

Emergencia hipertensiva secundaria a terapia electroconvulsiva en un anciano

Marquès Villalonga, A.; Castelló Pons, T. y Sánchez Pérez, M.

Clínica Sociosanitaria. Hospital Sagrat Cor. Martorell.

Sr. Director:

La terapia electroconvulsiva (TEC) está reconocida como una terapia muy efectiva para tratar diversos trastornos psiquiátricos, en jóvenes y también en ancianos^{1,2}. De todas las complicaciones, la más conocida es la amnesia de memoria reciente anterógrada y retrógrada. Sin embargo, las más graves se producen en el área cardiovascular, y consisten en una bradicardia en el momento inmediato post-TEC y, pocos segundos después, en una taquicardia sinusal e hipertensión arterial (HTA)³, que ha demostrado ser secundaria a una descarga de catecolaminas a escala central y periférica^{1,4,5}. Si el paciente ya era un hipertenso conocido la crisis hipertensiva suele ser mayor⁵. Por regla general tanto la taquicardia como la HTA se resuelven en menos de 20 min después de la crisis comicial^{2,4}.

Se expone el caso de un anciano hipertenso, afectado de síndrome de Cotard, que presentó una emergencia hipertensiva tras el tratamiento con TEC, objetivándose cifras de presión arterial (PA) no documentadas por este motivo en la revisión bibliográfica realizada a través de Internet en Medline y en Pub-Med (*National Library of Medicine* de los EE.UU.) con los descriptores «*hypertension and electroconvulsive therapy and venlafaxine*» y también «*hypertensive emergency and electroconvulsive therapy*», sin limitar el período de tiempo (la venlafaxina es un fármaco relativamente reciente).

Varón de 70 años que ingresa en la unidad de psiquiatría geriátrica de nuestro hospital por trastornos de conducta, con comportamientos heteroagresivos y notable autoabandono de los cuidados básicos (higiene, alimentación y otros).

El paciente tenía antecedentes de HTA y sintomatología depresiva de características endogeniformes de 20 años de evolución, añadiéndose posteriormente clínica de importante desorganización conductual (autoabandono de cuidados básicos, conductas excéntricas, coprofilia, comportamientos de heteroagresividad), con la negativa a ser visitado y tratado por algún médico. Se estableció el diagnóstico de síndrome de Cotard⁶.

Durante el ingreso se instauró tratamiento con haloperidol y venlafaxina (75 mg/12 h), sin conseguir respuesta tras 4 semanas. Por este motivo se optó por añadir TEC. Tras la sexta sesión el paciente presentó cifras de PA normales, sin embargo, a las 3 h de haber sido sometido a la técnica, inició clínica de disnea, náuseas y vómitos, y disminución del nivel de conciencia objetivándose cifras de PA superiores a 300 mmHg, que se confirmaron con dos tensiómetros diferentes (que siguen las revisiones habituales). La situación se normalizó en 30 min con la administración de dos pulsaciones de 0,4 mg de nitroglicerina sublingual y 20 mg de enalapril oral.

Dada la situación clínica tendente a la cronicidad, y habiéndose agotado las alternativas terapéuticas, se trasladó al paciente a su residencia habitual.

Se ha revisado la bibliografía sobre TEC y HTA, algunos estudios demuestran cómo el tipo de anestésico (metohexital o propofol) pueden hacer variar la respuesta hemodinámica, aunque con el último la HTA y la taquicardia son menores⁷; la nitroglicerina intravenosa o nebulizada sublingual son efectivas para prevenir o tratar la crisis hipertensiva^{8,9}. Un minucioso estudio japonés¹⁰ demuestra cómo el tratamiento con cuatro fármacos hipotensores diferentes (individualmente) reduce el incremento de PA; sin embargo, el bloqueador beta (alprenolol) o la nitroglicerina atenúan, respecto a la prostaglandina E1 y el nicardipino, el incremento del flujo sanguíneo cerebral que se asocia con la TEC, medido en la arteria cerebral media derecha y, en el caso del bloqueador beta, también la taquicardia. Todo ello sin provocar isquemia cerebral relativa.

Correspondencia: A. Marquès Villalonga. Clínica Sociosanitaria. Hospital Sagrat Cor. Martorell. Avda. Comte de Llbreget, 117. 08760 Martorell.

E-mail: 26366amv@comb.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Crowe RR. Electroconvulsive therapy: a current perspective. *N Engl J Med* 1984;311:163-7.
2. Kelly KG, Zisselman M. Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:560-6.
3. Bernardo M, Navarro V, Salva J, Arrufat FJ, Baeza I. Seizure activity and safety in combined treatment with venlafaxine and ECT: a pilot study. *J ECT* 2000;16:38-42.
4. Jones RM, Knight PR. Cardiovascular and hormonal responses to electroconvulsive therapy. *Anaesthesia* 1981;36:795-9.
5. Bodley PO, Fenwick PB. The effects of electroconvulsive therapy on patients with essential hypertension. *Br J Psychiatry* 1966;112:1241-9.
6. Luque R, Valls JM. Síndrome de Cotard: aspectos históricos y conceptuales. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994;4:178-88.
7. Rampton AJ, Griffin RM, Stuart CS, Durcan JJ, Huddy NC, Abbot MA. Comparison of methoexital and propofol for electroconvulsive therapy: effects on hemodynamic responses and seizure duration. *Anesthesiology* 1989;70:412-7.
8. Villalonga A, Planella T, Castillo J, Hernández C, Cabrer C, Manalich M, et al. Nitroglicerina en nebulizador en la profilaxis de la hipertensión inducida por la terapia electroconvulsiva. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1989;36:264-6.
9. Nurenberg JR. Intravenous nitroglycerine in the management of posttreatment hypertension during electroconvulsive therapy. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:291-4.
10. Saito S, Kadoi Y, Iriuchijima N, Obata H, Arai K, Morita T, et al. Reduction of cerebral hyperemia with anti-hypertensive medication after electroconvulsive therapy. *Can J Anaesth* 2000;47:767-74.