

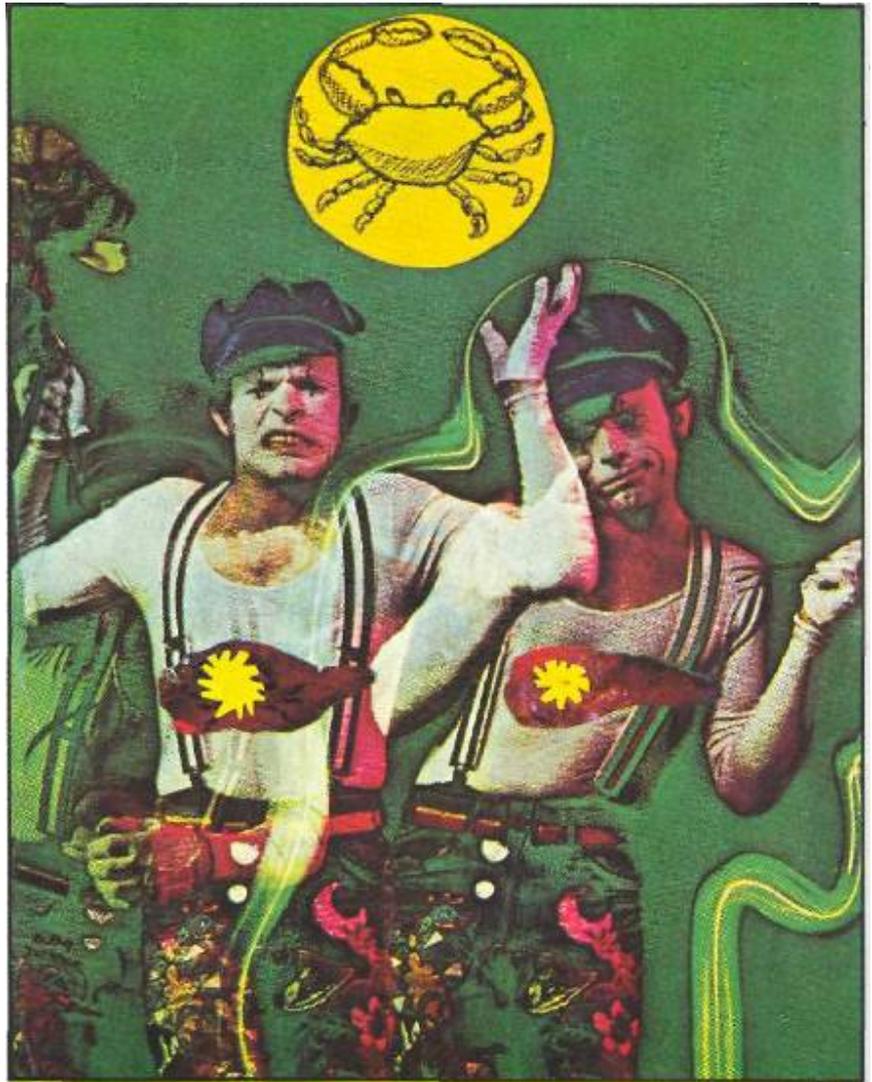
MAMA Y CARCINOMA DE PÁNCREAS

INFORME DE UN CASO

*Dr. Ramiro Coello Cortés **

La manía secundaria a enfermedad física o uso de medicamentos no es una entidad clínica firmemente reconocida. Guze Woodruff y Clayton (10) han observado tan pocos casos de manía secundaria que dudan de que dicho trastorno exista. La mayoría de los desórdenes afectivos mayores de origen medico-medicamentoso son de tipo depresivo, no maniaco, y por ello el concepto de la depresión mayor secundaria es aceptado como válido. Con respecto a la manía ha existido la presunción tácita de que toda manía es funcional. Con todo, en los últimos decenios se ha acumulado evidencia clínica suficiente para reconsiderar nuestros tradicionales conceptos de la manía. Hasta la fecha la manía secundaria se ha informado en asociación con: corticosteroides (3,4,8,9), insoniazida (11,12), procarbazona (14), levodopa (18,22,27) y bromuros hemodiálisis (5), influenza (25), fiebre Q (24), postencefalitis (28), tumores intracraneanos (19,26), neurosífilis (6), postoperatorio (17) y epilepsia del lóbulo temporal (21). Dada la importancia diagnóstica y etiológica de

Profesor de Psiquiatría, Coordinador del Comité de Investigación Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas U.N.A.H.



esta categoría clínica Wiesert y Hendrie (28) han alentado a otros autores a informar todos

los casos de manía secundaria. Este es el propósito del presente estudio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente es una mujer de raza negra, de 61 años de edad, divorciada y madre de dos hijas. En marzo de 1977 la mayor de ellas nota en su madre cambios inexplicables de conducta y temperamento. La paciente se torna irritable, se desespera con facilidad y su humor es cambiante de la alegría leve al enojo.

En una ocasión, sin motivo aparente, se disgusta con una desconocida que esperaba en la línea de pago de un supermercado. La paciente se enoja tanto que tienen que llevársela sin finalizar las compras.

En esos días se queja de dolor abdominal que hasta entonces había ignorado, habla incesantemente de asustos triviales, deja de comer, duerme poco, pierde peso rápidamente y pasa en constante actividad aunque sin completar ninguna de sus acciones. Se hace un intento por llevarla al hospital pero mientras esperaba para ver al médico comienza a insultar a otros pacientes en forma airada; las hijas se la llevan a casa. Sin embargo, un mes más tarde su sintomatología se empeora, el dolor abdominal es más intenso e irradiado a la espalda, hay tinte icterico esclerótico y pérdida severa de peso. La paciente se interna en el Centro Médico de Chicago practicándosele laparotomía que revela un adenocarcinoma de páncreas - comprobado por estudio histológico con metástasis al hígado y ganglios linfáticos regionales. Se hace una colecistoyeyunostomía y se prescribe Cotazyme y Lomotil. Se detectó un antígeno embrionario positivo y una glicemia de 121

mg/dl con hemoglobina de 10 grs/dl.

La evaluación psiquiátrica demuestra una paciente molesta, enojada; se pelea con la recepcionista quejándose de que la espera es muy larga. Lleva una peluca de pelo largo y liso, mal puesta y mal arreglada, anteojos oscuros con aros de colores, vestido grisáceo, medias verdes con rayas horizontales blancas y cartera roja. El aspecto es adelgazado, no agradable. Hay agitación moderada, se altera con la menor provocación.

Sin conocerlos, habla con otros pacientes y el personal de una manera incesante, rápida y apresurada al punto que es muy difícil interrumpirla. El contenido de su conversación es trivial e irrelevante. Hay distractibilidad severa, poco control de sus impulsos y reacciona en exceso hacia los estímulos externos. El afecto es irritable, disfórico y lábil. Se queja casi de todo: "Estas sillas son muy duras", "no sé por qué no me atienden rápido", etc. La consciencia, la orientación, la memoria y la percepción están normales. No hay autococimiento y el juicio está alterado por el presente estado.

La paciente llegó hasta el sexto grado. Se casó a los 14 años y se divorció once años más tarde por problemas inesclarecidos con el esposo. Tuvo cuatro embarazos con dos abortos espontáneos. Vive sola aunque sus dos hijas residen en el mismo edificio de apartamentos. No hay historia de trastornos psiquiátricos previos incluyendo depresión, ideas o conducta suicidas, manía o hipomanía. Por algunos años

cuando era joven (alrededor de los 28) ingirió alcohol en grandes cantidades. No fuma ni usa psicotrópicos. La historia familiar psiquiátrica es negativa en todos los parientes consanguíneos de primer orden.

Debido a la poca cooperación de la paciente y al riesgo de desequilibrio electrolítico no se le trató con litio. El tratamiento consistió de seguimientos cuidadosos, consejo familiar y dosis moderadas (debido a la edad) de tioridazina obteniéndose un control medianamente satisfactorio.

DISCUSIÓN CLÍNICA

La disforia, el habla rápida-apresurada y la hiperactividad constituyen los signos cardinales de la manía (29). Aunque clásicamente descrito como eufórico el afecto del paciente maniaco es más bien disfórico. Hay irritabilidad fácil - espontánea o provocada - cólera y algunas veces violencia. Es difícil confundir la disforia con el aplanamiento afectivo el afecto frío y distante del enfermo esquizofrénico.

Sin embargo, los cambios de conducta subsecuentes al trastorno disfórico a veces se interpretan como "paranoides" clasificándose al paciente como "esquizofrénico paranoide" cuando en realidad lo que sufre es manía (1). Obviamente, este error diagnóstico del clínico inexperto tiene serias repercusiones en el manejo de estos pacientes (20).

La manía es un desorden periódico que se presente en crisis. Los episodios tienen una duración variable dependiendo de si el paciente está o no en trata-

miento. En ciertos sujetos pueden alternarse con ataques de depresión mayor. El término "unipolar" se usa para designar aquellos pacientes que tienen sólo ataques depresivos. "Bipolar" indica la presencia de manía con o sin depresión. Cuando sólo ocurren crisis maníacas ellas se presentan por primera vez entre los 15 y los 35 años de edad y muy raramente fuera de este período. En general, las crisis de manía primaria que aparecen por primera vez después de los 35 años están asociadas a episodios previos de depresión mayor. La manía y la depresión mayor son trastornos que, aunque sin base genética comprobada, tienden a ser familiares y a afectar con más frecuencia los parientes consanguíneos de primer orden (padres, hermanos e hijos). En consecuencia, una historia personal previa por depresión mayor - o manía - o una historia positiva hacen más probable un ataque de manía después de los 35 años especialmente en el paciente bipolar.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA MANÍA SECUNDARIA

La aparición de una crisis aislada de manía - historias personal y familiar negativas - después de los 35 años debe hacer sospechar que su etiología sea secundaria a un trastorno médico o medicamentoso.

Sin embargo, no toda manía tardía que aparece simultáneamente con una alteración médica-medicamentosa deber ser necesariamente secundaria al trastorno concomitante. Tal es el caso de un paciente cuya manía se atribuyó al uso de procainamida (16). El sujeto tenía una

historia positiva previa por manía e incluso se le discontinuó el carbonato de litio al momento de iniciar el tratamiento con procainamida injustificándose así su clasificación como una manía secundaria a este fármaco. Así mismo, debe darse prioridad a un trastorno que ya previamente se conoce como causante de manía antes de dar paso a una nueva categoría clínica de manía secundaria.

Por último, la manía secundaria debe seguir un curso similar en tiempo al de desorden primario.

En resumen, los criterios diagnósticos de la manía secundaria incluyen los siguientes: 1) ausencia de crisis previas de depresión mayor, manía o hipomanía; 2) historia familiar psiquiátrica negativa por los mismos trastornos; 3) edad atípica de inicio - fuera del período de 15 - 35 años; 4) un curso paralelo al de la enfermedad primaria y 5) para establecer una nueva categoría el desorden médico-medicamentoso debe ser nuevo y no uno ya anteriormente descrito como causal de manía.

CONCLUSIONES

El carcinoma de páncreas se ha informado en asociación con un síndrome depresivo mayor que llena todos los criterios de la depresión mayor secundaria (7,15). Hasta donde se ha revisado en la literatura mundial éste es el primer caso de una manía secundaria a cáncer pancreático. La paciente llenó todos los criterios de la manía secundaria incluyendo historia personal y familiar negativas por trastornos afectivos mayores, edad de

aparición tardía (61 años), curso paralelo del síndrome mental con el carcinoma de páncreas y ausencia de otras causas explicativas del cuadro maníaco.

El diagnóstico de carcinoma de páncreas fue comprobado independientemente por el cirujano y el patólogo. Una comprobación terapéutica con litio no fue posible debido al riesgo de desequilibrio electrolítico.

El caso es interesante por la oportunidad que ofrece de esclarecer los mecanismos etiológicos comunes de la depresión mayor y la manía. Hasta hace algunos años estos desórdenes se consideraban como estrictamente funcionales. Es posible que el carcinoma de páncreas produzca ambos cuadros por un mecanismo psicobiológico homólogo que a la fecha es desconocido. Aunque la mayoría de los casos de manía son primarios del cuadro debe considerarse como un síndrome de múltiples causas. En términos teóricos la manía secundaria apoya la hipótesis de que la manía es un síndrome con varios mecanismos psicobiológicos y desequilibra la idea de una explicación unitaria ya sea puramente psicológica, bioquímica, anatómica o genética.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS R, TAYLOR MA, GASTANAGA P: Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia Arch. Gen. Psychiatry 31:640-642,1974
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM III: Diagnostic and Statistical Ma-

- nual of Mental Disorders, 3rd. Ed, 1979
3. CLARK LD,BAVER W,COBB S: Preliminary y observations of mental disturbances occurring in patients under therapy with cortisone an ACTH. N. Engl. J. Med. 246:205-216,1952
 4. CLARK LD, QUARTON CC, COBB S: Further observations of mental distubances associated with cortisone and ACTH Therapy. N. Engl. J. Med. 249:178-183,1953
 5. COOPER AJ: Hypomanic psychosis precipitated by hemodialysis. Compr. Psychiatry 1967
 6. DENHURST K: The neurosyphilitic psychoses today: a survey of 91 cases. Br. J. Psychiatry 115:31-38, 1969
 7. FRAS I, LITTIN EM, PEARSON JS: Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of th pancreasa with those in some other intra-abdominal neoplasms. Amer. J. Psychiatry 123:1553-1562,1967
 8. GLASER GH: Psychotic reactions induced by corticotropin (ACTH) an cortisone. Psychosom. Med. 15:280-291,1953
 9. GOOLKER P, SCHEIN J: Psychic effects of ACTH and cortisone. Psyconsom. Med. 15:589-597, 1953
 - 10.GUZE SB, WOODRUFF RA, CLAYTON PJ: "Secondary" affective disorder: a study of 95 cases. Psychol. Med 1:426-428,1971
 - 11.JACKSON SL: Psychosis due to isoniazid. Br. Med J. 2: 743-746,1957
 - 12.KANE FJ, TAYLOR TW: Mania associated with use of INH and cocaine. Amer. J. Psychiatry 119:1098-1099, 1963
 13. KRAUTHAMMER C,KLERMAN GL: Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. Arch. Gen. Psychiatry 35:1333-1339,1978
 - 14.MANN AM,HUTCHISON JL: Manic reaction associated with procarbazine hydrochloride therapy of Hodgkin's disease. Can. Med. Assoc. J. 97:1350-1353,1967
 - 15.MARTIN MJ: Psychiatry and Medicine. Comprehensive Textbook of Psychiatry. II. Freedman, Kaplan, Sadock (Eds), Baltimore: Williams, 1746, 1975
 - 16.McCRUM ID,GUIDRY JR: Psicosis inducida por procainamida. JMA CA 1:174-175, 1978
 17. MUNCIE W: Postoperative states of excitement. Arch. Neurol. Psychiatry 34:681-703,1934
 - 18.O'BRIEN CP, DIGIACOMO JN,FAHN S: Mental effects of high dosage levodopa. Arch. Gen. Psychiatry 24:61-64, 1971
 - 19.OPPLER W: Manic psychosis in a case of parasagital meningioma. Arch. Neurol. Psychiatry 64:417-430,1950
 - 20.POPE HG,LIPINSKI JF: Diagnosis in shcizopherenia and manic depressive illness. Arch. Gen. Psychiatry 135: 806-811,1978
 - 21.ROSENBAUM AH,BARRY Jr MJ: Positive therapeutic response to lithium in hipomania secondary to organic brain syndrome. Amer.J. Psychiatry 132:1072-1073,1975
 22. RYBACK RS,SCHWAB RS: Manic response to levodopa therapy:report of a case N. Engl. J. Med 285:788-789, 1971
 - 23.SAYED AJ: Mania and Bromism. Amer. J. Psychiatry 133:228-229,1976
 - 24.SCHWARTZ RB: Manic psychosis in connection with Q fever. Br. J. Psychiatry 124: 140-143,1974
 - 25.STEINGBERG D,HIRSCH SR,MARSTON SD: Influenza infection causing manic psychosis. Br. J. Psychiatry 120: 531-535,1972
 - 26.STERN K,DANCEY T: Glioma of the diencephalon in a manci patient Amer. J. Psychiatry 98:716,1942
 - 27.VAN WOERT MH,AMBANI LM,WEINTRAUB MI: Manic behavior and levodopa. N. Engl. J. Med. 285:1326,1971
 - 28.WEISER KN,HENDRIE HC: Secondary mania? Am.J. Psychiatry 134:929-930,1977
 - 29.WINOKUR GW, CLAYTON PJ, REICH T: Manic Depressive Illness. St. Louis: Mosby, 1969