Conclusiones:** -El diagnóstico de ADHD requiere realizar EEG dada la elevada prevalencia de este cuadro en pacientes con epilepsia. -El uso de metilfenidato en pacientes con ambos diagnósticos puede ser usado con precaución, monitorizando el número de crisis tras su prescripción farmacológica demostrando eficacia en el 70% de los casos. -El resto de tratamientos planteados como abordaje psicofarmacológico de ADHD en pacientes con epilepsia no han sido estudiados desde el punto de vista científico con ensayos randomizados controlados. -El uso de atomoxetina asociado a anticomociales incrementa el riesgo de toxicidad hepática por lo que es recomendable precaución en este aspecto.

## PO-680

### FOBIAS ESPECÍFICAS: HIDROFOBIA (ETIOLOGÍA Y TERAPÉUTICA)

R. Pérez Asenjo, D. Antón Menéndez, E. Albaladejo Gutiérrez, J. Gómez De Tojeiro Roce, S. González-Coloma De la Mota y J. Ballester González

**Introducción:** Las fobias específicas son uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, pero pocas veces acuden a tratamiento, y menos aún la hidrofobia. Pueden ser muy bien toleradas, o ser un verdadero tormento, en función de las necesidades/actividades del sujeto y de las limitaciones que le ocasione. Existen muchas teorías propuestas, respecto a su etiología (modelos biológicos, genéticos, dinámicos, cognitivo-conductuales, del trauma, etc) y muchos tratamientos empleados (exposición, desensibilización sistemática, métodos específicos -Halte-, hipnosis, programación neurolingüística, medicación).

**Objetivos:** Revisar la etiología y las posibilidades terapéuticas desde diferentes enfoques de las fobias. A propósito de 2 casos algo atípicos de fobia al agua atendidos en consultas de nuestro centro.

**Metodología:** El primer paciente es una mujer, 53 años, sin antecedentes, que en uno de sus pocos viajes a la playa, presenta síndrome un ansioso. Refería miedo al mar desde niña, pero se incrementó al empezar a temer que lloviera y se produjeran inundaciones como había visto en la televisión. Ya en casa persistían los síntomas. Al encontrar "una explicación" a lo sucedido se da una mejoría paulatina, se van reduciendo las benzodiazepinas, e inicia técnicas de relajación. Actualmente asintomática. El segundo paciente es una mujer, 32 años, sin otros antecedentes que temor a lanzarse a una piscina o sumergir la cabeza. De niña vio como hacían una "aguadilla" a un amigo, y como tuvo que recibir asistencia al quedar inconsciente. Actualmente necesita superar ese miedo por unas oposiciones que incluyen nadar y bucear. Se emplea hipnosis combinada con

técnicas de programación neurolingüística y la respuesta fóbica desaparece. Realizamos una revisión sistemática en MedLine y en libros especializados.

**Resultados:** Es difícil determinar la prevalencia de la fobia específica (4-11%) y menos aun sobre la hidrofobia, pues suele estar infradiagnosticada. Estudios de neuroimagen señalan a la amígdala como núcleo fundamental, pero intervienen también la ínsula, el cíngulo anterior y la corteza fusiforme. Los tratamientos más utilizados incluyen la exposición estímulos de intensidad creciente; exposición en imaginación; desensibilización sistemática en imaginación por respuesta incompatible; exposición con realidad virtual; psicoterapia estratégica sistémica; la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), la hipnosis y la PNL. El tratamiento farmacológico en solitario no ha demostrado su utilidad, aunque hay estudios en desarrollo. En la terapia combinada, parece que los betabloqueantes podrían resultar de ayuda al tratamiento psicoterapéutico evitando los inconvenientes de las benzodiazepinas por su interferencia en los procesos de aprendizaje asociativo.

**Conclusiones:** La fobia específica es un trastorno crónico, que puede llegar a ser muy incapacitante, para la que existen varios tratamientos de tipo psicológico eficaces, pero que frecuentemente están infrutilizados. Algunos de los tratamientos provocan el rechazo del paciente por la necesidad de afrontamiento, otras opciones evitan esto, trabajando sobre la forma en que el cerebro almacena y evoca las emociones asociadas a los estímulos fóbicos.

#### PO-695

##### INTERVENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA PRECOZ EN EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Saiz Alarcón, R. Bellot Arcis, I. Díaz Fernández-Alonso, F. Arnau Peiró, S. Arques Egea, J. Castelló Gascó, I. García Miralles, C. Iranzo Tatay e I. Martín Martín

**Introducción:** Desde mediados del siglo pasado se ha observado una evolución diferente, menos maligna de la esquizofrenia. En estudios con modalidad "imagen en espejo" realizados en los años 50, que comparaban cohortes de pacientes sin tratamiento farmacológico versus cohortes de pacientes con tratamiento con clorpromazina o TEC, se comenzó a percibir que los pacientes con un curso menos deteriorante eran aquellos que habían tenido un tiempo menos prolongado de duración de psicosis sin tratamiento. Este hecho despertó el interés por el tratamiento precoz de la enfermedad.

**Objetivos:** Comprobar la eficacia de los neurolépticos atípicos en el tratamiento de un primer episodio psicótico.

**Metodología:** Paciente mujer de 25 años que ingresa por primera vez en la Sala De Agudos de Psiquiatría. A la exploración, la paciente, vestida con un pijama de motivos infantiles, y desprendiendo un fuerte olor a colonia, se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Presenta un discurso circunstancial y perseverante centrado en una ideación delirante de control y perjuicio por parte de un conocido cantante. Describe lectura y robo del pensamiento, así como alteraciones en la esfera sensorio-perceptiva en forma de alucinaciones cenestésicas y auditivas. Los primeros síntomas aparecen siete años atrás, cuando, tras un acontecimiento vital estresante, la paciente se recluye en casa con ausencia casi por completo de contactos sociales. Progresivamente desarrolla una serie de rituales de lavado y limpieza que con los años se convierten en alteraciones de conducta cada vez más extravagantes. La clínica actual aparece 3 meses antes del ingreso, tras acudir a un concierto del cantante.

**Resultados:** Con el ingreso se inicia el tratamiento con risperidona vía oral. A los pocos días, las alteraciones en la esfera sensorio-perceptiva desaparecen y, progresivamente, la paciente comienza a distanciarse afectivamente de la ideación de perjuicio, verbalizando un recuerdo delirante de todo lo sucedido, vivido como intensamente real e irreductible.

**Conclusiones:** La larga duración de la sintomatología prodrómica y pre-psicótica en este caso hace que nos preguntemos que ocurriría si iniciáramos el tratamiento con neuroléptico en las fases iniciales de un episodio psicótico: ¿sería el curso, quizá, más benigno? ¿Lograríamos disminuir el deterioro de los pacientes?

#### PO-705

##### CATATONIA RECURRENTE REFRACTARIA A PSICOFÁRMACOS Y A TEC: 337 SESIONES DE TEC, 15 EPISODIOS Y 3 AÑOS DE INGRESO

V. Gálvez Ortiz, P. Toledano Tortajada, E. Via Virgili, È. Martínez Amorós, I. Figuerero Rubio, P. Vergés Balasch y M. Urretavizcaya Sarachaga

**Introducción:** La catatonía es un síndrome frecuente que ha sido descrito en la esquizofrenia y en trastornos afectivos severos, así como en trastornos médicos y neurológicos.

**Objetivos:** Describir el caso de un varón de 55 años con 15 episodios de catatonía severa a lo largo de 3 años de ingreso hospitalario en una unidad de agudos.

**Metodología:** Revisión bibliográfica (MEDLINE database, libros de texto sobre catatonía).

**Resultados:** Las recurrencias se instauran de forma brusca, con un patrón clínico similar y son cada vez más frecuentes. Las exploraciones complementarias en busca de causas somáticas han sido todas negativas. Existe refractariedad a todos los tratamientos psicofarmacológicos ensayados. El paciente presenta una mejoría del episodio catatónico con 3-5 sesiones semanales de TEC; se ha observado una recidiva constante al disminuir el número de sesiones de TEC por debajo de 3 y un incremento en la duración de los episodios. El número de sesiones total es hasta la fecha de 337.

**Conclusiones:** El paciente presenta un síndrome catatónico en extremo grave, con un fracaso sostenido en la consolidación de la mejoría obtenida con la TEC. La aparición de una progresiva resistencia a la TEC en los episodios agudos ensombrece el pronóstico vital de este enfermo.

#### PO-706

##### DESPRENDIMIENTO DE VÍTREO POSTERIOR BILATERAL TRAS UNA SESIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

E. Via Virgili, V. Gálvez Ortiz, P. Toledano Tortajada, È. Martínez Amorós, E. Real Barrero, C. Fuster Fusares, R. Hernández Ribas y M. Urretavizcaya Sarachaga

**Introducción:** La TEC es una técnica segura y bien tolerada. La mortalidad asociada a la TEC es escasa, y a menudo debida a complicaciones cardiovasculares. Las complicaciones oculares asociadas a la TEC están escasamente descritas en la literatura.

**Objetivos:** Describir la aparición de DPV bilateral agudo tras la TEC. Se trata de una mujer de 55 años sin antecedentes oftalmológicos, remitida para TEC (TDM resistente) que tras la 8ª sesión y de forma aguda presenta clínica visual compatible con DPV bilateral. Hasta la fecha, no han sido comunicados casos de DPV bilateral durante la realización de la TEC.

**Metodología:** Revisión bibliográfica (MEDLINE database, libros de texto sobre la TEC y sus complicaciones agudas y sus posibles manifestaciones oculares).

**Resultados:** La TEC produce un leve incremento de la presión intraocular sin haberse descrito complicaciones oftalmológicas secundarias, salvo una posible rotura del epitelio pigmentado del iris. No existen casos de aparición brusca de DVP tras crisis comiciales, aunque hay un caso descrito de aparición de DVP hemorrágico en el síndrome del niño sacudido.

**Conclusiones:** El DVP bilateral es una patología muy frecuente, pero su aparición bilateral simultánea ocurre rara vez, y su forma aguda tras la TEC no ha sido previamente descrita. La aparición brusca de esta patología tras la TEC podría ser debida a las tracciones

vítreas que conllevan los movimientos tonico-clónicos generalizados. En nuestro caso, a pesar de que el DVP bilateral no supone una contraindicación absoluta para la realización de la TEC, se decidió de acuerdo con la paciente, no reiniciar la terapia física.

## PO-711

### ¿DEPRIMIDA O INATENTA?

B. Antúnez María, J.V. Pozo De Castro, E.M. Miranda Vicario e I. Saiz Pérez

**Introducción:** La presencia de otra patología asociada al TDAH, en este caso un Trastorno del Estado Anímico, constituye una situación observada con frecuencia y que influye en el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del mismo.

**Objetivos:** Con el presente caso clínico pretendemos mostrar un ejemplo de Trastorno por Déficit de Atención enmascarado por un Trastorno del Estado de Ánimo.

**Metodología:** A partir de la historia clínica y la entrevista con la paciente, familia y tutora del colegio comenzamos a sospechar la coexistencia de ambos trastornos. Además utilizamos diversas exploraciones complementarias, tanto tests psicológicos como electroencefalografía y cartografía cerebral.

**Resultados:** Estudiamos a una niña de 14 años que desde hace medio año presenta desinterés por las actividades de ocio, llanto ocasional y problemas de concentración, insomnio, hiperfagia y cefalea. Se comenzó tratamiento con fluoxetina, psicoterapia y orientación familiar, con mejoría relevante de la sintomatología emocional, persistiendo la dificultad para mantener la atención y los bajos rendimientos académicos. Todo ello nos lleva a plantearnos que pueda ser debido a un TDAH y no al trastorno afectivo.

**Conclusiones:** Realizamos el diagnóstico de Trastorno Distímico y TDAH tipo con predominio de déficit de atención. Aunque éste es un diagnóstico clínico, otros datos complementarios también nos orientaban en esta línea.

## PO-713

### AUMENTO DE PESO SECUNDARIO AL ARIPIPRAZOL

H. Sancho Díaz, C. Cinos Galán y E. De las Heras Liñero

**Introducción:** Aripiprazol es un nuevo antipsicótico atípico con un mecanismo de acción único y un alto perfil de seguridad y eficacia en los ensayos clínicos controlados. A pesar de que no se ha demostrado que induzca un aumento de peso clínicamente relevante en los ensayos clínicos realizados hasta ahora, sí que hemos observado un incremento de peso en la práctica clínica.

**Objetivos:** Se describen tres casos de aumento de peso secundarios a la introducción del aripiprazol.

**Metodología:** El primer caso clínico se trata de una mujer de 65 años de edad diagnosticada de Episodio Depresivo Mayor severo recurrente. Se inicia tratamiento con venlafaxina 300 mg/día, clonazepam 1,5 mg/día y olanzapina 2,5 mg/día, por la falta de respuesta se añade aripiprazol 5 mg/día. La paciente presenta al mes de introducir el aripiprazol un aumento de 8 kg de peso. Se retira el fármaco objetivándose una disminución de peso. El segundo caso se trata de una mujer de 47 años diagnosticada de Trastorno por ideación celotípica. Se inicia tratamiento con aripiprazol 2,5 mg/día y bromazepam 1,5 mg/día. La paciente refiere un incremento de peso progresivo con un aumento de más de 5 kg. El tercer caso se trata de una mujer de 44 años diagnosticada de Trastorno psicótico agudo y transitorio. La paciente tomó durante 8 meses aripiprazol 5 mg/día y lorazepam 1 mg/día presentando un aumento de 15 kg de peso.

**Resultados:** Se notificó mediante tarjeta amarilla la aparición de esta reacción adversa al Centro de Farmacovigilancia de Galicia que describe una causalidad definida en el primer caso y posible en el segundo y en el tercer caso.

**Conclusiones:** En ficha farmacológica el incremento de peso no aparece como reacción adversa frecuente y en los ensayos clínicos

en los que se compara el aripiprazol con otros antipsicóticos atípicos, este se ha asociado con bajo riesgo para producir incremento de peso e hiperprolactinemia. Sin embargo, el aumento de peso ha sido notificado en la post-comercialización entre pacientes a los que se les prescribe el fármaco. Cuando se han visto, han sido habitualmente en aquellos con factores significativos de riesgo tales como historia de diabetes, alteraciones tiroideas o adenoma de la pituitaria. Los tres casos presentados son de mujeres de mediana edad en donde también pudieran influir factores hormonales

## PO-722

### SÍNDROME DE PRADER WILLI Y SU RELACIÓN CON OBSESIONES Y COMPULSIONES

I. Espiño Díaz

**Introducción:** El síndrome de Prader Willi es un trastorno multisistémico muy complejo caracterizado por retraso mental, hipotonía, hipogonadismo hipotalámico, estatura corta, obesidad y alteraciones de la conducta, resultado de alteraciones a nivel del cromosoma 15q11-q13. El síndrome se caracteriza además por la impulsividad, agresividad y escasa tolerancia a la frustración, conductas autolesivas y un aumento del riesgo de desarrollar sintomatología obsesivo-compulsiva, generalmente manifestada en relación con la alimentación.

**Objetivos:** Mediante evidencias previas y el caso clínico que presentamos, mostramos la relación de esta sintomatología con niveles bajos de serotonina a nivel cerebral.

**Metodología:** Presentamos el caso clínico de una paciente de 29 años de edad, diagnosticada a los 7 años de Síndrome de Prader Willi, sin seguimiento neuropsiquiátrico ni psiquiátrico hasta hace 6 meses. Además de retraso mental característico del síndrome presentaba crisis de agitación frecuentes, rabietas, autolesiones en forma de escoriaciones en la piel, rituales de horas de duración y perseverancia en sus comportamientos. Ante la intensificación de la sintomatología y la incapacidad de contener conductualmente a la paciente se decide el inicio de tratamiento farmacológico.

**Resultados:** Tras el inicio de ISRS a dosis bajas presentó una mejoría espectacular de su sintomatología, manteniendo leves alteraciones conductuales abordables fácilmente por la familia y cuidadores.

**Conclusiones:** El Síndrome de Prader Willi presenta un mayor riesgo de presentar sintomatología obsesivo-compulsiva además de importantes alteraciones conductuales que no se pueden explicar por el retraso mental característico del síndrome. Esta sintomatología es independiente de la edad, género, alteraciones cognitivas y contexto social donde se presentan. La mejoría espectacular de nuestra paciente ante el inicio de dosis bajas de ISRS apoyan datos previos que indican que la alteración serotoninérgica es una probable causa de las alteraciones conductuales y sintomatología obsesivo-compulsiva asociadas a este síndrome.

## PO-741

### A PROPÓSITO DE UN CASO: KRESTCHMER

K. Tajima Pozo, C. Salgado, J. Fernández Aurrecochea, R. Fernández García Andrade, D. Figuera y C. Díez Alegría

**Introducción:** Tal y como sucede en muchos de los diagnósticos nosológicos que se hacen de las enfermedades, un etiquetado de la persona no nos aporta nada de cara a la práctica clínica. Por ello clasificaciones como el DSM o la CIE-10, resultan muy limitadas para este tipo de trastornos tanto a nivel conceptual como metodológico. Abordar la enfermedad como un todo como se proponía en la psicopatología clásica, a veces sólo puede conducirnos a caminos sin salida o a diagnósticos equivocados. Abordaremos la síntesis de un desarrollo delirante desde la presentación de un caso, con una personalidad y biografía muy acordes a la descripción de Krestchmer.

**Objetivos:** Poner de manifiesto las limitaciones de las clasificaciones actuales para este tipo de patologías.

**Metodología:** Revisión bibliográfica.

**Resultados:** Se expone a lo largo del caso una típica triada Krestchmeriana Personalidad sensitiva: vida afectiva demasiado reservada e hipersensible, lo que le hace en muchas ocasiones sentirse indefensos ante las durezas de la vida y no expresar a los demás sus emociones y tensiones, por su timidez e introversión, Sus relaciones sociales son superficiales y tiende a enturbiamientos reactivos negativos con la gente cuando tiene problemas. Biografía característica de vivencia vergonzosa clave.

**Conclusiones:** El paciente de este caso desarrollo una personalidad peculiar, bastante acorde a lo que Krestchmer en su descripción de 1918 describía como una disposición caracterológica dinámica asténica que en muchos casos podía conducir al desarrollo de un "delirio sensitivo de relación o de auto-referencia". Este muestra como rasgo principal un déficit en la capacidad de descarga psíquica, por una parte de gran escasez afectiva, debilidad y vulnerabilidad, y por otro de gran ambición y obstinación.

## PO-746

### PSICOSIS Y EPILEPSIA

C. Fernández González, J.R. Silveira Rodríguez, M.T. Amboage Paz, E. Bobadilla Pérez, R. González Martínez y M.J. Ávila González

**Introducción:** La relación Epilepsia/Esquizofrenia ha pasado históricamente desde antagonismo total hasta cierta afinidad biológica. -Landolt: Normalización Forzada: Asociación: normalización electroencefalográfica en ciertos pacientes epilépticos (aparición síntomas psicóticos). -Slater: desafía la teoría antagonista y postula un vinculo positivo entre actividad comicial y alteraciones mentales.

**Objetivos:** Revisión controversia Psicosis Epiléptica/Esquizofrenia.

**Metodología:** Paciente nacido en 1966, inicio psicosis 1980 a edad temprana. Dos ingresos hospitalarios: 1983, 1993, diagnosticándose esquizofrenia paranoide. Sufre crisis convulsiva catalogada como crisis comicial por utilización de antipsicóticos. La aparición de crisis convulsivas posteriores concluyen diagnostico de crisis parciales complejas, ajustándose medicación antiépiléptica se reactiva clínica psicótica. ¿Psicosis Epiléptica/Esquizofrenia?

**Resultados:** Para algunos autores la edad de presentación más tardía, tras años de duración de la epilepsia, sin diferencias en cuanto a edad de inicio respecto al sexo y una mayor preservación afectiva, en las Psicosis Epilépticas, respecto a la Esquizofrenia, sugerirían naturalezas distintas. Otros opinan que las Psicosis Epilépticas son prácticamente indistinguibles de la Esquizofrenia, proponiendo una teoría neurofisiológica en la que un trastorno orgánico cerebral origina alteraciones electroencefalográficas, crisis y manifestaciones psicóticas, sugiriendo el área temporolimbica como sustrato neuroanatómico.

**Conclusiones:** Un 10% de las Epilepsias Parciales Complejas presentan sintomatología psicótica siendo la esquizofreniforme más frecuente sobre todo las que involucran lóbulos temporales. -Estos síntomas quizás reflejen un trastorno del lóbulo temporal cuando se observan en pacientes con Esquizofrenia. -La investigación futura es necesaria ya que la validez a cualquiera de las posibilidades históricas apuntadas continua y la controversia se mantiene.

## PO-757

### MANEJO DE LA PSICOSIS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Bellot Arcís, I. Díaz Fernández-Alonso, V. Saiz Alarcón, F. Arnau Peiró, S. Arques Egea, J. Castelló Gascó, I. García Miralles, C. Iranzo Tatay e I. Martín Martín

**Introducción:** Se estima que en el 15-40% de los enfermos de Parkinson aparece un cuadro psicótico durante la evolución de la enfermedad. La causa principal es la estimulación dopaminérgica por fármacos antiparkinsonianos. La dificultad del manejo de la psicosis dopaminérgica radica en que el tratamiento antipsicótico puede empeorar la enfermedad de Parkinson, y el aumento de las dosis de los fármacos dopaminérgicos pueden precipitar y mantener la psicosis.

**Objetivos:** Valorar el manejo de la psicosis en la enfermedad de Parkinson.

**Metodología:** Se trata de una paciente de 62 años, diagnosticada de enfermedad de Parkinson, que acude a consulta por la reaparición de un cuadro psicótico tras abandonar la medicación antipsicótica (trifluoperazina 15 mg/día) por reagudización parkinsoniana. A la exploración, la paciente presenta inhibición psicomotriz con hipomimia, bradicinesia y rigidez moderada. Bradipsiquia con lenguaje no espontáneo, latencia en las respuestas aumentada y bloqueos del pensamiento. Ánimo eutímico, afecto restringido, elevada ansiedad secundaria a ideación delirante autorreferencial y de perjuicio y a alucinaciones auditivas. Pérdida de peso, insomnio de 1ª y 3ª fase.

**Resultados:** Se introduce quetiapina en pauta ascendente hasta 300 mg/día, produciéndose una respuesta parcial del cuadro psicótico. Posteriormente, se aumenta la quetiapina a 900 mg/día, se optimiza la medicación dopaminérgica (cabergolina) y se retira un fármaco anticolinérgico (tolterodina), produciéndose una respuesta total del cuadro con mínima repercusión motora y buena tolerancia farmacológica.

**Conclusiones:** En este caso se ha introducido la quetiapina, utilizada normalmente como fármaco de primera línea en la psicosis parkinsoniana, y se ha optimizado las dosis del agonista dopaminérgico.

## PO-758

### TRASTORNO ORGÁNICO DE LA CONDUCTA: REPERCUSIÓN E IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES

V. López De Lerma Borrue, O. Brotons, M. Hernandez, M.T. Orient y E. Martín

**Introducción:** Los trastornos orgánicos de la conducta constituyen un porcentaje significativo de los casos atendidos en las unidades de salud mental. Frecuentemente aparecen obstáculos para la asistencia de éstos. La identificación del problema, la petición de asistencia médica, su correcto diagnóstico y la aplicación de medidas terapéuticas dirigidas al paciente y a su entorno pueden constituir un arduo proceso. Los aspectos legales de estos trastornos merecen una especial consideración, dada la importancia de la determinación de la responsabilidad del paciente respecto a sus actos así como la toma de medidas adecuadas para asegurar el bienestar del paciente y su entorno.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es abordar las dificultades que pueden aparecer durante la atención a un paciente que presenta trastornos conductuales de origen orgánico.

**Metodología:** Se describe el caso clínico de un varón de 53 años remitido por conflictos familiares. La anamnesis y exploración revelan conductas desinhibidas sexuales, irritabilidad, episodios de heteroagresividad y anosognosia de estas alteraciones. Se relata el complicado proceso diagnóstico y terapéutico.

**Resultados:** Los trastornos de conducta de origen orgánico precisan de un acercamiento multidisciplinar, implicando a la familia del paciente, médico de familia, psiquiatra, psicólogo, especialistas en neurología u otros según la patología de base.

**Conclusiones:** Un adecuado abordaje de los trastornos orgánicos de conducta es difícil, posible y necesario. La obtención de una mejor calidad de vida para el paciente y familia y la previsión de futuras complicaciones médico-legales, justifican los esfuerzos.

## PO-763

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE CATATONIA MALIGNA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

E. Esteban Rodríguez, A. Mont Canela, L. Pereyra Grustán, G. Gómez Bernal, A. Reboreda Amoedo, C. Iglesias Echegoyen y D. Saa Sendra

**Introducción:** En psiquiatría, los cuadros clínicos que presentan encefalopatía, fiebre e hipertonia muscular plantean problemas de diagnóstico diferencial. Dado el riesgo vital que plantean estos



casos, conviene conocer sus características para comenzar lo antes posible el tratamiento adecuado.

**Objetivos:** Exponemos un caso de catatonía maligna, para reparar los cuadros clínicos que en psiquiatría presentan encefalopatía, fiebre e hipertonia muscular, y hacer el diagnóstico diferencial de la misma.

**Metodología:** Hacemos la revisión de la historia clínica de una paciente diagnosticada de catatonía maligna, cuya información es contrastada con la bibliografía médica para exponer las características principales de este cuadro. La paciente tiene 49 años, con antecedentes de esquizofrenia y está ingresada en la UCE de nuestro hospital por síntomas catatónicos y agitación. Se deriva a una planta médica por complicaciones físicas, donde permanece sin tratamiento neuroléptico por este motivo. En su estancia en ese servicio, desarrolla rigidez generalizada, inestabilidad autónoma y fiebre, y recibe el diagnóstico de catatonía maligna.

**Resultados:** El cuadro de catatonía maligna comienza a mejorar cuando se inicia tratamiento con TEC, consiguiendo finalmente la resolución completa.

**Conclusiones:** Ante una clínica de encefalopatía, fiebre e hipertonia, hay que hacer diagnóstico diferencial entre síndrome neuroléptico maligno, catatonía maligna, hipertermia maligna, distonía aguda, síndrome serotoninérgico, infección del sistema nervioso central e intoxicación por algunos fármacos. Respecto a la catatonía maligna, parece existir disminución de la actividad dopaminérgica, y como tratamiento de elección destaca la TEC. Algunos autores consideran que es una fase prodrómica del SNM. Es muy importante que el clínico piense en estas entidades clínicas, dado el riesgo vital que implican.

## PO-765

### PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Sanchis Marco

**Objetivos:** Pretendemos reflejar, con un caso clínico, las dificultades en el diagnóstico diferencial si tenemos en cuenta las peculiaridades culturales. Además, se describen las principales costumbres de la etnia gitana.

**Metodología:** Mujer de etnia gitana que acude por alteraciones sensorio-perceptivas, angustia e inquietud psicomotriz: "se ve muerta en un ataúd, serpientes, susurros...". Desorientación y confusión (se pierde por la calle...) Diagnosticada de Enfermedad de Crohn, con corticoterapia. Diagnóstico inicial: delirium. Diagnóstico diferencial: Trastorno mental orgánico; disociativo; psicótico; retraso mental, simulación...

**Resultados:** Características socio-culturales de la etnia gitana: Sus principales problemas son: educación, empleo y vivienda. Cultura etnocéntrica y endogámica: el mundo payo genera enfermedades y muerte. El matrimonio es una obligación; soltería y homosexualidad una transgresión que origina la expulsión del clan. Su máxima es la familia. El patriarca es el jefe, la mujer tiene un papel secundario... No creen en medicina occidental, sólo en situaciones extremas o fallo en sus prácticas tradicionales. El hospital es un lugar alienante (la identidad gitana se pierde) y el médico una figura ambigua en contacto con la muerte. La familia siempre acude como apoyo y supervisión. Las enfermedades diabólicas (enfermedades psiquiátricas) son curadas por Dios. La muerte es un elemento trascendental: hondo pesar, gritos y llantos. Gran respeto por sus difuntos, intervienen en la vida de los vivos protegiendo su moralidad.

**Conclusiones:** Las características socio-culturales inherentes a cada cultura pueden modificar sobremanera las manifestaciones clínicas de las distintas patologías y, por tanto es un factor a tener en cuenta a la hora de plantearnos el diagnóstico diferencial.

## PO-771

### "DE TAL PALO, TAL ASTILLA": UN TRASTORNO SOMATOMORFO INFANTIL, EN EL SENO DE UNA FAMILIA PATOLÓGICA

E. Esteban Rodríguez, A. Mont Canela, L. Pereyra Grustán, G. Gómez Bernal, A. Reboreda Amoedo y C. Fernández Milián

**Introducción:** El carácter multifactorial de la enfermedad psiquiátrica hace que sea difícil conocer en qué proporción influye cada agente. Entre éstos, existe el factor ambiental, siendo de gran influencia el entorno familiar, especialmente si nos referimos a la infancia.

**Objetivos:** Considerar, además de la biología, la influencia del factor ambiental familiar en el desarrollo de la psicopatología en la infancia.

**Metodología:** Exponemos un caso clínico de una niña de 9 años, que desde los 8 ha tenido varios ingresos en pediatría por la existencia dolor abdominal y/o de extremidades, en los que se ha descartado organicidad, siendo diagnosticada de trastorno somatomorfo indiferenciado. En la familia de la pequeña, llaman la atención una madre diagnosticada de fibromialgia y que ha tenido múltiples ingresos en psiquiatría por ideación autolítica (en contexto de trastorno de personalidad), discusiones entre los padres y rivalidad fraterna (hermano 4 años menor).

**Resultados:** Al comparar la cronología de la psicopatología de madre e hija, observamos que no coinciden en el tiempo, hallándose así, que los periodos de estabilidad en la niña se asocian con exacerbación en la clínica de la madre, y viceversa.

**Conclusiones:** En la infancia, la expresión de las emociones puede verse dificultada por el pensamiento concreto y la escasez de vocabulario, propios del incompleto desarrollo cognitivo a esa edad. Son por ello frecuentes los síntomas somatomorfos, aunque no podemos descartar coexistencia con mínimo de intencionalidad o de organicidad. En el caso expuesto, además hay un entorno familiar patológico. Especial interés tiene el papel de la enfermedad materna: La niña, por medio de la enfermedad, obtiene el beneficio de recuperar a una madre que ha estado funcionalmente ausente. Desde una perspectiva sistémica, la familia es un sistema que tiende al equilibrio. Si esta es patológica y hay un miembro enfermo (chivo expiatorio), al mejorar este, aparecerá la carga negativa de la familia expresada en otro. Esto podría explicar que no haya coincidencia temporal en los periodos de la enfermedad de la madre y la hija.

## PO-777

### LA MANÍA POSTRAUMÁTICA UNA REALIDAD CLÍNICA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

M.M. Serrano Cartón, M.C. Serrano Cartón y M. Serrano Vázquez

**Introducción:** El TCE es un proceso dinámico en su evolución, que hace que algunos problemas sean transitorios, otros fugaces, o tardíos. La incidencia de la manía alcanza cifras del 7% entre los trastornos psiquiátricos pos-TCE. El diagnóstico, se basa en los criterios DSM, teniendo una relación temporal la aparición del cuadro clínico con el trauma. Generalmente, prima lo anímico y lo conductual (ánimo expansivo, desinhibición, aumento de la actividad motora, locuacidad, agresividad, aumento de la libido). Se presenta con menor frecuencia lo cognitivo de grandeza.

**Objetivos:** El objetivo es presentar dos casos clínicos y comparar con las evidencias científicas publicadas de diagnóstico de cuadro maniaco secundario a un traumatismo.

**Metodología:** Exposición de casos clínicos y búsqueda bibliografía en Medline, revisión de revistas, textos, comunicaciones y pósters a congresos en lengua castellana y que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda bibliográfica informatizada.

**Resultados:** Se presentan dos casos clínicos de manía posttraumática, de expresiones plásticas distintas, haciendo un breve resumen

comparativo con lo que hoy se conoce sobre dicha presentación, y pronóstico. Comprobando la asociación entre TCE y cuadro maniaco secundario.

**Conclusiones:** Es muy difícil establecer una relación causa-efecto directa entre el TCE y el trastorno psiquiátrico. Esto no sucede con las alteraciones cognitivas, donde la relación lesión-déficit está bien documentada. Puede actuar como desencadenante o facilitador de la expresión de otras vulnerabilidades relacionadas con los trastornos psiquiátricos, o combinarse las secuelas psicosociales, las variables de personalidad y otros factores aún no bien establecidos con los efectos cerebrales del TCE para generar los trastornos psiquiátricos.

#### PO-779

### PSICOSIS PUERPERAL: ASPECTOS CLÍNICOS Y ASISTENCIALES A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

M.C. Serrano Cartón, M.M. Serrano Cartón y M. Serrano Vázquez

**Introducción:** Aunque el embarazo se ha considerado tradicionalmente un periodo de relativo “bienestar” psíquico, sin embargo el puerperio es un periodo de especial incidencia de aparición de patología psíquica. Las cifras de riesgo para desarrollar un trastorno psiquiátrico durante el embarazo, de 7,1 por 100.000 anualmente, frente a 40,3 por 100.000 en el periodo postparto, claramente más elevadas, incluso, que las de la población general (35,1 por 100.000).

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es presentar cuatro casos clínicos y efectuar una revisión en torno a las psicosis puerperales

**Metodología:** Se expone un caso clínico de psicosis puerperal y se reseñan una serie de aspectos que nos han parecido relevantes al consultar la literatura reciente acerca de las psicosis puerperales utilizando el sistema Medline, revisión bibliográfica de revistas, textos, comunicaciones y pósters a congresos en lengua castellana y que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda bibliográfica informatizada

**Resultados:** Se presentan cuatro casos clínicos con psicosis puerperales, de expresiones plásticas distintas, en donde predominan en unas lo afectivo, en otras lo paranoico y en otras lo neurótico, haciendo un breve resumen comparativo con lo que hoy se conoce sobre dicha patología, etiopatogenia y pronóstico.

**Conclusiones:** Dentro de la patología psiquiátrica del puerperio, la psicosis puerperal es una de las más graves y que mayor carga asistencial y de cuidados va a conllevar, engloba una serie de aspectos clínico-asistenciales que debemos conocer y tener en cuenta: diagnóstico, curso posterior, y modelos de enfermedad, así como el núcleo familiar en el que aparece dicho cuadro.

#### PO-782

### LA DEPRESIÓN Y EL SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M.M. Serrano Cartón, M.C. Serrano Cartón y M. Serrano Vázquez

**Introducción:** Cotard describe el delirio que lleva su nombre (1878), de negación relacionándolo con el delirio hipocondríaco de Baillarger (1860).

**Objetivos:** Cotard dio el nombre de delirio de negación o nihilista porque los pacientes niegan su propia existencia o la existencia del mundo, y generalmente se presentaba asociado a la melancolía.

**Metodología:** Se expone tres casos clínicos que presentan sintomatología delirante Cotard en cuadros melancólicos y se reseñan los aspectos que nos han parecido relevantes al consultar la literatura reciente

**Resultados:** Tres mujeres con 40, 37 y 72 años diagnosticadas de trastorno depresivo mayor psicótico congruente, donde el delirio se expresa de forma diferente, el primero presenta junto a un delirio

de negación-nihilista otro de de enormidad, relata sensación de que su “cerebro está vacío”, que no tiene nada y que se comunica a través de la garganta”. Dice que así no puede morir nunca, y esto le provoca pánico, gran angustia. El segundo presenta gran aislamiento, niega partes de su cuerpo y su entorno, dice de sí misma que “es una mierda que no puede defecar ni comer siente que no tiene ningún órgano y que está vacía por dentro” La tercera dice que “la boca se le deshace y no pude comer, que no siente la cabeza del cuerpo y esta se le cae, tiene el esófago desecado y se está destruyendo y siente que se le descuelga la garganta”.

**Conclusiones:** El interés de estos casos radica, en lo poco frecuente de este tipo de presentaciones del Cotard y a la depresión mayor dentro de las posibilidades diagnósticas que más comúnmente se relacionan (trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos orgánicos, depresión mayor).

#### PO-784

### SI NO OIGO, ¿DELIRO? A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Moreno De Miguel, M. Domato Lluch y B. Tarjuelo Amor

**Introducción:** Mujer de 81 años, con hipoacusia severa, derivada por médico de Atención Primaria por descontrol emocional e ideación delirante, sin antecedentes psiquiátricos previos y habiéndose descartado organicidad (sospecha de crisis comiciales).

**Objetivos:** Estudio de la relación en la aparición y desarrollo de síntomas delirantes en ancianos en el contexto de déficit sensorial auditivo.

**Metodología:** Revisión bibliográfica en la Librería Cochrane y en el Medline en los últimos 5 años. Revisión histórica de la asociación entre desafrentación sensorial y social e ideación delirante.

**Resultados:** -La pérdida de audición conlleva a la desestructuración de las relaciones del sujeto con el mundo. La persona se vuelve más desconfiada, irritable e interpretativa, lo que puede llevar en ocasiones a desarrollar un delirio de tipo paranoico. -La sordera en su relación con los trastornos delirantes de la senectud puede ser entendida como un factor que se añade a otros que propicia el aislamiento social, como son los Trastornos de la Personalidad. -La aceptación de la sordera y el apoyo de otros métodos de comunicación (aparato auditivo, lenguaje de signos, lectura labial) implica menor patología psiquiátrica y mayor aceptación del déficit sensorial.

**Conclusiones:** En el estudio de la desafrentación sensorial y social en los trastornos paranoides del anciano, las conclusiones son: -Presencia de una personalidad cuyos rasgos característicos propiciaron a lo largo de su vida una actitud de retraimiento y aislamiento. -La desafrentación sensorial, sobre todo la auditiva, genera una alteración marcada de la comunicación en las relaciones interpersonales, de por sí deficientes por los problemas de personalidad. Como resultado: un aislamiento cada vez mayor y una desafrentación social que conducen a la construcción de un mundo propio, alejado de la realidad, sentándose así las bases del futuro mundo psicótico del delirante.

#### PO-785

### LA PSICOSIS CICLOIDE UNA ENTIDAD EXISTENTE. A PROPÓSITO DE TRES CASOS CLÍNICOS

M.M. Serrano Cartón, M.C. Serrano Cartón y M. Serrano Vázquez

**Introducción:** Cuadro de características, fluctuante, brusco y breve, con la restitución ad integrum.

**Objetivos:** Este cuadro no permite, en muchas ocasiones un diagnóstico positivo o de certeza, al menos, hasta el segundo o tercer episodio. Y hace que no pensemos en esta entidad clínica.

**Metodología:** Se estudian cuatro casos clínicos, sus características fenomenológicas, la expresión plástica, el momento en que se efectúa la sospecha diagnóstica y la respuesta al tratamiento y se reseñan una serie de aspectos que nos han parecido relevantes al consultar la literatura reciente utilizando

el sistema Medline, revisión bibliográfica de revistas, textos, comunicaciones y pósters a congresos en lengua castellana y que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda bibliográfica informatizada.

**Resultados:** Cuatro casos, tres varones y una mujer de 30 a 40 años de edad, en todos ellos la sospecha diagnóstica se efectúa, al segundo episodio y la confirmación al tercero. La expresión plástica es variada, en uno de ellos presenta crisis de mutismo, negativismo seguidos de euforia y expansividad, otro de ellos con movimientos repetitivos y posturas forzadas, y el resto junto a esta sintomatología otras de extirpe psicótica diversa. Todos ellos, de 3-4 días de duración con buena respuesta al tratamiento

**Conclusiones:** En todos ellos el inicio parte con trastornos en la esfera de la dormición, con insomnio pertinaz, existiendo una correlación muy grande con este hecho, lo que vendría a corresponder con la teoría de que la sintomatología pudiera ser la irrupción de la fase MOR en estado de vigilia.

#### PO-786

### LA DISMORFOFOBIA DE MORSELLI, UBICACIÓN NOSOLÓGICA Y PRONÓSTICO. ANÁLISIS DE DOS CASOS

M.C. Serrano Cartón, M.M. Serrano Cartón y M. Serrano Vázquez

**Introducción:** El término “dismorfofobia” se atribuye a Morselli, siglo XIX, y tiene origen en un neologismo creado por él a partir de la palabra de origen griego “dysmorphia”.

**Objetivos:** Realizamos una remisión sobre aspectos conceptuales y nosológicos, haciendo hincapié en su consideración como síntoma o enfermedad y su clasificación entre las psicosis y la neurosis

**Metodología:** A partir de dos casos clínicos ingresados en nuestra Unidad, realizamos una descripción psicopatológica y hacemos una revisión bibliográfica sobre la dismorfofobia, discutiendo el diagnóstico diferencial, los tratamientos utilizados y su evolución

**Resultados:** Se presentan dos casos clínicos, de 30 y 17 años, de 8 y un año de evolución que presentan un trastorno dismorfofóbico en cuya naturaleza se distinguen diferencias, en uno rasgos psicóticos y delirantes en otro neurótico y con ideas sobrevaloradas de tipo dismorfofóbico, en el primero predomina los rasgos de personalidad pituiticos mientras en el segundo es fundamentalmente anancástico, en uno con múltiples operaciones y en otro en trámite para la misma, en uno con entorno consentido y poco colaborador, mientras que el segundo existe más conciencia de enfermedad, del problema y la situación a pesar de su menor tiempo de evolución. Los dos cuadros son invalidantes. Presentan disparidad en la respuesta al tratamiento psicofármaco lógico con ISRS y antipsicóticos atípicos.

**Conclusiones:** Frente a un paciente con quejas de tipo dismorfofóbico resulta importante un adecuado diagnóstico diferencial, ya que este condiciona el tratamiento y el pronóstico. La personalidad previa y el entorno familiar, es un condicionante importante en el curso de la evolución del trastorno

#### PO-790

### ESQUIZOFRENIA VERSUS AGORAFOBIA, EL RETO DE UN DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.C. Serrano Cartón, M.M. Serrano Cartón y M. Serrano Vázquez

**Introducción:** La comorbilidad entre depresión y agorafobia varía entre el 20% al 40%.

**Objetivos:** Presentar la dificultad diagnóstica en algunos casos de agorafobia ante la disociación de las conductas reseñadas así como los informes acompañantes.

**Metodología:** Se presenta dos casos clínicos avalado por informes de especialistas en psiquiatría de tratarse de un cuadro esquizofrénico de dos años de evolución uno y otro de cuatro años, tras la primera valoración en urgencias se confirma el diagnóstico y se ingresa en unidad de agudos para estudio y valoración.

**Resultados:** Joven de 21 años, con rasgos ansiosos, aprensivos y temeroso por su salud física, que tras situación estresante continuada, laboral y relacional concomitante con debilidad y malestar físico por dolencia orgánica no detestada (varicocele), inicia cuadro de gran preocupación por su salud, con temores fóbicos diversos, crisis de pánico que desembocan con un cambio profundo de hábitos y costumbres aislándose durante dos años en su habitación y abandonando todo tipo de relación con conductas que son valoradas de extrañas Joven de 29 años sin antecedentes que durante cuatro años tiene un cambio radical de sus costumbres y hábitos, con abandono de sus cuidados personales, de forma llamativa, relacional, dietética y nutritiva, que desembocan en estado desnutricional alarmante con conductas extrañas y bizarras que se acompaña de absoluto aislamiento de su entorno más inmediato.

**Conclusiones:** Se efectúan los diagnósticos diferenciales, tras estudio de su patobiografía, sintomatología y evolución concluyendo se trata de agorafobia comórbida con cuadro depresivo. Con resolución satisfactoria tras realizar un programa de tratamiento de exposición gradual.

#### PO-791

### DE KRETSCHMER AL MOBBING

E. Bobadilla Pérez, R. González Martínez, M.J. Ávila González, S. González Bardanca, C. Vázquez Ventoso y E. Fontela Vivanco

**Introducción:** En 1918 Ernst Kretschmer describe el delirio sensitivo de referencia como “un desarrollo paranoide sobre la base de una personalidad sensitiva, a raíz de un acontecimiento vital determinado, que incluye un contenido autorreferencial, expresado desde la indefensión y sin combatividad, unido a clínica ansioso-depresiva”. Este psiquiatra y neurólogo alemán defendía la doctrina psicológica del delirio, relacionándolos con la estructura de personalidad y la historia biográfica. El mobbing (acoso, hostigamiento) es un motivo de demanda creciente en las consultas de psiquiatría, es definido como un comportamiento negativo entre compañeros de trabajo, por el cual el afectado es objeto de acoso y ataques sistemáticos, de forma directa o indirecta, durante mucho tiempo, por parte de una o más personas con el objeto de inducirle al abandono. Algunos casos de mobbing pudieran corresponder al cuadro clínico descrito por Kretschmer.

**Objetivos:** Revisar diagnósticos de la psicopatología clásica y compararlos con los epígrafes de los actuales manuales diagnósticos. Cuestionarnos los nuevos motivos de consulta en las USM. Reflexionar sobre diferentes cuadros clínicos que pueden subyacer bajo la etiqueta de mobbing.

**Metodología:** Basándonos en un caso clínico del que realizamos un análisis descriptivo, revisamos las fuentes archivísticas y bibliográficas. Se parte para el estudio del caso clínico de una paciente de 42 años, soltera, que vive sola, con escasas relaciones sociales, remitida por su médico de atención primaria por “mobbing”. De carácter “temerosa, insegura, introvertida y sensible”. Refería clínica depresiva de varios meses de evolución en relación con una situación de acoso y humillación constante por parte de sus compañeros de trabajo. Tres años antes había consultado por un motivo similar.

**Resultados:** En la exploración psicopatológica predominaba el afecto depresivo, la angustia y la suspicacia, presentando ideación paranoide (difícil de evaluar como delirante o sobrevalorada). Pudiera corresponder a una personalidad sensitiva de Kretschmer (tímida, sensible, ansiosa, hiperestesia en los contactos sociales, frustrada). Instauramos un tratamiento combinado farmacológico (antidepresivos y antipsicóticos a bajas dosis) y psicoterapéutico, presentando una evolución favorable.

**Conclusiones:** Este caso puede encuadrarse en un delirio sensitivo de referencia. La Personalidad Sensitiva de Kretschmer pudiera

corresponde a los actuales Tr. de la personalidad por evitación o bien a Tr. paranoide de la personalidad. Tras el término de mobbing pueden esconderse diferentes trastornos psiquiátricos.

#### PO-793

##### DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

L. Donaire Adanez, F.J. González Díaz, A. Zafra Villena, L.M. García Santos, M.T. Pérez Castellano y A.D. Hidalgo Borreguero

**Introducción:** El delirio sensitivo de referencia forma parte de un síndrome clínico olvidado en categorías actuales, aunque presente en la clínica diaria. Las categorías actuales sólo nos permiten clasificarlos dentro trastornos paranoides de base caracteriopático o dentro de los trastornos delirantes crónicos, por lo que esta entidad clínica no tiene una ubicación clara actualmente.

**Objetivos:** Se trata de evaluar la presencia de clínica paranoide fuera de las clasificaciones vigentes.

**Metodología:** Se realiza la exposición de un caso clínico y análisis de la bibliografía existente sobre el tema.

**Resultados:** Se trata de un paciente con clínica referencial sensitiva a raíz de ideas delirantes que surgen como desarrollo de un episodio de contenido sexual. El paciente sufre dos episodios autolimitados en el tiempo durante un seguimiento de dos años en el que se analizan las características clínicas del caso.

**Conclusiones:** Kretschmer publicó en 1918 el delirio sensitivo de referencia donde hace un análisis exhaustivo de la clínica paranoide-sensitiva. Esta clínica está íntimamente relacionada con una estructura de la personalidad que podría predisponer a dicho delirio. Gaupp describe en el exhaustivo análisis de "El Caso Wagner" como la clínica surge a raíz de ideación sobrevalorada en torno a acontecimientos de índole sexual, al igual que en nuestro caso clínico. Otorgamos a dicho síndrome, una importancia relevante a pesar de desaparecer su fenomenología en las clasificaciones actuales

#### PO-794

##### CATATONIA: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

L. Donaire Adanez, F.J. González Díaz, M.B. Manzano Balsera, C. González Navajas, M.T. Pérez Castellano, C.N. Lezcano González, A.D. Hidalgo Borreguero y J.C. León Cuya

**Introducción:** La desintegración de las funciones psicomotoras forma parte del análisis clínico para intentar alcanzar una comprensión total del estado morbosos. En ningún caso podemos separar la vida psíquica de los actos. Los trastornos psicomotores de la catatonía, son expresión de una desestructuración de la conciencia y que clásicamente se han asociado a formas psicóticas graves.

**Objetivos:** Se trata de evaluar la presentación de la clínica catatónica que ha cambiado a lo largo de los últimos años por el mejor despistaje de las catatonías orgánicas.

**Metodología:** Se realiza el análisis de un caso clínico en nuestro servicio y se hace una revisión de casos publicados.

**Resultados:** La paciente es atendida en el Servicio de psiquiatría por clínica psicótica de tipo referencial, sin manifestaciones de primer rango, apareciendo clínica catatoniforme atípica. Aunque el cuadro que nos atañe hoy lo hemos calificado como cuadro psicótico, las manifestaciones psicomotoras no son las características de los fenómenos semiautomáticos de los cuadros psicóticos.

**Conclusiones:** Actualmente esta manifestación en los cuadros psicóticos es minoritaria debido al mejor despistaje de catatonías orgánicas; por ello no debemos desestimar dichas manifestaciones en otro tipo de cuadros como trastornos afectivos de orden psicótico como la melancolía estúpida o trastornos neuróticos cercanos a la histeria clásica como en el caso de los síndromes funcionales.

#### PO-797

##### EL SUPERVIVIENTE DE CÁNCER. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Domato Lluch, R. Moreno De Miguel, B. Tarjuelo Amor, G. Gómez-Zurita López, C. Garabito Cociña y B. Posada García

**Introducción:** Mujer de 30 años que acude a Consultas Externas de Psiquiatría del Hospital General derivada desde las consultas de Hematología para valoración de un cuadro ansioso-depresivo, con antecedente de Linfoma No Hodgkin hace 5 años.

**Objetivos:** Estudiar la influencia que tiene en las diferentes áreas de funcionamiento de una persona (ámbito familiar, social, laboral, psíquico y físico) el haber padecido y sobrevivido a un diagnóstico de cáncer, enfermedad potencialmente letal.

**Metodología:** Revisiones bibliográficas en PubMed y literatura relacionada con Psiquiatría de Enlace (Psicooncología).

**Resultados:** Describir la adaptación psicológica, laboral, social y física de las personas que han padecido un cáncer. Las reacciones psicológicas y trastornos psiquiátricos que parecen desarrollarse con mayor frecuencia incluyen síntomas de estrés postraumático, temor a la recidiva, alteración en la imagen corporal y trastornos del estado de ánimo. Además de estas reacciones adversas, en ocasiones se pueden describir consecuencias positivas, tales como desarrollo de valores más altruistas, mayor sensación de resistencia personal, maduración personal y mayor apreciación de la vida...

**Conclusiones:** La intervención psicológica mediante una psicoterapia adaptada a las necesidades del paciente, en una fase temprana del diagnóstico de cáncer, conlleva una mayor adaptación a la enfermedad, permitiendo disfrutar de una mayor calidad de vida y mejor pronóstico clínico.

#### PO-800

##### VARENICLINA Y CLÍNICA MANIFORME

C. Vázquez Ventoso, A. Souto Alonso, R. González Martínez, S. González Bardanca, E. Fontela Vivanco, M.J. Ávila González, J.R. Silveira Rodríguez y D. Miguel Arias

**Introducción:** En el presente trabajo se describe un caso de un paciente sin antecedentes psiquiátricos que presenta clínica maniforme al iniciar tratamiento con vareniclina. La vareniclina es un fármaco indicado en adultos para la deshabitación tabáquica, Compite con la nicotina por los receptores alfa4beta2, sobre los que ejerce una actividad agonista parcial, con mayor afinidad. Suele prescribirse durante 12-24 semanas. La deshabitación tabáquica se ha asociado con la exacerbación de patologías psiquiátricas. Los pacientes con patología psiquiátrica se han excluido de los ensayos clínicos, y en ficha técnica refleja que los pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica deben ser tratados con precaución (modificado por la EMEA a finales de 2007). Existe una advertencia de la FDA en la que "en varios casos muestran la aparición de comportamiento depresivo, ideas suicidas y cambios en las emociones y el comportamiento, entre los días y las semanas posteriores a comenzar la terapia".

**Objetivos:** Se describe un caso de un paciente sin antecedentes psiquiátricos que presenta clínica maniforme al iniciar tratamiento con vareniclina.

**Metodología:** Se describe un caso de un paciente sin antecedentes psiquiátricos que presenta clínica maniforme al iniciar tratamiento con vareniclina y se realiza revisión bibliográfica.

**Resultados:** En la bibliografía consultada está descrita la notificación en Canadá de 107 reacciones adversas en un periodo de Abril a Noviembre de 2007, y notificados dos descompensaciones afectivas en pacientes con trastorno bipolar previo y una descompensación psicótica en paciente con diagnóstico de esquizofrenia. En este trabajo se describe un caso de aparición de clínica maniforme (euforia, irritabilidad, desinhibición, insomnio pertinaz...) tras iniciar tratamiento con vareniclina y que cesa tras la supresión del mismo y la prescripción de clonacepam y risperidona.

**Conclusiones:** Se describe un caso de aparición de clínica maniforme tras iniciar tratamiento con vareniclina en un paciente sin antecedentes psiquiátricos previos.

Se precisan más estudios acerca de la seguridad de este fármaco en pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica. En el tratamiento de deshabituación tabáquica en pacientes con antecedentes psiquiátricos conocidos podría ser más aconsejable el uso de derivados nicotínicos.

## PO-803

### LA EVOLUCIÓN DEL APEGO DESORGANIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Tarjuelo Amor, R. Moreno De Miguel, M. Domato Lluch, C. Garabito Cociña, M. León Velasco y E. García Martín de la Fuente

**Introducción:** Mujer de 18 años derivada a CSM por su Médico de Atención Primaria para valoración de un trastorno depresivo con auto/heteroagresividad y consumo de tóxicos. Antecedentes de tratamiento en Salud Mental desde los 11 años y familiares de enolismo crónico.

**Objetivos:** Estudio de la estrecha relación entre un apego desorganizado desde la infancia y la aparición de síntomas psiquiátricos en el niño y posteriormente en la vida adulta.

**Metodología:** Revisión bibliográfica en Medline y en la literatura existente acerca de la Teoría del Apego y sus patologías.

**Resultados:** Es frecuente que el apego desorganizado vaya asociado con factores familiares de riesgo como malos tratos, depresión mayor o Trastorno Bipolar e ingesta de alcohol u otras drogas en las figuras de apego. El apego desorganizado parece ser un factor general de riesgo que favorece la conducta desadaptada. Las dificultades de apego pueden crear problemas en la regulación del afecto y en las habilidades cognitivas sociales, las cuales están alteradas en grupos con problemas de conducta.

**Conclusiones:** La relación más probable entre el apego desorganizado o inseguro y estados posteriores patológicos o de mala adaptación, se debe a una combinación de factores de riesgo, aunque ninguno por sí solo da lugar a repercusiones clínicas, pero si se suman pueden aumentar el riesgo. El apego inseguro puede combinarse con adversidades familiares o sociales, capacidades parentales pobres, o características atípicas del niño que eleven significativamente el riesgo de un Trastorno de Conducta. Hay evidencias de que existe una correlación estrecha entre apego desorganizado y patologías severas, como Trastorno Límite de la Personalidad.

## PO-810

### PSICOINMUNOLOGÍA

N. Naranjo Castro

**Introducción:** La psicoimmunología es el campo que relaciona las alteraciones inmunológicas con los procesos mentales.

**Objetivos:** Descripción de la evolución de un paciente como ejemplo de la necesidad del seguimiento longitudinal y de la importancia de descartar organicidad.

**Metodología:** Seguimiento del paciente durante 7 años y Pruebas Complementarias.

**Resultados:** Varón de 4 años que presenta T. conductual y mácula hipocrómica facial. No AP ni AF de interés. En la evolución a largo plazo: EEG, Estudio metabólico, tiroideo, cariotipo, X frágil, PEATC y RM cbral: N. CI: 76. Se diagnosticó de: Trastorno Inespecífico del Comportamiento, Capacidad Intelectual Límite, Trastorno Explosivo Intermitente y Retraso Escolar. Precisó tto. con risperidona (2 mg/día) y topiramato (200 mg/día). Con 10 años y 8 meses: tics vocales-motores, coprolalia y movimientos hemibalísmicos, dudosa ecolalia, vitiligo extendido a 2/3 corporales y reciente aparición de placas de psoriasis. Se suspende el tto. farmacológico y se observa que los síntomas, tras 3 meses, aumentan y alternan. Estudio analítico de autoinmunidad: proteína C reactiva, factor reumatoideo, inmunoglobulinas A,G,M y se-

rología hepática: N. Ac. Antiestreptolisina (ASLO): 303 UI/ml (0-200), Ac. Antinucleares (ANAs): "presentes, nucleolares, título 1/160"(1/40). A posteriori: hermana, 19 años, esclerosis múltiple.

**Conclusiones:** Para diagnosticar un Trastorno de Tics Transitorios o un Síndrome de Gilles de la Tourette, han de descartarse causa farmacológica (tratamiento suspendido) y enfermedad médica, para lo que ha de hacerse estudio de autoinmunidad, más aún si se sospecha su existencia (vitiligo y psoriasis). Dados estos resultados, no se cumplen los criterios para un diagnóstico psiquiátrico.

## PO-816

### AUTOMUTILACIÓN POR CASTRACIÓN EN ESQUIZOFRENIA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CASTRACIÓN

M.C. Serrano Cartón, M.M. Serrano Cartón, M. Serrano Vázquez y M. González Santos

**Introducción:** Los pacientes esquizofrénicos pueden manifestar automutilaciones, entendida ésta como la destrucción deliberada de sus propios tejidos corporales sin la intención de suicidarse.

**Objetivos:** Las más frecuentes son la castración, amputación de dedo, cortarse una oreja o enuclearse un ojo. Interesa conocer el significado psicopatológico de este acto.

**Metodología:** Presentamos un caso de automutilación por castración de un paciente esquizofrénico y revisamos los casos descritos en la literatura.

**Resultados:** Paciente 17 años que manifiesta de forma lenta e insidiosa, cambios en su vida habitual, dedicándose sólo al deporte de la bicicleta de una forma impulsiva, solitaria y monotemática, al mismo tiempo siente cambios en su cuerpo, respira mal, intuye que puede deberse a los cambios de la pubertad, al semen, cuando eyacula nota que a la mañana siguiente no respira, requiere a la familia para que le lleven al urólogo, llegando a la deducción de que deben extirparle los testículos para poder respirar mejor. Simultáneamente, comienza con lecturas de la Biblia e incrementa sus prácticas religiosas. Hace alusiones "al proceso de la carne" y al "aspecto asexuado de los ángeles", "si eres niño respiras mejor", "Ante el fracaso en una competición ciclista en la que sólo efectuó 24 km sobre 75 km, le lleva a un estado de excitación y frustración que desemboca en automutilación del escroto izquierdo con una tijera.

**Conclusiones:** Aunque se trata de un fenómeno poco frecuente, la automutilación parece asociada a los procesos esquizofrénicos. Existen varias estrategias terapéuticas, el aumento de la serotonina en el cerebro son sumamente eficaces.

## PO-817

### SÍNDROME DE CHARLES BONNET. A PROPOSITO DE UN CASO

M.M. Serrano Cartón, M.C. Serrano Cartón, M. Serrano Vázquez y M. González Santos

**Introducción:** La presencia de alucinaciones visuales coloreadas y bien organizadas con buen nivel de conciencia y reconocimiento de la irrealidad de los episodios debe hacer sospechar en este síndrome

**Objetivos:** Presentar un caso clínico y efectuar una revisión bibliográfica y conceptual del síndrome. Búsqueda bibliográfica en Medline, revisión de revistas, textos, comunicaciones y pósteres a congresos en lengua castellana y que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda bibliográfica informatizada.

**Metodología:** Se presenta un caso clínico con alucinosis visuales en un paciente de 81 años con disminución de la agudeza visual y hacemos una breve revisión de la literatura sobre este síndrome y sus controversias.

**Resultados:** Describimos un caso de una mujer de 81 años, con deficiencia visual moderada por posible catarata incipiente, "ve algo borrosa", sin trastornos psicopatológicos previos, ni

antecedentes de trastornos psicopatológicos previos, ni antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico conocidos y deterioro cognitivo leve-moderado que cumple las características epidemiológicas más sustentadas en la literatura. Describe que ve a personas, que las compara con niñas pequeñas y las ubica en el espacio externo, con gran definición y colorido. La complejidad del cuadro es mayor en los últimos días y ve escenas con mayor número de personas, así como escenas pictóricas, rústicas y rurales acompañantes.

**Conclusiones:** El cuadro clínico expuesto se ubica en la concepción clásica y ortodoxa del síndrome de Charles Bonnet, cumpliendo todos los criterios esenciales, en cuanto a la naturaleza de la alucinosis y la realidad crítica del mismo, así como las características epidemiológicas acompañantes.

## PO-818

### LO ESQUIZO-OBSESIVO O EL ESPECTRO DEL TOC. ANÁLISIS DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

M.M. Serrano Cartón, M.C. Serrano Cartón, M. Serrano Vázquez y M. González Santos

**Introducción:** La presencia de síntomas psicóticos en el TOC y de síntomas obsesivos en algunas de las esquizofrenias dificulta la ubicación nosológica de estos cuadros.

**Objetivos:** El objetivo es presentar cuatro casos clínicos y comparar con las evidencias científicas publicadas de diagnóstico de cuadros de TOC con sintomatología psicótica. Realizamos una revisión sobre aspectos conceptuales y nosológicos, haciendo hincapié en su consideración como síntoma o enfermedad y su clasificación entre las psicosis o los trastornos de ansiedad.

**Metodología:** A partir de casos clínicos ingresados en nuestra Unidad, realizamos una descripción psicopatológica de cuatro casos, donde el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia es fundamental, habiendo momentos de gran similitud, no sólo por los síntomas acompañantes sino por los contenidos de lo obsesivo. Hacemos una revisión bibliográfica sobre estos aspectos.

**Resultados:** Presentamos cuatro casos clínicos, en uno de ellos debuta con sintomatología esquizofreniforme patente y evoluciona a cuadro de conductas repetitivas incoercibles, egodistónicas y con conciencia de su sentido absurdo, al que se le añaden tics faciales; otro con una gran riqueza obsesiva en el que aparecen fenómenos de contenidos referenciales y paranoídes, de naturaleza obsesiva; con otros dos, donde lo psicótico es acompañante de lo obsesivo (esquizo-obsesivo).

**Conclusiones:** Son varias las presentaciones clínicas de lo obsesivo con lo psicótico, desde sintomatología acompañante hasta pura expresión de una idea o pensamiento obsesivo. Y aunque a menudo la distinción entre obsesiones y delirios es poco clara, la evidencia clínica sugiere que los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrénica representa algo más que la expresión de un psicosis perdurable.

## PO-827

### SÍNDROME DE ULISES Y TERAPIA DE FAMILIA

S. González-Coloma De la Mota, R. Pérez Asenjo, J. Gómez de Tojeiro Roce y E. Albaladejo Gutiérrez

**Introducción:** El Síndrome de Ulises, también conocido como síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple, es definido por el Dr. Achotegui, como una situación de estrés límite, con cuatro factores vinculantes: la soledad, un sentimiento interno de fracaso, miedo y sentimiento de lucha por sobrevivir. Es difícil determinar la prevalencia del Síndrome de Ulises, pero es previsible que aumente pues cada día atendemos a más inmigrantes y las condiciones en las que viven no están mejorando. Además de las medidas sociales, que consideramos básicas en la para la prevención, existen pocos trabajos que aborden su tratamiento.

Dado el origen fundamentalmente social-relacional creemos que las aportaciones de la Terapia de Familia pueden ayudar mucho a dar luz sobre este asunto.

**Objetivos:** Recoger las últimas aportaciones de la Terapia de Familia para el tratamiento del síndrome del emigrante con Estrés Crónico y múltiple (Sd. de Ulises). A propósito de un caso atendido en UHB de nuestro centro.

**Metodología:** Mujer de 34 años de edad, ecuatoriana, en España desde hace 2 años, separada dos veces, madre de 3 hijos. Ingresó por gestos autolesivos repetidos sin crítica ni posibilidad de contención familiar. Desde hace dos meses se queja de fuertes cefaleas occipitales, palpitaciones y dolores. Varias visitas a urgencias y pese a múltiples derivaciones no ha acudido a su CSM. Durante el ingreso, se inicia terapia para facilitar elaboración de duelo, resolución de problemas y varias entrevistas con la familia, en las que se marcan límites y se refuerza su rol parental. A propósito de este caso realizamos una revisión sistemática de la literatura en MedLine, revistas y libros especializados.

**Resultados:** La migración implica un proceso de duelo por aquello que se ha dejado atrás (la familia, las costumbres, el país...), complicado por la falta de la "red social" y por la frecuente situación "pérdida ambigua". También afecta a la familia de los países de origen, formando "familias transnacionales". El inmigrante desarrolla una serie de "rituales espontáneos" como intento de adaptarse (de conexión, de recreación, de memoria y tradicionales) aunque muchas veces son insuficientes. Por eso desde la terapia de Familia (C. Falicov) propone la co-creación de "rituales terapéuticos" que ayuden a elaborar el duelo previniendo la aparición del Sd. de Ulises.

**Conclusiones:** El reconocimiento y tratamiento del Sd. de Ulises puede prevenir consecuencias negativas para el individuo y su contexto relacional a corto y largo plazo. La terapia de familia tiene un papel fundamental para determinados pacientes.

## PO-844

### FUGA DISOCIATIVA DIFERIDA TRAS TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Tatay Manteiga, L. Laguna Sopena, M. Lloret Díez-Canseco, T. Merino Magán, V. Balanzá Martínez y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** Desde finales del siglo XIX, los clínicos han observado que individuos que han vivido situaciones traumáticas, a menudo presentan síntomas disociativos como amnesias o fugas. La disociación es un proceso autodefensivo por el cual el individuo desarrolla la capacidad de separar de su conciencia el dolor psíquico producido por el trauma.

**Objetivos:** Poner de relieve la asociación entre el Trastorno por Estrés Post-traumático (TPET) y los trastornos disociativos a largo plazo mediante el estudio de un caso único.

**Metodología:** Varón de 49 años que fue diagnosticado hace 10 años de TEPT, tras presenciar un accidente laboral de gran envergadura en un puerto, donde vio calcinados a varios compañeros de trabajo y ayudó a los bomberos en el rescate de otras personas. La sintomatología, que requirió tratamiento antidepressivo y psicoterapia, remitió al cabo de un año. Sin embargo, en el último año, ha presentado dos episodios de amnesia disociativa de 3 días de duración cada uno, estudiados por Neurología, y un episodio de fuga disociativa de 10 días de duración, que requirió ingreso en Psiquiatría.

**Resultados:** A pesar de que el paciente ha estado asintomático durante casi una década, es destacable que haya presentado 3 episodios disociativos en un corto periodo de tiempo. De ellos, el de fuga disociativa, tuvo una duración relativamente larga y resulta interesante por su escasa prevalencia en la población general.

**Conclusiones:** Este caso permite observar que los trastornos disociativos estarían relacionados con el trauma psíquico, ya no sólo en el periodo inmediato o cercano al trauma, sino también a largo plazo.

PO-861

**SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES. A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA**

S. Arques Egea, I. García Miralles, C. Iranzo Tatay, J. Castello Gascó, I. Martín Martín, V. Saiz Alarcón, R. Bellot Arcis, I. Díaz Fernández-Alonso y F. Arnau Peiró

**Introducción:** El Síndrome de Münchhausen, es un problema psiquiátrico que consiste en la simulación o creación artificial de signos o síntomas de una enfermedad, constituyendo una forma de automutilación. La forma infantil se conoce con el nombre de "Münchhausen por Poderes o por Delegación": quien atiende al niño, generalmente la madre, inventa y/o produce síntomas o enfermedades que ocasionan numerosas exploraciones, hospitalizaciones múltiples y/o prolongadas que maltratan al niño y pueden generar terribles secuelas, e incluso la muerte.

**Objetivos:** Presentar el caso de 2 hermanos que, a lo largo de su infancia han frecuentado de un modo alarmante, siempre de la mano de su madre, los recursos sanitarios de su área de residencia (Urgencias hospitalarias, Consultas externas de diversas especialidades, Áreas de hospitalización, etc.), habiendo sido sometidos a numerosas exploraciones médicas y recibido muy diversos tratamientos.

**Metodología:** A partir de ambas historias clínicas se muestra de forma gráfica la información relativa a los cuantiosos actos médicos a los que se han visto sometidos ambos menores.

**Resultados:** Al mismo tiempo, detallaremos la evolución clínica de los 2 niños a lo largo del tiempo de seguimiento, por diversos motivos, en nuestra Unidad de Salud Mental Infantil, así como las medidas adoptadas al respecto.

**Conclusiones:** El "Síndrome de Münchhausen por Poderes" constituye una forma poco diagnosticada y compleja de maltrato infantil. Requerirá un doble diagnóstico y tratamiento, del niño y del adulto, constituyendo un reto para el profesional sanitario por ser justamente lo contrario a lo esperado de unos padres y una enfermedad.

PO-863

**PRESENTACIÓN DE UN CASO DE DÉFICIT DE VITAMINA B12 CON REPERCUSIONES PSIQUIÁTRICAS**

F.J. Álvarez Muñoz, M. Del Cerro Oñate, G. Fernández Ruiz, M.R. Galiana Cela y R. Consuegra Sánchez

**Introducción:** El déficit de vitamina B12 está asociado a una serie de síntomas como palidez, mareos, fatiga, ataxia, neuropatía periférica o signos del cordón posterior. Y a nivel psiquiátrico: irritabilidad, inatención, psicosis y/o demencia. Suele producirse de manera secundaria a una anemia perniciososa.

**Objetivos:** Se presenta el caso de un paciente varón de 60 años con antecedente personal destacable de atrofia de mucosa gástrica sin anemia; que presentó cuadro de alteración de conducta con heteroagresividad, desinhibición, verborrea, taquipsiquia, así como episodios de delirium durante el ingreso, y en que se objetivó déficit de vitamina B12.

**Metodología:** Se le practicaron determinaciones analíticas con niveles de vitamina B12, serología y RM, entre otras pruebas, así como una exploración psicológica en la que se le aplicó el MILLON III.

**Resultados:** Se evidencia el déficit de vitamina B12: 122 [200-1000 pg/ml]; en la RM: atrofia subcortical difusa. En el MILLON III destaca una puntuación elevada en: deseabilidad, narcisismo e histrionismo, también da una puntuación elevada para trastorno bipolar.

**Conclusiones:** Se presenta un caso de un paciente con déficit vitamínico (vitamina B12), sobreañadido a un trastorno bipolar, que provocó una serie de repercusiones a nivel psiquiátrico, y cuyo tratamiento proporcionó una evolución muy favorable del cuadro agudo que motivó el ingreso.

PO-869

**CICLADORES RÁPIDOS: ESTUDIO DE RESULTADOS CON DIVERSOS TRATAMIENTOS EN ESTUDIO LONGITUDINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

G. Fernández Ruiz, M. Del Cerro Oñate, F.J. Álvarez Muñoz, M.R. Galiana Cela y R. Consuegra Sánchez

**Introducción:** El concepto de ciclación rápida fue introducido en 1974 por Dunner y Fieve. Según DSM-IV-TR es una especificación que hace referencia a un trastorno bipolar, tipo I o II, que presenta cuatro episodios como mínimo al año. En los trastornos bipolares afectaría a un 15-20% de los pacientes. Algunos autores lo consideran como una evolución especialmente maligna del trastorno bipolar y no como una entidad independiente. Se han identificado factores que favorecen su evolución, a destacar sexo femenino, hipotiroidismo, enfermedad cerebral, retraso mental, consumo de alcohol, psicoestimulantes y corticoides.

**Objetivos:** Realizamos la revisión de un caso de ciclación rápida, analizando los tratamientos seguidos y comparando los resultados entre ellos.

**Metodología:** Nuestro caso clínico trata de una paciente, mujer de 50 años que desde 1979 presenta diagnóstico de trastorno Bipolar I, que ha requerido más de 20-30 hospitalizaciones, con predominio de fases maníacas durante las cuales se han utilizado numerosas combinaciones de tratamientos psicofarmacológicos, sin llegar a un control de su sintomatología.

**Resultados:** En la revisión de los distintos tratamientos con eutimizantes en monoterapia, que siguió la paciente desde 1994, el litio se mostró superior en eficacia clínica a otros, pero sin llegar a la eutimia. La combinación de dos eutimizantes (valproato y lamotrigina) se ha mostrado superior en el control de su sintomatología.

**Conclusiones:** En el estudio de nuestro caso hemos observado que la combinación de dos eutimizantes se ha mostrado superior en control de sintomatología que la monoterapia.

PO-875

**NEUROPSICOLOGÍA DE LAS ALUCINACIONES MUSICALES DEL ANCIANO**

I. Ruiz-Almazán, C. Cáceres, J. Plano, M. Suárez, G. Fusté, M.T. Bru, I. Montalvo, L. Gisbert, L. Ros y J. Cobo

**Introducción:** Las alucinaciones auditivas son descripciones verbales de experiencias sensoriales acústicas que no están justificadas por un estímulo relevante. Pueden ser simples o complejas, como canciones, melodías o voces que dialogan, amenazan u ordenan. Las alucinaciones musicales (AM) son poco frecuentes y se encuentran en la encrucijada de la práctica otológica, neurológica y psiquiátrica.

**Objetivos:** Describir el perfil neuropsicológico de cinco casos que presentaron AM

**Metodología:** Hipótesis: En personas de edad avanzada, las AM aisladas pueden ser un indicio de demencia o alertar de la presencia de una lesión vascular. Diseño: Descriptivo. Procedimientos: Sujetos atendidos en el Servicio de Psiquiatría de la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Exploración Neuropsicológica: Mini-Examen Cognoscitivo. Subtest dígitos (WAIS-R). Bells Test. Test de aprendizaje verbal de Rey. Subtest de memoria remota (fechas y nombres). Test de denominación de Boston. Reconocimiento de figuras superpuestas (Poppelreuter). Lectura de relojes. Copia de figuras simples y semi-complejas. Test del Reloj. Praxis ideomotriz de imitación y simbólica. Fluencia fonética y semántica. Alternancia gráfica.

**Resultados:** Perfil neuropsicológico variable, pero con déficits comunes; leve alteración de la atención auditiva (y visual), déficit visoespacial, disfunción ejecutiva (memoria de trabajo, mecanismos de control/supervisión, fluencia verbal fonética), alteración del aprendizaje verbal por déficit en los mecanismos de atención/codificación (pudiendo afectarse la retención en algunos casos), alteración moderada de la memoria remota de fechas, leve de la

denominación y la fluencia verbal semántica e indicios de déficit visuperceptivo.

**Conclusiones:** El perfil neuropsicológico descrito es sugestivo de un deterioro cognitivo leve de predominio fronto-subcortical y rasgos corticales (temporales).

## PO-906

### MI PENFIGOIDE Y YO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Domato Lluch, B. Gamó Bravo, C. Garabito Cociña, B. Tarjuelo Amor y R. Moreno De Miguel

**Introducción:** Mujer de 69 años con diagnóstico de Penfigoide ampuloso de pocos años de evolución. Solicitan interconsulta a PSQ desde Consultas de Dermatología por evolución tórpida en relación a múltiples estresantes vitales.

**Objetivos:** Estudiar la relación entre la patología dermatológica, su evolución y pronóstico, en relación a estresantes de la vida cotidiana.

**Metodología:** Revisión bibliográfica en PubMed en dermatopsiquiatría, en los últimos 5 años, así como en publicaciones relacionadas con Psiquiatría de Enlace.

**Resultados:** La piel, barrera de protección entre nuestro interior y lo externo, actúa como un reflejo fiel de nuestro estado vital, siendo en ésta donde se refleja nuestro estado nutricional, de bienestar y de enfermedad. Se ha encontrado evidencia que muchos estresantes de la vida cotidiana están directamente relacionados con la aparición y evolución clínica de múltiples patologías somáticas, sobre todo dermatológicas.

**Conclusiones:** La evolución clínica de la mayoría de las enfermedades de la piel está supeditada a nuestro estado de bienestar. Por este motivo una parte importante del tratamiento en dermatología radica en el estado psíquico del paciente, siendo un objetivo importante (además del tratamiento agudo de las lesiones dermatológicas) el diagnóstico precoz de síntomas ansioso-depresivos y la prevención de éstos teniendo en cuenta otros agravantes ajenos a la patología dermatológica.

## PO-930

### TRASTORNO PSICÓTICO EN UN CASO DE CALCIFICACIÓN IDIOPÁTICA DE GANGLIOS BASALES (ENFERMEDAD DE FAHR)

A. Aranda Reig, J. Salavert Jiménez, M. Quesada, E. Del Moral Del Olmo, M. Alfonso Simón y M. Casas Brugué

**Introducción:** Se presenta un caso de trastorno psicótico de tipo esquizofrénico asociado a calcificación idiopática de ganglios basales (síndrome de Fahr).

**Objetivos:** Exponer un caso clínico para establecer el diagnóstico diferencial y revisar la relación fisiopatológica entre los hallazgos de neuroimagen y la clínica psicótica que presenta la paciente.

**Metodología:** Caso Clínico: Paciente mujer de 74 años de edad que ingresa en la unidad de agudos de nuestro centro por alteraciones de la conducta (insultos a los vecinos) en contexto de agravamiento de clínica psicótica de años de evolución pese a un buen funcionamiento psicosocial y sin historia previa de consultas psiquiátricas ni ingresos.

**Resultados:** Se observó en el TC cerebral practicado una objetiva calcificación simétrica en ganglios basales y cerebelo. Tras revisión bibliográfica se encuentran evidencias para enmarcar el caso presentado en un trastorno psicótico esquizofrenia-like en contexto de síndrome de Fahr por lo que se procede al despistaje de posibles causas de la calcificación de ganglios basales y cerebelo que presentaba la paciente. El estudio de función paratiroidea fue normal y se descartó la etiología infecciosa. Se descartó deterioro cognoscitivo. En la exploración física destacaba una talla baja, dolores osteoarticulares inicialmente atribuidos a artropatía degenerativa y osteoporosis y la exploración neurológica fue anodina, a excepción de ligero temblor distal de reposo. Se

realizó tratamiento con risperidona hasta 3 mg/día, observándose la remisión sostenida de las alucinaciones audioverbales y una progresiva encapsulación de la ideación delirante, así como la organización global de la conducta.

**Conclusiones:** La calcificación simétrica de ganglios basales (síndrome de Fahr) que puede ser asintomática, se ha relacionado también con manifestaciones extrapiramidales, cerebelosas y psiquiátricas, siendo habitual en el caso de aparición de síntomas psicóticos que estos antecedan en años al resto de manifestaciones neuropsiquiátricas por lo que puede ser un hallazgo a tener en cuenta en el estudio de casos de trastorno psicótico.

## PO-931

### VOTO DE SILENCIO

M.B. Manzano Balsera, A. Barroso Cañizares, R. Pérez Asenjo, C.N. Lezcano González, A. Hidalgo Borreguero, F.J. González Díaz, M. Pérez Castellano, C. González Navajas y J.C. León Cuyás

**Introducción:** Muchas veces es difícil explicar las razones de determinados comportamientos, y más aun determinar si son voluntarios y libres. Si la conducta es extraña y el sujeto tiene antecedentes de trastorno mental grave esto se complica mucho más. A raíz de atender a un paciente que tras un desengaño amoroso, "decide" permanecer mutista y abandonar su autocuidado, nos planteamos estas cuestiones, y tuvimos que profundizar en el diagnóstico diferencial del mutismo "¿voluntario?" y cómo abordarlo.

**Objetivos:** A propósito de un caso atendido en UHB de nuestro centro, revisamos diagnóstico diferencial y tratamiento de un episodio mutista.

**Metodología:** Varón de 45 años de edad, diagnosticado previamente de tr. Bipolar. Ingresó por ansiedad, abandono de su autocuidado y mutismo, todo ello relacionado con la separación de su mujer. Pocos días después van disminuyendo síntomas ansiosos, pero persiste el abandono. Comienza a comunicarse por escrito, explicando que el motivo de su comportamiento es una promesa a la Virgen para poder recuperar a su esposa. Interviene el sacerdote del hospital sin éxito. Por "orden médica" se consigue que se corte el pelo y se afeite. Dos años después sigue en silencio y solo se comunica por medio de un cuaderno aunque sigue manteniendo buena relación con su ex-esposa y con sus hijos. A propósito de este caso realizamos una revisión sistemática de la literatura en MedLine y libros especializados.

**Resultados:** El mutismo se define como una inhibición del habla, a pesar de tener capacidad para hablar y comprender el lenguaje. No hemos encontrado prácticamente ningún estudio de referencia en adultos, exceptuando cuando es secundario a patología neurológica. Sí existen más estudios en psiquiatría infanto-juvenil, sobre todo referentes a mutismo selectivo, por ser una patología más frecuente en esta etapa, estando relacionado con síntomas ansioso-evitativos. En adultos se puede asociar a trastornos afectivos, psicosis, episodios conversivos, patología orgánica cerebral, etc.. El tratamiento correspondería al de la causa subyacente no existiendo tratamientos específicos.

**Conclusiones:** Ante una conducta extraña, como el mutismo, además de pensar en un posible origen psicopatológico, ayuda contextualizarlo y ver su "función".

## PO-932

### RELACIÓN ENTRE EL TDAH Y LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

E. Albaladejo Gutiérrez, B. Poza Cano, P. Baos Sendarrubias y L. Beato Fernández

**Introducción:** El TDAH es una patología infradiagnosticada debido en gran medida a las dificultades en el diagnóstico diferencial así como por la presencia de cuadros comórbidos existentes. La neurofibromatosis I es un trastorno genético del sistema neurocutáneo (ectodermo) que provoca la aparición de tumores nerviosos (neurofibromas) y manchas "café con leche" en la piel.



**Objetivos:** A propósito de un caso atendido en nuestro centro, nos proponemos revisar la existencia real de la posible relación entre estos dos cuadros y establecer de qué tipo.

**Metodología:** Paciente varón de 6 años derivado a Salud Mental Infante Juvenil al existir un importante decaje entre el rendimiento académico y las valoraciones cognitivas realizadas. Sospecha de dislexia y retraso en la lecto-escritura. Diagnosticado de Neurofibromatosis I. Tras la valoración y realización de pruebas se objetivan puntuaciones significativas en las escalas que miden el déficit atencional. Revisando la literatura se decide iniciar tratamiento psicofarmacológico con metilfenidato, con una mejoría espectacular del cuadro. A propósito del caso realizamos una revisión sistemática de la literatura en MedLine, revistas y libros especializados.

**Resultados:** Existen varios estudios publicados que establecen correlación entre la Neurofibromatosis I y el TDAH. Ambas patologías tienen un alto índice de heredabilidad, lo que podría plantearse como una hipótesis causal de dicha concordancia. No obstante, como entidades independientes aunque con mayor probabilidad concomitantes, deben recibir su tratamiento específico independiente.

**Conclusiones:** El conocimiento de esta asociación puede alertarnos para realizar un correcto diagnóstico en futuras ocasiones.

#### PO-966

##### HISTERIA EPIDÉMICA EN EL COLEGIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Albaladejo Gutiérrez, J. Gómez De Tojeiro Roce, S. González Coloma De la Mota y R. Pérez Asenjo

**Introducción:** La histeria está descrita desde tiempos de Hipócrates pero fueron las aportaciones de Charcot y Freud a finales del siglo XIX y principios del XX las que catapultaron su importancia. Desde entonces han surgido numerosas publicaciones haciendo referencia a cuadros de histeria colectiva que, por el incremento en las tasas de incidencia y prevalencia, constituyen una verdadera epidemia.

**Objetivos:** A propósito de un caso atendido en nuestra unidad, nos proponemos revisar la literatura existente al respecto.

**Metodología:** La paciente es una adolescente de 13 años de edad que, sin tener antecedentes previos, presentó en su medio escolar cuadros de opresión torácica y sensación de ahogo. Posteriormente se sumó a esta clínica otra serie de síntomas neurológicos (mareos, temblores, episodios de breve desconexión del medio...) para los que, tras numerosos estudios, no se halló una base orgánica. Toda esta sintomatología tuvo gran repercusión en el centro, alterando su dinámica habitual. Semanas más tarde fueron surgiendo cuadros de características similares en otras compañeras. A propósito del caso realizamos una revisión sistemática de la literatura en MedLine, revistas y libros especializados.

**Resultados:** Muchas son las publicaciones encontradas en revistas de prestigio. Algunas de ellas presentan cuadros de características conversivas; otras justifican el desconocimiento del origen de la sintomatología (infeciosa o tóxica). El debate sigue hoy presente.

**Conclusiones:** La adolescencia con sus cambios y falta de recursos es una etapa propicia para la somatización, tampoco exenta de posibles "contagios".

#### PO-969

##### TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ASOCIADO CON LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: CASO CLÍNICO

M. Guerrero Díaz, A. Bordallo Aragón, C. Barajas Cantero y J.M. García Herrera Pérez Bryan

**Introducción:** El número de casos de trastornos obsesivos asociados a la enfermedad de Huntington es bastante limitado, aunque otros trastornos de los ganglios basales se asocian de manera frecuente al TOC. Por otro lado, existen hallazgos recientes que

indican un aumento de la frecuencia del TOC en familiares de pacientes con enfermedad de Huntington.

**Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente que fue primeramente diagnosticado de un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y posteriormente la aparición de una enfermedad de Huntington fue confirmada genéticamente.

**Metodología:** Descripción de un caso de un varón de cuarenta años de edad que empezó con síntomas de TOC. Seis meses después fue diagnosticado de una enfermedad de Huntington.

**Resultados:** El paciente fue tratado con un inhibidor selectivo de la captación de la serotonina, presentando una remisión no completa de los síntomas obsesivos.

**Conclusiones:** Los ganglios basales tienen un papel importante en la patogénesis de muchos trastornos. Debido a que la asociación del TOC con la enfermedad de Huntington no es tan frecuente como sería esperable, se puede sospechar que las regiones cerebrales implicadas en la disfunción cognitiva de los pacientes con Huntington pueden diferir de las de los pacientes con TOC, o incluso que esta asociación puede ayudar a distinguir diferentes subtipos del trastorno.

#### PO-980

##### PANCREATITIS POR CLOZAPINA

P.A. Escribano Romero, B. Antúnez María, I. Saiz Pérez, R. Domínguez García, P. Tejedor Bello y J. Castiello

**Introducción:** Los efectos secundarios de los fármacos se consideran: Muy frecuentes (> 1/10), Frecuentes (> 1/100, < 1/10), Poco frecuentes (> 1/1.000, < 1/100), Raras (> 1/10.000, < 1/1.000), Muy raras (< 1/10.000, incluyendo casos aislados) siendo muchos de aquellos poco frecuentes ignorados o inadvertidos por el terapeuta.

**Objetivos:** La pancreatitis es un efecto secundario de algunos antipsicóticos atípicos, definido como raro, descrito en varias publicaciones con diferentes formas de presentación, no existiendo un consenso sobre qué hacer en presentaciones asintomáticas.

**Metodología:** A partir de un caso clínico y una revisión de la bibliografía existente se trata de poner de manifiesto las diferentes formas de presentación de este efecto secundario y cómo podemos detectarlo precozmente.

**Resultados:** A partir de nuestro caso y de lo expuesto en otras publicaciones se pretende señalar posibles pautas acerca de que hacer frente a esta situación sobre todo en pacientes con Esquizofrenia Resistente.

**Conclusiones:** Creemos necesario la instauración de algún protocolo para la detección de este efecto secundario para su detección precoz, ya que siendo dosis-dependiente en muchos casos, los pacientes podrían beneficiarse de alguna asociación.

#### PO-985

##### PSICOSIS POR OPIÁCEOS EN EL HOSPITAL GENERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

F.J. González Díaz, A. Zafra Villena, M. Pérez Fernández y L. Donaire Adánez

**Introducción:** El conjunto formado por la demencia, el delirium y el deterioro cognitivo eran considerados como trastornos mentales orgánicos en el DSM-III; sin embargo, el antiguo término orgánico se ha sustituido en el DSM-IV por otros conceptos debido al reconocimiento de que casi todas las enfermedades psiquiátricas mayores llevan asociada una alteración neuropsicológica, y que toda conducta presenta una correlación neuroquímica.

**Objetivos:** En el presente caso clínico, queremos poner de manifiesto las alteraciones psicopatológicas causadas por fármacos, que se usan de forma habitual, en el medio hospitalario; en este caso concreto los opiáceos.

**Metodología:** Para el análisis del caso clínico, se ha llevado a cabo mediante la revisión de la historia clínica de un paciente ingresado en el servicio de cirugía vascular.

**Resultados:** Paciente diabético, sin antecedentes psiquiátricos, que tras ser intervenido de una insuficiencia en la vascularización a nivel distal de miembros inferiores, con necesidad de amputación parcial a nivel de metatarso, en ambos pies, presenta de forma súbita, y tras instaurar un tratamiento con opioides, un cuadro caracterizado por desconfianza, inquietud psicomotriz, insomnio e ideación delirante de perjuicio y autorreferencialidad. Tras introducir tratamiento antipsicótico con risperidona a dosis de 5mg/día y reducir la dosis de opiáceos, se produjo una remisión de la sintomatología.

**Conclusiones:** Para diagnosticar un trastorno psicótico secundario a fármacos, hay que descartar antes que los síntomas se deban a trastorno confusional orgánico cerebral o a psicosis endógena. Tanto los fármacos para los que se necesita receta como los de libre dispensación pueden causar alteraciones en la conducta, bien por intoxicación o por abstinencia. También es posible que algunos fármacos ocasionen alteraciones conductuales por efecto de interacción con la enfermedad tratada. El mejor método para establecer la relación etiológica del fármaco con el efecto psicopatológico es la secuencia temporal. Queremos reseñar que frecuentemente la psicopatología que presentan algunos pacientes en la interconsulta de enlace puede deberse a los efectos de las medicaciones, pues se tiende a olvidar que todas las moléculas pueden producir efectos psicopatológicos.

#### PO-990

##### ESTOY TAN CONTENTA QUE QUIERO MORIRME

L. De Simón Alonso, V. Basterra Gortari, M. Ribeiro Fernández, M. Zandio Zorrilla y R. Hidalgo Borrajo

**Introducción:** Caso clínico relativo a problema diagnóstico del trastorno bipolar tipo II

**Objetivos:** Un caso donde una adecuada anamnesis resultó vital.

**Metodología:** Paciente de 33 años, con múltiples consultas a urgencias por tentativas autolíticas graves. Sin antecedentes psiquiátricos filiados; se le diagnosticó de diversos trastornos (personalidad, adaptativo, conducta alimentaria).

**Resultados:** Tras ser ingresada y completar una cuidadosa anamnesis, se identifican episodios afectivos en los últimos años y la presencia de un cuadro hipomaniaco de intensidad creciente con marcada repercusión conductual, de más de cinco años. Concomitantemente aparecen microepisodios depresivos en los que se perpetúan gestos autolíticos que suponen el único punto de contacto con la red asistencial y que dificultan el diagnóstico del cuadro.

**Conclusiones:** El trastorno bipolar tipo II suele pasar desapercibido y es frecuentemente infradiagnosticado. El setting de la urgencia a menudo dificulta el correcto diagnóstico del cuadro y este hecho puede ser crucial para la vida del paciente.

#### PO-992

##### ME MUEVE LA PERFECCIÓN

L. De Simón Alonso, V. Basterra Gortari y S. Chivite Lasheras

**Introducción:** Caso clínico relativo a la sintomatología catatónica manierística.

**Objetivos:** Revisión de la sintomatología catatónica manierística. A propósito de un caso.

**Metodología:** Paciente de 21 años. Antecedentes de retardo en la adquisición de hitos del neurodesarrollo y dificultades de interacción social. A los 10 años se abrazó fuertemente a las piernas de su madre. Acto que ha repetido como una imperiosa necesidad, a lo largo de los años; junto con una intensa voluntad de alcanzar la perfección, que paraliza cualquier actividad. Presenta compulsiones de limpieza y de orden. Se instaura un cuadro caracterizado por perplejidad, lentitud extrema, aislamiento y mantenimiento de posturas fijas. Ha sido observado caminando por la calle con

aparente conducta alucinatoria o de persecución, además de presentar marcha rápida con bloqueos bruscos y lentitud. Presenta soliloquios. Niega alucinaciones e ideas delirantes.

**Resultados:** La valoración longitudinal del paciente permite detectar un síndrome deficitario desde la infancia; con sintomatología motora desde entonces. Además presenta ideación de tipo obsesivo, egodistónica, y una serie de rituales que se acercan más a estereotipias que a compulsiones típicas de un trastorno obsesivo.

**Conclusiones:** Se trata de un caso de catatonia manierística en la que la sintomatología predominante es de tipo obsesivo y motora, de marcada intensidad y grave repercusión funcional. Este caso representa y confirma una vez más la dificultad diagnóstica y establecimiento del punto de corte dentro del continuum de la psicosis.

#### PO-994

##### LE AMO, TE ODIO

L. De Simón Alonso, V. Basterra Gortari, M. Zandio Zorrilla, M. Ribeiro Fernández y R. Hidalgo Borrajo

**Introducción:** Caso clínico relativo a la evolución de la psicosis cicloide.

**Objetivos:** La observación longitudinal de un caso que se mueve en el continuum de la psicosis.

**Metodología:** Paciente de 43 años, que ingresa por primera vez por un cuadro de características cicloides, cuyo eje es un delirio erotomaniaco. Cuatro años después ingresa nuevamente por un cuadro similar aunque con marcado componente afectivo de tipo mixto. Superpuesto a la ideación delirante erotomaniaca, se presenta ideación delirante de perjuicio con la pareja.

**Resultados:** Ha sido la evolución a largo tiempo la que ha introducido el factor que nos va a permitir el diagnóstico diferencial del cuadro y, por tanto, el adecuado tratamiento. A pesar de la semejanza entre los dos episodios, la presencia de sintomatología afectiva, permite filiar adecuadamente el cuadro.

**Conclusiones:** La psicosis cicloide, frecuentemente evoluciona a cuadros del espectro afectivo o del esquizofrénico. En la actualidad no existen criterios clínicos que nos permitan prever la evolución tras un primer episodio.

#### PO-996

##### ANSIEDAD DE CAUSA ORGÁNICA

V. Basterra Gortari, L. De Simón Alonso, M. Ribeiro Fernández, M. Zandio Zorrilla y R. Hidalgo Borrajo

**Introducción:** Caso clínico relativo a iatrogenia.

**Objetivos:** A propósito de un caso que atendimos en el servicio de urgencias. Queremos destacar la importancia de realizar una adecuada anamnesis.

**Metodología:** inquietud psicomotriz el día anterior y que persistía 20 horas después. Su inicio fue súbito, mientras estudiaba con su madre -quien la supervisaba por los malos resultados académicos de la evaluación anterior-. Fue valorada por el servicio de urgencias general y tras aparentemente descartar patología orgánica nos avisaron al servicio de psiquiatría. Todos los familiares negaban la presencia de cualquier desencadenante que justificase el cuadro. Después de profundizar en la historia clínica refirieron que había comenzado un tratamiento para la sinusitis ese mediodía y que debía de tomar un comprimido cada 24 horas. En los antecedentes personales destacaba la presencia de un cuadro similar tras ponerle tratamiento con Ventolín cuando era una niña de 3 años de edad.

**Resultados:** Llevamos a cabo una revisión de los efectos secundarios y aunque no era una complicación frecuente estaba descrita dentro de los efectos secundarios de dicho fármaco.

**Conclusiones:** Los criterios en psiquiatría se hacen asumiendo que no existe una causa orgánica. El hecho de que tras haber sido valorado el paciente por el servicio de urgencias no hayan encon-

trado una causa orgánica no debe excluir dicha posibilidad y siempre tenemos que realizar la anamnesis de forma exhaustiva para poder filiar posibles factores desencadenantes.

#### PO-997

### LA CATATONIA EXISTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Cardelle Pérez, T. Lorenzo Gómez y M. Gallego Parrondo

**Introducción:** La catatonía, descrita por vez primera por Kahlbaum en 1868 es una entidad que tras la disminución de la prevalencia de las formas catatónicas de la esquizofrenia se hizo menos patente, sin embargo pueden aparecer síndromes catatoniformes en el día a día que obligan a un diagnóstico diferencial.

**Objetivos:** Poner de manifiesto la posibilidad de aparición de cuadros catatoniformes y sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

**Metodología:** Se expone el caso de un paciente atendido en urgencias y posteriormente hospitalizado.

**Resultados:** Paciente conducido al servicio de Urgencias, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, historia de ingresos previos, tratamiento con neurolepticos (oral y depot) y anticolinérgicos, relativa buena adaptación al medio hasta el evento. Estuporoso, inquietud psicomotriz, catalepsia, negativismo, rigidez generalizada, perseveración del discurso con ecolalia, faltando tan sólo flexibilidad cérea para el síndrome completo. No rueda dentada o tubo de plomo (exploración dificultosa). Tensiones ligeramente elevadas, no hipertermia. Ingreso tras despistaje de organicidad, pautándose de inicio benzodiazepinas vía parenteral. CPK más elevada de lo explicable (> 5000), obligando a descartar síndrome neuroleptico maligno. El cuadro fue resolviéndose progresivamente. La impregnación por neurolepticos se consideró como posible etiología del cuadro catatoniforme, si bien esto no quedó suficientemente claro. El paciente fue incapaz de precisar qué había sucedido.

**Conclusiones:** Ante un síndrome catatoniforme, hay que considerar siempre la posibilidad de origen orgánico del mismo, incluyendo el consumo de tóxicos / psicofármacos (diagnóstico diferencial de síndrome neuroleptico maligno), utilizando inicialmente benzodiazepinas vía parenteral, una exploración física completa incluyendo neurológica y, si es preciso y la evolución lo indica, pruebas de neuroimagen.

#### PO-998

### UN CASO DE ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA

V. Bastera Gortari, L. De Simón Alonso, M. Ribeiro Fernández, R. Hidalgo Borrajo y M. Zandio Zorrilla

**Introducción:** Caso clínico relativo a la necesidad de tratamiento global del paciente.

**Objetivos:** A propósito de un caso que atendimos en el recurso de Hospital de día, queremos señalar las dificultades de contención de esta paciente a nivel ambulatorio y la necesidad de un tratamiento global.

**Metodología:** Se trata de una paciente de 29 años de edad. Presenta un aspecto rozando lo extravagante. Verbaliza angustia con polaridad vespertina y secundariamente alteraciones del estado de ánimo. En su discurso, con elevada pobreza del pensamiento, quedan patentes marcadas estereotipias verbales y manierismos. La circunstancialidad, descarrilamientos, asociaciones laxas y pérdida de meta son constantes. El contacto es pueril. Su régimen de vida puede definirse como desorganizado y empobrecido. Además carece de cualquier apoyo sociofamiliar. Niega alteraciones sensorio-perceptivas ni ideación delirante aunque reconoce suspicacia. Dado su elevado grado de desorganización su alimentación es precaria y la toma de tratamiento farmacológico es errática.

**Resultados:** Únicamente en un medio contenedor la paciente ha sido capaz de mantener un estilo de vida tendiendo hacia la normalidad y así conseguir la estabilidad suficiente para mantener una actividad laboral

(protegida) adecuada. La única forma de conseguir controlar la sintomatología ha sido con la administración de antipsicóticos intramusculares de acción prolongada.

**Conclusiones:** Éste es un dramático ejemplo de que la enfermedad mental suele además resultar devastadora a nivel físico, familiar, social y laboral y por tanto no debemos perder de vista la necesidad de un tratamiento global en nuestros pacientes.

#### PO-1000

### SOY COMO UN ROBOT: PECULIARIDADES DEL SÍNDROME DE ASPERGER A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

C. López Ortiz, N. Sáez Francas, M.D. Picouto González y M. Casas Brugué

**Introducción:** El síndrome de Asperger o el autismo de alto funcionamiento representan un límite superior dentro del continuo de los trastornos generalizados del desarrollo. El cuadro se caracteriza por una interacción social alterada, intereses restringidos, conductas estereotipadas y repetitivas; sin que haya, por contra, un retraso general del lenguaje, del desarrollo cognitivo ni de las habilidades psicomotrices. El 35% de estos pacientes presentan cuadros comórbidos psiquiátricos, que en muchos casos son difíciles de diferenciar de los síntomas de la propia enfermedad basal. Los trastornos del sueño son de los más prevalentes, sobre todo los de tipo funcional.

**Objetivos:** Abordar las peculiaridades del diagnóstico diferencial del síndrome de asperger en el adulto desde un CSMA y los trastornos del sueño asociados.

**Metodología:** Se presenta un paciente de 25 años, con un coeficiente intelectual de 141 y una larga historia de dificultad en las relaciones interpersonales. El caso se discute a partir de la anamnesis y los datos de múltiples exploraciones complementarias: potenciales evocados, resonancia magnética nuclear, polisomnografía nocturna, magnetoencefalografía y diferentes escalas psicométricas de inteligencia y personalidad.

**Resultados:** El paciente presenta una disincronía entre la esfera intelectual y emocional, una alteración funcional del hemisferio izquierdo y una ausencia total de fase REM.

**Conclusiones:** Dentro del espectro autista, el diagnóstico puede ser complejo, en los sujetos de mejor rendimiento. La fase REM en épocas tempranas de la vida contribuye al desarrollo correcto del córtex cerebral. Es necesario un estudio más amplio sobre cuánto puede influir su déficit en este tipo de trastornos.

#### PO-1004

### ¿PATOLOGÍA ORGÁNICA O PSIQUIÁTRICA? UN CASO DE INTERCONSULTA HOSPITALARIA

V. Bastera Gortari, L. De Simón Alonso, M. Zandio Zorrilla, R. Hidalgo Borrajo y M. Ribeiro Fernández

**Introducción:** Caso clínico relativo a la necesidad de una adecuada comunicación interhospitalaria.

**Objetivos:** Alteraciones del sueño en un paciente en diálisis.

**Metodología:** Paciente de 61 años con antecedentes de patología orgánica múltiple (paraplejía, diabetes mellitus tipo 2, sd. de apnea obstructiva del sueño, insuficiencia renal crónica en diálisis desde hace 5,5 años) que padece un trastorno orgánico del sueño de escasa respuesta a tratamiento. Ingresó en el servicio de medicina interna por un cuadro confusional con alteraciones del nivel de conciencia, agitación y confusión. Presenta marcadas alteraciones del sueño que difícilmente responden a fármacos pero que agravan al cuadro confusional. Su filtrado glomerular es prácticamente nulo. Medicina Interna solicita valoración psiquiátrica por las dificultades de manejo y dudas diagnósticas.

**Resultados:** A pesar de la diversidad de opiniones de los clínicos que han valorado al paciente (causa orgánica vs psiquiátrica),

consideramos que se trata de un cuadro confusional orgánico multifactorial. Las fluctuaciones del nivel de conciencia, el cuadro de confusión y agitación aparecen determinadas por las alteraciones metabólicas de la diálisis, el tratamiento farmacológico y una infección concomitante.

**Conclusiones:** La prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con uremia crónica, puede alcanzar cifras del 80%, destacando entre ellos el insomnio, la somnolencia diurna, los despertares frecuentes, pesadillas, el síndrome de piernas inquietas, el SAOS, la narcolepsia... Dichas alteraciones se incrementan con: la edad, conforme se prolonga el tratamiento en diálisis, cuanto mayor es el periodo entre las sesiones de diálisis o con la toma de sustancias como alcohol, cafeína o tabaco...

## PO-1005

### TICS Y PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Segura Escobar, P. Baos Sendarrubias, B.S. Baón Pérez y A.J. Ramírez García

**Introducción:** El trastorno de tics motores crónicos, al igual que el trastorno de la Tourette, suele asociarse con frecuencia a otras patologías como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y cuadros afectivos debido a la incapacidad y estigmatización que producen los tics. Además estos pacientes están predispuestos a presentar conductas agresivas y otras alteraciones conductuales (conductas disociales, hurtos, impulsividad, mentiras patológicas...). También pueden presentar síntomas dentro del espectro obsesivo-compulsivo.

**Objetivos:** Observar la evolución de la paciente diagnosticada de sd. de Gilles de la Tourette junto con rasgos desadaptativos de personalidad. Además resaltar la importancia de los antecedentes familiares de este tipo de trastorno.

**Metodología:** Revisión del caso clínico de una adolescente de 13 años derivada a partir de interconsulta del Servicio de Pediatría (Neuropediatría) por Tics motores complejos con escasa respuesta al tratamiento farmacológico.

**Resultados:** Se ha estudiado el caso de la paciente a lo largo de su ingreso y del posterior seguimiento en la USMIJ, poniéndose de manifiesto la tórpida respuesta al tratamiento farmacológico y la dificultad de abordaje psicoterapéutico.

**Conclusiones:** Los rasgos desadaptativos de personalidad, como en nuestro paciente los rasgos cluster B, complican la respuesta terapéutica a cualquier abordaje.

## PO-1006

### CLOZAPINA EN PSICOSIS ATÍPICA. LOS VIEJOS ROCKEROS NUNCA MUEREN

N. Martínez Pedrosa, S. García Marín, J.M. Martínez-Ortega y M. Angustias Ramos Ramos

**Introducción:** En el ámbito de la psiquiatría es frecuente encontrar dificultades en asignar un diagnóstico en las clasificaciones de las que disponemos a un caso determinado (pese a la claridad sintomatológica de todos los episodios experimentados). Esto ocurre con el caso que presentamos.

**Objetivos:** Revisión de un caso de una paciente diagnosticada (entre otros) de psicosis cicloide resistente a todo tratamiento iniciado que consigue la remisión sintomatológica tras la reinstauración de la clozapina (eliminada previamente por generar alteraciones metabólicas).

**Metodología:** Mujer de 57 años con más de 44 ingresos en la unidad de agudos de H. Virgen de las Nieves y otros centros desde una edad muy temprana. Inicialmente diagnosticada de Tras. Bipolar con fases maníacas con sintomatología psicótica, fue tratada con reguladores del humor y antipsicóticos. Posteriormente, se etiquetó de Psicosis marginal de Kleist, recibiendo TEC para salir de los episodios (de gran desorganización y sintomatología catatoniforme).

me). Se intentó el tratamiento con clozapina, con mejoría sintomatológica, pero importante afectación metabólica (hiperglucemias), por lo que fue desestimada y se consideró que los síntomas que presentaba tenían criterios de un Tras. esquizoafectivo. Fue propuesto TEC de mantenimiento, con resultados satisfactorios, pero de poca duración. Nuevamente, y pese al problema metabólico que suponía, se opta por reintroducir clozapina (junto con antidiabéticos orales), con controles leucocitarios reglados y control de glucemias por su MAP.

**Resultados:** El último ingreso de la paciente se produjo en julio 07. No ha reingresado desde entonces. La reinstauración de clozapina, pese a la diabetes tipo II que produce en la paciente, consiguió la compensación de la clínica psicótica y continúa siendo su tratamiento en la actualidad.

**Conclusiones:** En medicina, en ocasiones es necesario iniciar un tratamiento cuyos efectos secundarios sean de tal entidad que lleguen a plantear la desestimación del mismo (como ocurrió con la clozapina). Se acudió nuevamente a esta medicación (pese a la necesidad de incluir antidiabéticos orales, y a la potencialidad del peligro de una diabetes tipo II en una persona de su edad) para estabilizar la sintomatología psicótica (altamente invalidante), mejorar su calidad de vida (ahora normalizada) y evitar las complicaciones de la TEC de mantenimiento (además del gran sufrimiento que generaba en la paciente esta técnica).

## PO-1007

### DOCTORA, ¡INGRÉSELA EN PSIQUIATRÍA!

V. Basterra Gortari, L. De Simón Alonso, R. Hidalgo Borrajo, M. Zandio Zorrilla y M. Ribeiro Fernández

**Introducción:** Caso clínico relativo a la necesidad de no dejarnos guiar por las apariencias.

**Objetivos:** Un cuadro confusional en una paciente ex-consumidora de alcohol.

**Metodología:** Se trata de una mujer de 56 años de edad que acude acompañada de su marido y suegra al servicio de urgencias. La paciente tenía antecedentes de dependencia de alcohol que había abandonado hace años. Cuatro días antes de la instauración del cuadro consumió "un cubata". Los familiares insisten en la necesidad de "ingresarla en Psiquiatría porque está fuera de la realidad".

**Resultados:** Al valorar a la paciente no se objetiva ni sintomatología nuclear afectiva ni psicótica. La paciente se muestra desorientada en tiempo y espacio. Con un cuadro confusional en el que es incapaz de recordar nada de lo acontecido durante ese día y responde a las preguntas de una forma confabulatoria. En la exploración destaca que la paciente estaba intentando perder peso por lo que había empezado a tomar "unas hierbas que compré en una panadería del casco antiguo". Le practicamos una analítica en la que el ionograma reflejó la presencia de una hiponatremia e hipopotasemia.

**Conclusiones:** Las alteraciones hidroelectrolíticas pueden ser causa de cuadros confusionales como el que presentaba nuestra paciente. Una vez que se le normalizó el monograma cedió la sintomatología confusional.

## PO-1010

### DR. HOUSE, LOS PACIENTES NO SIEMPRE MIENTEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Basterra Gortari, L. De Simón Alonso, R. Hidalgo Borrajo, M. Ribeiro Fernández y M. Zandio Zorrilla

**Introducción:** La importancia de la valoración integral del paciente.

**Objetivos:** Revisión de posible falsos positivos a cocaína en una paciente en tratamiento con eifampicina.

**Metodología:** Tras el ingreso de una paciente, de 22 años, diagnosticada de trastorno límite de la personalidad en el servicio de urgen-

cias por una sobreingesta medicamentosa se detectó la presencia de una tuberculosis. Por dicho motivo quedó ingresada en la unidad de medicina interna para tratamiento de la enfermedad infecciosa. Todas las analíticas de tóxicos realizadas resultaron positivas a opiáceos. La paciente negaba el consumo, sin embargo su acompañante durante las noches falleció en la propia habitación por una sobreingesta de tóxicos. Todo hacía indicar que pudiera existir un consumo activo a pesar de estar ingresada. Posteriormente fue derivada a Hospital de Día, donde la clínica no era sugestiva del consumo de tóxicos a pesar de obtener analíticas positivas a opiáceos.

**Resultados:** Nos pusimos en contacto con el servicio de Bioquímica de nuestro hospital quienes confirmaron la posibilidad de un falso positivo por reactividad cruzada con la rifampicina. Tras la finalización de su tratamiento antituberculoso se le realizó nuevamente una analítica de tóxicos en orina que resultó negativa.

**Conclusiones:** Se ha descrito la presencia de reactividad cruzada y falsos positivos en los análisis de orina para opiáceos cuando se utiliza el método ICMS (Interacción Cinética de Micropartículas en Solución), con tasas del 0,5%. En estos casos deben emplearse técnicas de cromatografía gaseosa y espectrometría de masas.

#### PO-1016

##### PADRE E HIJA, COMO DOS GOTAS DE AGUA

M. Ribeiro Fernández, L. De Simón Alonso y V. Basterra Gortari

**Introducción:** La importancia de los factores genéticos y ambientales en la patología psiquiátrica.

**Objetivos:** Ver la analogía entre padre e hija de la evolución de los síntomas neuróticos a psicóticos.

**Metodología:** Ambos pacientes comenzaron con sintomatología neurótica tras claros desencadenantes (tensiones laborales y accidente de tráfico respectivamente). Posteriormente fueron desarrollando sintomatología psicótica (alucinaciones auditivas) hasta quedar establecido un cuadro de trastorno de ideas delirantes. A pesar de las similitudes entre ambos ninguno de ellos reconoce la enfermedad del otro.

**Resultados:** El papel de los estresantes sociales y culturales (inmigración, desempleo, vida solitaria) puede crear un distrés emocional que hace que los individuos sean especialmente vulnerables al desarrollo de pensamientos psicóticos. La combinación de alteraciones neurocognitivas y emocionales aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas psicóticos menores.

**Conclusiones:** En aquellas personas destinadas a desarrollar psicosis la angustia asociada, la fuerza y la frecuencia de esas ideas o experiencias extrañas aumentan y el individuo cruza el umbral hacia una fase prodrómica o prepsicótica. La ansiedad facilita el desarrollo de un esquema cognitivo y creencias erróneas que influyen en la formación de experiencias anómalas y el mantenimiento de los delirios una vez formados.

#### PO-1019

##### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA Y LA DEMENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Díaz Fernández-Alonso, V. Saiz Alarcón, R. Bellot Arcís, F. Arnau Peiró, S. Arques Egea, J. Castelló Gascó, I. García Miralles, C. Irazo Tatay e I. Martín Martín

**Introducción:** La alteración cognitiva de los pacientes deprimidos se conoce como seudodemencia depresiva. Alrededor del 15% de los ancianos deprimidos sufre seudodemencia. Ésta puede confundirse fácilmente con la demencia verdadera.

**Objetivos:** Establecer el diagnóstico diferencial entre la seudodemencia depresiva y la demencia.

**Metodología:** Mujer de 74 años sin antecedentes de patología psiquiátrica, que ingresa en sala de psiquiatría por presentar

sintomatología depresiva y alteraciones conductuales de un año de evolución. A la exploración, consciente y desorientada temporoespacialmente. Actitud perpleja. Hipoprosexia. Inhibición psicomotriz e hipomimia facial. No mantiene el contacto ocular. Lenguaje no espontáneo, parco, hipofónico, monocorde y bradifásico. Latencia incrementada en las respuestas. Bradipsiquia y pobreza del pensamiento. Humor depresivo, anhedonia y apatía. Ideas deliroides de ruina y culpa. Reconoce la presencia de ideas de muerte activas y pasivas. Apragmatismo conductual. Insomnio de las tres fases.

**Resultados:** Los resultados de la valoración neuropsicológica, la evolución del cuadro clínico y la respuesta favorable a la terapia electroconvulsiva orientaron hacia un cuadro de seudodemencia.

**Conclusiones:** Ante un paciente anciano depresivo con importante disfunción cognitiva, debemos plantear el diagnóstico diferencial entre demencia y seudodemencia depresiva. Para ello habrá que prestar atención a los antecedentes personales, la exploración psicopatológica, las pruebas neuropsicológicas, las pruebas de imagen, la evolución clínica y la respuesta al tratamiento antidepressivo.

#### PO-1044

##### BUPROPIÓN Y LITIO COMO ESTRATEGIA DE POTENCIACIÓN EN TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

N. Martínez Pedrosa, J.E. Muñoz Negro y M.M. Prieto Cuellar

**Introducción:** En la clínica diaria nos encontramos el problema de la refractariedad a las distintas terapéuticas de los Trastornos Depresivos Recurrentes.

**Objetivos:** A raíz de la revisión de este caso plantear estrategias terapéuticas en caso de Episodios depresivos mayores graves en depresiones recurrentes. Destacando el papel de asociar varios fármacos y psicoterapia. En este caso utilización de bupropión, litio y mirtazapina más psicoterapia.

**Metodología:** Revisión del caso de mujer de 29 años que desde el año 2005 está en tratamiento. Está diagnosticada de un trastorno depresivo recurrente que ha requerido 3 ingresos en la unidad de agudos. Este trastorno se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas.

**Resultados:** Se utilizaron diversos ISRS combinados con psicoterapia. Sin embargo, la paciente no acaba de lograr la estabilidad y ante cualquier factor estresante recae. En este último ingreso desarrolla un episodio depresivo mayor de características melancólicas, con tristeza vital, gran apatía y anhedonia y enlentecimiento psicomotriz. Se opta por el bupropión que actúa preferentemente sobre los síntomas de estirpe más noradrenérgica y dopaminérgica y se potencia con litio. La paciente está en la actualidad eutímica, sin anhedonia, sin apatía y sin inhibición psicomotriz, siendo su funcionamiento personal y social normal.

**Conclusiones:** Sería necesario realizar estudios que validaran por un lado la utilidad de la combinación litio más bupropión en trastorno depresivo recurrente y por otro la pertinencia de asociar varios fármacos y psicoterapia como tratamiento intensivo del trastorno depresivo mayor grave.

#### PO-1050

##### ACUMULACIÓN MENTAL ¿UN SUBTIPO DE TOC?. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. De la Vega Rodríguez, L. Rodríguez Moya y M. Velao Valerio

**Introducción:** Todos los sujetos diagnosticados de TOC sufren obsesiones, compulsiones o ambas, sin embargo, la manifestación clínica de las mismas puede ser extraordinariamente variada, lo que complica tanto el diagnóstico como el tratamiento de estos pacientes. Aquí presentamos un caso que podría considerarse un subtipo de los conocidos TOC acumuladores.

**Objetivos:** Estudiar la posible existencia de un subtipo de TOC a través del estudio de un caso clínico, apuntando posibles alternativas terapéuticas.

**Metodología:** Se analiza el caso y la evolución clínica de J. un varón de 34 años diagnosticado de TOC.

**Resultados:** Tras la superación de las obsesiones y compulsiones que motivaron la consulta (orden y comprobación) se objetivaron nuevos síntomas relacionados con la necesidad del paciente de recordar gran cantidad de datos insignificantes (matrículas de coches, nombres de empresas, anuncios de televisión). Esta necesidad va seguida de la compulsión de apuntar, o hacer un esfuerzo por recordar, todos estos detalles, y acompañado de un intenso malestar.

**Conclusiones:** Los acumuladores son el subtipo de TOC caracterizado por hacer colección de objetos insignificantes, de los que no pueden desprenderse, hasta el punto de poder abarrotar su vivienda. Este caso representa una variante de este subtipo, ya que el paciente teme desprenderse de datos innecesarios y se ve arrastrado a acumular estos conocimientos en su mente. Es posible que, más que como obsesivos puros, los pacientes de este tipo se beneficien de los mismos abordajes terapéuticos empleados con los acumuladores.

#### PO-1053

### PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LEGANÉS 1852-1936

E. Mollejo Aparicio

**Introducción:** Durante el siglo XIX se produjo un aumento de la incidencia de parálisis en los hospitales psiquiátricos. En 1874, en Francia se describen cifras de 6,22%, hasta 34,7% en algunas instituciones como Charenton, con población fundamentalmente masculina. En 1883, en España la incidencia de la P.G.P. en algunos de los manicomios, oscilaba del 8% al 25%. Hydeyo Noguchi y J.M. Moore en 1913, establecieron la relación definitiva entre la sífilis y la parálisis general al aislar la Spirochaeta pallida, en el cerebro de los parálisis generales, y en 1943, se empieza a tratar la sífilis con penicilina.

**Objetivos:** Investigar la Parálisis General Progresiva P.G.P. en el Hospital Psiquiátrico de Leganés entre 1852 y 1936.

**Metodología:** Se han revisado 2314 historias clínicas de los pacientes ingresados entre 1852-1936, recogiendo variables sociodemográficas y de ingreso. Para el análisis estadístico se ha utilizado la versión EPINFO 6,0. Para el estudio descriptivo se han empleado medidas de centralización (media, mediana, moda, percentil 25 y 75) y de dispersión, desviación típica para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

**Resultados:** En total 189 pacientes presentaron P.G.P. durante su estancia en el hospital, en 167 pacientes fue el primer diagnóstico y como segundo diagnóstico en 21 pacientes. El 91,6% fueron hombres, 65% casados y 30% solteros, 65% pensionistas, con edades comprendidas entre los 22 y 70 años, el 77% ingresó por petición de la familia y el 90,4% fallecieron durante su estancia en el hospital. La estancia media fue de 1.108 días (3 años) con una desviación estándar de 1.999 días (5 años), la estancia mínima es 7 días y la máxima es 14.714 días (40 años). La mediana es de 430 días, el percentil 25 es de 186 días y el percentil 75 es 971 (2,66 años). La moda es 55 días. Solo 13 pacientes recibieron un tratamiento asociado al internamiento, empleándose: Hidroterapia (duchas de asiento), higiénico-moral (viajes de recreo), pireto-terapia (paludización, sulfosin), fármacos (tónico-estimulantes, purgantes, barbitúrico-hipnóticos, hormonas, mercuriales y bismuto).

**Conclusiones:** La incidencia de la PGP en el H. Psiquiátrico de Leganés entre 1852- 1936, fue del 7,2%. Teniendo en cuenta que el índice de curación de la PGP en el siglo XIX y primera mitad del

XX, era prácticamente nulo, con una evolución progresiva hacia la demencia, los pacientes permanecían en los hospitales hasta su muerte.

#### PO-1057

### SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Fontela Vivanco, M.T. Amboage Paz, S. González Bardanca, M.J. Ávila González, C. Vázquez Ventoso, S. Gómez Pardiñas y D. Miguel Arias

**Introducción:** El síndrome de Kleine-Levin (SKL) es una entidad de difícil diagnóstico, debido a que la ubicación dentro de un trastorno psiquiátrico y un trastorno neurológico, muchas veces condiciona el retraso en el inicio del tratamiento. El pronóstico es benigno dado que los episodios frecuentemente disminuyen con la edad en frecuencia y en intensidad, alcanzando finalmente la remisión espontánea. Se postula la posibilidad de que existan en la mayor parte de los casos factores precipitantes al inicio de los síntomas. La duración de los episodios es entre 2,5 y 80 días, con una media de 10 días. La duración interepisódica se sitúa en un rango entre los 0,5 y los 72 meses, con una media de unos 3 meses y medio.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre lo descrito hasta el momento de una entidad diagnóstica poco habitual a partir de un caso clínico atendido en una consulta de una Unidad de Salud Mental.

**Metodología:** Mujer 26 años. Desde los 17 exceso de sueño de forma constante, que variaba de unos períodos a otros, sin causa identificable. Desde esa edad incremento general de necesidades de sueño, con épocas en las que duerme 9 horas, mientras que en otros, durante semanas, las necesidades se incrementan a unas 14 horas. Pruebas complementarias: sin alteraciones. Presencia de períodos de hiperorexia asociados a momentos de mayores necesidades de sueño, durante los que llega a ganar 10 kg. Asimismo, períodos cíclicos de hipersexualidad. Destaca que estas conductas son egodistónicas e impulsivas. Recordaba una totalidad de tres o cuatro períodos de varios meses en que se agrupaban estos tres síntomas de hipersomnia, hipersexualidad e hiperorexia. Longitudinalmente, durante dos años, con tratamiento anfetamínico se observó disminución en frecuencia e intensidad de períodos de hipersomnia, hasta la reducción a unos días de duración, de forma ocasional, siempre acompañados de hiperorexia.

**Resultados:** El síndrome de Kleine-Levin es una entidad que supone un reto diagnóstico, ya que su causa no está clara y los síntomas típicos son tanto manifestaciones de trastornos neurológicos como psiquiátricos. En el caso descrito, al igual que en otros casos de la bibliografía, la ausencia de un claro patrón cíclico desde el inicio de la clínica y la prominencia en el mismo de trastornos de conducta relevantes dificultaron en principio el diagnóstico. El pronóstico es benigno dado que los episodios frecuentemente disminuyen con la edad en frecuencia y en intensidad, alcanzando finalmente la remisión espontánea. Se postula la posibilidad de que existan en la mayor parte de los casos factores precipitantes al inicio de los síntomas, de los que los más frecuentes parecen ser algunas infecciones o cuadros de fiebre inespecífica. La duración de los episodios es entre 2,5 y 80 días, con una media de 10 días. La duración interepisódica se sitúa en un rango entre los 0,5 y los 72.

**Conclusiones:** La dificultad diagnóstica estriba en la persistencia de hipersomnia constante a lo largo de la enfermedad, si bien se distinguen períodos de empeoramiento en incremento de necesidades de sueño, llegando a alcanzar las 17. Se podría plantear un diagnóstico diferencial con narcolepsia, de la que no se presentan ni las alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas ni la parálisis del sueño ni la cataplejía. Es de destacar que aunque a lo

largo de la evolución se ven reducidos en intensidad y en frecuencia los periodos de hiperfagia, siempre que existen coinciden con recrudescimiento de hipersomnolia. En relación a la hipersexualidad, destacar que se observó únicamente durante los que se podría describir como los primeros episodios, con una duración recortada de unos meses. En este caso hubo mejoría evidente con el tratamiento psicofarmacológico. No obstante, la buena evolución del síndrome pudiera ser debida tanto al tratamiento como a la evolución de la enfermedad.

#### PO-1066

##### ONCOLOGÍA Y DUELO FAMILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Garabito Cociña, M. Domato Lluch, B. Gamero Bravo, B. Tarjuelo Amor y R. Moreno De Miguel

**Introducción:** Mujer de 53 años derivada para valoración psiquiátrica desde Oncología, donde realiza seguimiento del melanoma que le fue diagnosticado en 1993, por síntomas de ansiedad y tristeza.

**Objetivos:** Detenernos y estudiar la importancia de las relaciones familiares en el proceso de duelo que se vive durante todas las etapas de la enfermedad oncológica así como en otras enfermedades somáticas graves. Influencia en la evolución de la enfermedad. Estrategias de afrontamiento y resiliencia familiar.

**Metodología:** Revisión bibliográfica sobre el proceso de duelo y las especiales características del proceso de duelo en la familia. Búsqueda bibliográfica en PubMed de artículos relacionados con la enfermedad crónica, el proceso de duelo y el duelo familiar.

**Resultados:** La enfermedad oncológica en cualquiera de sus fases, desde los inicios diagnósticos hasta la etapa terminal, implica un proceso de duelo que en ocasiones es objeto de trabajo psicoterapéutico. La importancia de no omitir el trabajo con la familia y utilizarla como recurso.

**Conclusiones:** La enfermedad grave y la muerte son procesos individuales pero también experiencias relacionales. Atender al paciente implica atender a su familia. La enfermedad y la muerte como periodos de transición en el ciclo vital familiar que desencadenan crisis, pero también oportunidades para observar la transformación evolutiva familiar del self colaborativo, a través de la adaptación mutua a un cambio familiar compartido.

#### PO-1069

##### ESQUIZOFRENIA REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.D. Hidalgo Borreguero, F.J. González Díaz, A. Zafra Villena, M. Pérez Castellano, M.B. Manzano Balsera, y C. Lezcano González

**Introducción:** Una definición práctica de resistencia al tratamiento sería continuar manifestando síntomas psicóticos a pesar de un tratamiento psicofarmacológico adecuado. Esta resistencia puede relacionarse con varios factores y tratarse de una "pseudoresistencia"

**Objetivos:** Analizar los criterios que definan la resistencia al tratamiento y factores relacionados.

**Metodología:** Describir el caso clínico y revisión en Pubmed.

**Resultados:** Kane y colaboradores propusieron unos criterios para definir la resistencia al tratamiento en los pacientes esquizofrénicos, los cuales incluían un fracaso del paciente en la respuesta a tres antipsicóticos diferentes a dosis altas. Posteriormente se demostró que el fracaso en la respuesta a 2 antipsicóticos a las dosis habituales predecía una respuesta inadecuada a una medicación posterior. Además se ha establecido que la falta de una respuesta en dos semanas, sugeriría la necesidad de administrar un fármaco diferente. Y si hubiera alguna respuesta en ese periodo aconseja la continuación del tratamiento durante al menos 4 a 6 semanas, el cual es el periodo recomendado para valorar la respuesta al

tratamiento estandarizada para un periodo. Nuestro caso cumple criterios para considerarlo como refractario al tratamiento y nos planteamos el uso de clozapina como alternativa terapéutica al ser la más indiscutible en estos casos.

**Conclusiones:** Es importante haber descartado previamente otros factores para diferenciarlo de los casos de tratamiento refractario: optimizar la dosis de medicación y su duración. Monitorizar los efectos adversos. Buscar patologías comórbidas y un buen diagnóstico diferencial. Asegurar el cumplimiento de la medicación.

#### PO-1077

##### A PROPÓSITO DE DOS CASOS: STATUS CONVULSIVO POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

L. Pereyra Grustán, A. Mont Canela, C. Fonseca López, E. Esteban Rodríguez, G. Gómez Bernal y D. Saa Senbra

**Introducción:** La TEC es una técnica de amplia difusión y posibles efectos secundarios de gravedad.

**Objetivos:** Revisar en bibliografía la existencia de status convulsivo post TEC y análisis de los casos en nuestro medio.

**Metodología:** Historias clínicas y revisión de artículos publicados en Pubmed relacionados.

**Resultados:** Los casos publicados son esporádicos y excepto dos que se relacionaban con bupropión y teofilina, no se evidencian otras etiologías. Se hace hincapié en el status no convulsivo post TEC, cuya expresión clínica es la confusión o alteraciones cognitivas mantenidas y la buena respuesta a benzodiazepinas. No se recogen otras complicaciones o repetición de status al continuar con la técnica. En la bibliografía se encuentra elevada mortalidad en los pacientes que presentan status sin relación con TEC. En todos los casos propuestos no hubo secuelas posteriores al TEC.

**Conclusiones:** En nuestros casos no existían antecedentes de convulsiones, no se encontró mal funcionamiento del thymatron ni de los parámetros utilizados. Por ello valoramos factores idiosincráticos como causantes. No se objetivaron secuelas neurológicas en los exámenes complementarios realizados a posteriori, ni mortalidad inmediata. Podemos sugerir a falta de mayor evidencia, que el status post TEC tiene un mejor pronóstico. Faltarían más estudios y evidencia de casos documentados para poder obtener otras conclusiones.

#### PO-1091

##### TRASTORNOS PSICÓTICOS EN PACIENTES TRATADOS CON INTERFERÓN. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Á. Galiano Leis

**Introducción:** El interferón alfa, utilizado en el tratamiento de las hepatitis crónicas B y C, la artritis reumatoide y patologías tumorales, se asocia a complicaciones psiquiátricas que pueden ir desde síntomas depresivos hasta trastornos psicóticos.

**Objetivos:** Establecer alternativas de seguimiento y tratamiento en pacientes con trastorno psicótico que precisen tratamiento con interferón.

**Metodología:** 1.- Revisión de trabajos científicos existentes en relación con trastornos psicóticos y tratamiento con interferón. 2.- Exposición de caso clínico, factores predisponentes, tratamiento recibido y evolución en relación con la supresión y reintroducción de tratamiento con interferón.

**Resultados:** El análisis del caso de un varón de 26 años, con antecedente de Artritis Reumatoide, que presenta ideación delirante de referencia y perjuicio, inquietud psicomotriz, insomnio, angustia y tristeza, con inicio previo de tratamiento con interferón alfa, establece una clara relación entre el interferón y el desarrollo de la psicosis. La retirada del tratamiento con interferón coincide con la remisión de síntomas psiquiátricos, mientras que su reintroducción,

provoca la recurrencia del trastorno psicótico en un corto período de tiempo. Se discuten y revisan aspectos etiológicos, predisponentes, evolutivos y alternativas terapéuticas en relación con este tipo de procesos.

**Conclusiones:** La posibilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos severos en pacientes tratados con interferón alfa, hace recomendable el seguimiento psiquiátrico regular de estos pacientes mientras dure la terapia con dicho fármaco.

#### PO-1110

##### SÍNDROME ORGÁNICO CEREBRAL Y TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO DEPOT. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Gamo Bravo, C. Garabito Cociña, M. Domato Lluç  
y B. Tarjuelo Amor

**Introducción:** Las dificultades de manejo en Salud Mental-Psiquiatría se hace más evidente en el caso de los trastornos orgánicos cerebrales que conllevan importantes problemas de conducta donde la psicoterapia, manejo ambulatorio, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento están más dificultadas dando como resultado respuestas más complejas a medicación tipo neurolépticos depot con un perfil mayor de efectos secundarios.

**Objetivos:** A propósito de un caso con diagnóstico de trastorno orgánico cerebral (síndrome frontal 2º a TCE) con importantes efectos secundarios extrapiramidales tras instauración de neuroléptico depot, obtener información científica con evidencia que sirva de línea a seguir en el abordaje farmacológico terapéutico.

**Metodología:** Realizar una revisión de los tratamientos biológicos más adecuados y con evidencia científica que se han publicado en revistas medico-psiquiátricas en los últimos 5 años.

**Resultados:** Mínimos resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica y de estos escasos con evidencia científica.

**Conclusiones:** Queda en manos del terapeuta, Psiquiatra en la inmensa mayoría de los casos, la utilización de psicofármacos, muchos de los cuales no tienen indicación en sensu stricto.

#### PO-1115

##### GLIOBLASTOMA MULTIFORME EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.D. Martínez Manjarrés, C. Martínez Martínez,  
P. Blanco Del Valle, M.D. Ortega García, A. Agúndez Modino,  
C. Salazar Li y E. Pérez Ruiz

**Introducción:** El glioblastoma multiforme Es el más frecuente de los tumores cerebrales y el más maligno. Constituye la forma más agresiva de los astrocitomas (tumor grado IV-OMS) y presenta una supervivencia media, a los dos años, de aproximadamente 10%.

**Objetivos:** Descripción de trastornos del comportamiento asociados a este tumor cerebral, basándonos en un caso clínico atendido en la unidad de hospitalización breve psiquiátrica del HCU de Valladolid.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de 5 años de duración donde revisamos el caso de una paciente joven con antecedentes psiquiátricos de años de evolución, que ingresa por primera vez en psiquiatría, procedente del servicio de urgencias (al que había acudido por 3ª vez en una semana) por presentar alteraciones del comportamiento consistentes en inhibición psicomotriz, anorexia, astenia intensa, dificultades en el habla, clinofilia, hipersomnia...).

**Resultados:** Tras un día en la unidad asistimos a un empeoramiento progresivo del nivel de conciencia, llegando al coma. Se realiza TAC cerebral urgente apreciando imagen tumoral de 9 cm de diámetro compatible con el diagnóstico de glioblastoma Multiforme con importante riesgo de enclavamiento. Inmediatamente es intubada y trasladada a UVI.

**Conclusiones:** este caso remarca la importancia de hacer un exhaustivo estudio orgánico antes de establecer una causa psiquiá-

trica de los signos y síntomas que presenta un paciente, incluso en el caso de que el enfermo presente antecedentes psiquiátricos previos.

#### PO-1119

##### ESQUIZOFRENIA RESISTENTE. A PROPÓSITO DE UNA MUESTRA DE DIEZ CASOS

A. Zafra Villena, L.M. García Santos, L. Donaire Adánez  
y F.J. González Díaz

**Introducción:** Para llegar al diagnóstico clínico nos basamos en la identificación de signos y síntomas, de forma que los agrupamos para llegar a definir un trastorno. La esquizofrenia resistente constituye una entidad que tiene una difícil conceptualización. Su prevalencia se encuentra alrededor del 20% de las psicosis defectuales.

**Objetivos:** Presentamos el caso clínico de 10 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide (F20.0 de la CIE-10) y analizamos los diferentes tratamientos farmacológicos que se han pautado para valorar si se cumplen los criterios compatibles con el diagnóstico de esquizofrenia resistente.

**Metodología:** Se realiza el seguimiento de los pacientes de forma ambulatoria durante los últimos dos años, se realiza la entrevista psiquiátrica de forma trimestral. Los datos del inicio de la enfermedad se recogen de la historia clínica.

**Resultados:** Tras valorar el curso clínico que ha tenido este paciente y teniendo en cuenta los criterios de Kane et al, (1988): 1- persistencia de síntomas positivos; 2- presencia de enfermedad de grado moderado-severo (BPRS igual o mayor de 45); 3- no existencia de periodo adecuado de funcionamiento social -laboral en los últimos cinco años; 4- resistencia farmacológica, consideramos que nos encontramos ante diez casos de esquizofrenia resistente. Tras realizar algunas de las estrategias recomendadas en la literatura para el abordaje de esta patología como es el uso de clozapina, observamos cómo es preciso la utilización de terapia combinada con otro neuroléptico, siendo utilizados en todos los casos antipsicóticos atípicos, obteniéndose un resultado eficaz en el tratamiento de la sintomatología positiva frente a la negativa.

**Conclusiones:** Antes de considerar un paciente esquizofrénico como resistente debemos: 1- reconsiderar diagnóstico; 2- asegurar cumplimiento del tratamiento; 3- identificar factores estresantes; 4- optimizar dosis y duración del tratamiento neuroléptico convencional.

#### PO-1124

##### LA EROTOMANÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Segura Escobar, L. Villoria Borrego, B. Soledad Baón Pérez  
y A.J. Ramírez García

**Introducción:** Para Castilla del Pino, el delirio es un error necesario, en el que el sujeto pasa de fantasear interiormente a la realización precaria del deseo insatisfecho en el exterior.

**Objetivos:** Realizar una revisión de un caso clínico para poner de manifiesto cómo la trayectoria de una paciente puede hacer que al delirar lo haga de una forma concreta.

**Metodología:** Se expone el caso de un paciente de 26 años de edad ingresada en un Hospital de Día con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

**Resultados:** Durante los meses de ingreso se realizó un abordaje de la paciente en el que se puso de manifiesto como su trayectoria vital y sus antecedentes familiares habían influido en el desarrollo de la temática delirante.

**Conclusiones:** Nuestra paciente tenía unas expectativas desde adolescente, pretendiendo tener una relación sentimental con alguien que elevase el nivel de su familia, y así tener hijos "sanos" e inteligentes. Tras la ruptura con su pareja comenzó a delirar, centrandose la temática delirante en la erotomanía.



PO-1126

**COMORBILIDAD DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC). A PROPÓSITO DE UN CASO**A. Soto Ruano, A. Chinchilla Moreno, T. Álvarez González  
y A. Cebollada Gracia

**Introducción:** Se ha descrito comorbilidad de los TOC tanto en el eje I como en el eje II de la DSM IV, siendo los más frecuentes en el eje I los trastornos del ánimo y los trastornos de ansiedad, y en el eje II los pertenecientes al cluster C.

**Objetivos:** Quisiéramos profundizar en este tema a raíz de un caso no del todo típico.

**Metodología:** Estudiamos el caso de una paciente que si bien presenta comorbilidad con un trastorno del eje I frecuente dentro de los TOC, también presenta comorbilidad con un trastorno del eje II raro entre los pacientes que presentan TOC.

**Resultados:** Paciente de 35 años, que 6 años antes comienza con clínica obsesivo-compulsiva referente a temática sexual (sobre todo en referencia a su hijo) y de limpieza (sobre todo de manos). Esto se asocia a un pensamiento mágico y supersticiones. Al mismo tiempo la paciente presenta un comportamiento histriónico, con continuas demandas de atención y gestos autolesivos manipulativos. Es también significativo que ha padecido trastornos depresivos francos, muy en relación con sus síntomas obsesivos de tinte sexual y los sentimientos de culpa asociados. La evolución de esta paciente ha sido tórpida, con fluctuaciones, pero en líneas generales bastante resistente a numerosos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos empleados.

**Conclusiones:** Se ha descrito una frecuente comorbilidad de los TOC con los trastornos afectivos, de entre un 20-30% (1); para lo que se han buscado mecanismos neurobiológicos comunes a ambos trastornos (2). Y se ha descrito una mayor frecuencia de los trastornos de la personalidad evitativos y anancásticos en los pacientes con TOC (3). Sin embargo es atípico encontrarse un paciente con TOC y al mismo tiempo un trastorno histriónico de la personalidad como ocurre en el caso que nos concierne. Esto nos llevaría a especular sobre cómo es posible la existencia de síntomas tan opuestos, como son los síntomas obsesivos y los síntomas histéricos, en la misma paciente. Por otro lado también se ha descrito peor evolución en los TOC que presentan otros trastornos asociados (1).

PO-1129

**IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE LA HEPATITIS C CRÓNICA EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

J.A. Solana Sorribas, M.T. Valiente Millán y L. Lasa Aznar

**Introducción:** La utilización de nuevos fármacos por parte de las distintas especialidades médicas puede suponer en ocasiones un riesgo para la estabilidad psicopatológica del paciente psiquiátrico. En muchos casos tendremos que valorar el riesgo que entraña frente al beneficio en la mejoría de la enfermedad física que se puede obtener.

**Objetivos:** Estudio y manejo de los efectos secundarios que puede producir la terapia con interferón y ribavirina en la estabilidad psicopatológica del paciente psiquiátrico.

**Metodología:** Revisión bibliográfica y descripción de un caso clínico.

**Resultados:** La prevalencia de la hepatitis C en la población psiquiátrica es importante (50%-80% en pacientes ADVP y alrededor del 50% en pacientes con dependencia del alcohol). Entre los efectos secundarios del tratamiento se han descrito depresión (30%-50%), ideación autolítica (5%) y suicidio consumado, irritabilidad (40%-70%), labilidad afectiva, despersonalización, dificultades de concentración y memoria, insomnio, manía y psicosis (5%). Constituyen una de las causas más frecuentes de abandono del tratamiento en la población general. La dosis y duración del tratamiento guardan relación con estas complicaciones. La sintomatología depresiva

suele aparecer entre el 1º y 3º mes del tratamiento. Es fundamental la detección precoz de los síntomas y la actuación inmediata.

**Conclusiones:** La enfermedad psiquiátrica previa, siempre que el paciente se encuentre estabilizado, no contraindica el uso de terapia antiviral (interferón y ribavirina) en la hepatitis C. Es obligado realizar una correcta valoración inicial del paciente y un estrecho seguimiento posterior. La tasa de abandono del tratamiento en pacientes con antecedentes de trastorno depresivo previo puede ser similar a los pacientes sin antecedentes si se realiza un correcto seguimiento y control. Los fármacos ISRS serían los antidepresivos más indicados, existiendo estudios que recomiendan incluso su utilización preventiva en pacientes de riesgo. El riesgo de exacerbación de un trastorno psicótico previo es bajo, aunque puede ser necesario un ajuste de la dosis de neuroléptico.

PO-1134

**AMNESIA DISOCIATIVA**S. Martínez Benítez, R. Consuegra, M. Herrera Giménez,  
J.M. López Navarro y P. Pozo Navarro

**Introducción:** Paciente mujer de 37 años que acude a S.U. del hospital por amnesia.

**Objetivos:** Diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de amnesia y la simulación.

**Metodología:** La paciente acude a S.U. pidiendo datos personales suyos. Las últimas semanas a estado sometida a gran estrés y tiene un lapso de 3-4 horas que no sabe que ocurrió.

**Resultados:** Se realizan test de tóxicos en orina, sangre, T.C. craneal y se concluye que todas las pruebas orgánicas son normales. Durante su estancia en S.U. (5 horas) la paciente va paulatinamente recordando datos olvidados con la ayuda de un hermano.

**Conclusiones:** La amnesia disociativa es una entidad rara y poco frecuente en la clínica, la cual plantea gran número de diagnósticos diferenciales, que, a veces son de difícil consecución, sobre todo en el ámbito de urgencias psiquiátricas.

PO-1171

**TCA NO INDUCIDOS POR DESEO DE PÉRDIDA PONDERAL: VEGETARIANISMO COMO FACTOR DE RIESGO**

R.R. Hortigüela Arroyo

**Introducción:** El vegetarianismo en sus distintas formas es una corriente en expansión en la sociedad occidental. Teniendo en cuenta que el inicio de la restricción alimentaria es el factor desencadenante de los TCA, realizar una dieta selectiva distinta al resto de la población de un mismo contexto cultural es un potencial factor de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades. Presentamos 2 casos clínicos a modo de ejemplo de dietas vegetarianas que han evolucionado hacia un TCA.

**Objetivos:** Conocer la opinión de los expertos sobre la relación entre vegetarianismo y TCA, dada la observación clínica realizada por nosotros, ejemplificada en 2 casos que presentamos en nuestra comunicación.

**Metodología:** Revisión mediante Pubmed (versión inglesa) y librería cochrane de artículos de la temática estudiada. Presentación de 2 casos clínicos que ejemplifican la hipótesis a estudio.

PO-1323

**DAÑO HEPATOCELULAR INDUCIDO POR RISPERIDONA NO RELACIONADO CON EL GENOTIPO CYP2D6**

Á. Doña, E. López-Torres, E.M. Peñas-Lledó y P. Dorado

**Introducción:** La risperidona es un neuroléptico atípico ampliamente utilizado debido a la baja incidencia y poca severidad de los efectos adversos hepáticos en comparación con las fenotiazinas. Se ha relacionado con algunos casos de hepatitis colestática e inmunológica. Risperidona es metabolizada a 9-hidroxi (OH) risperido-

na por el citocromo P450 2D6 (CYP2D6). Se han descrito dos fenotipos para la enzima CYP2D6: metabolizadores lentos y rápidos.

**Objetivos:** El polimorfismo genético de CYP2D6 podría explicar la variabilidad interindividual en la concentración plasmática de risperidona y el riesgo de desarrollar toxicidad hepática para risperidona y 9-OH-risperidona. Informamos de caso de daño hepatocelular inducido por risperidona.

**Metodología:** Un hombre de 19 años de edad, caucásico, fue ingresado en nuestro departamento de psiquiatría debido a alucinaciones, miedos irracionales y trastornos del pensamiento. Fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide y tratado con risperidona (8 mg/día). Carecía de antecedentes médicos de interés y no existía historia familiar de psicosis. Para evaluar la influencia del genotipo CYP2D6 sobre el riesgo de hepatotoxicidad durante el tratamiento con risperidona, el paciente fue genotipado para seis alelos polimórficos del CYP2D6 y múltiplos de alelos (\*3,\*4,\*5,\*6,\*10,\*17).

**Resultados:** En el ingreso, las pruebas funcionales hepáticas eran normales. Después de 3 semanas de tratamiento comenzó con astenia y pérdida de peso. Negaba haber tomado alcohol u otras drogas o remedios de herboristería, y no había recibido ninguna transfusión sanguínea. Los resultados del examen físico fueron normales. Los niveles de aspartato aminotransferasa fueron 283 UI/l (normal < 30) y sus niveles de alanito aminotransferasa fueron 778 UI/l (normal < 36). Los niveles de bilirrubina y fosfatasa alcalina fueron normales y también lo era el recuento eosinofílico. Se descartaron causas víricas mediante serología. Los resultados para detectar autoanticuerpos fueron negativos y una ecografía abdominal también fue normal. El tratamiento con risperidona se interrumpió y al paciente entonces se le dio olanzapina (10 mg/día). Seis días después de la retirada de tratamiento los niveles de alanito aminotransferasa se redujeron más de un 50 y volvieron totalmente a la normalidad de dos meses.

**Conclusiones:** Según nuestros datos, este es el primer caso que señala un daño hepatocelular inducido por risperidona sin reacción inmunoalérgica. En los metabolizadores lentos de CYP2D6 se encuentran marcadas diferencias en el perfil farmacocinética de risperidona y 9-OH-risperidona que podría incrementar el riesgo de toxicidad hepática. El paciente fue clasificado como homocigótico tipo salvaje para el CYP2D6. Por tanto el riesgo incrementado de desarrollar hepatotoxicidad no puede ser afrontado por la capacidad metabólica de este enzima. De acuerdo con este caso recomendamos obtener una línea base de la función hepática antes de comenzar un tratamiento con risperidona y monitorizar de forma regular a los pacientes durante el tratamiento.