Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):47

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2260 - Delirio Agudo en Adulto Mayor

M. Sánchez González

Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Sevilla. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 68 años .HTA, Crohn y distimia depresiva. Autónoma para las ABVD. Tratada con: mesalazina, rabeprazol, clortalidona, paroxetina y lorazepam. Alertan sus vecinos porque escuchan gritos y golpes en la vivienda. La paciente presenta agitación, agresividad y conducta extraña. Un hijo comenta que desde hace dos días no duerme, y en los últimos meses nota fallos mnésicos. Sufre caídas frecuentes por desequilibrio. Un mes antes sufrió TCE.

Exploración y pruebas complementarias: Alerta y poco colaboradora. Desorientada, agitada, desinhibida, inquieta, verbalmente agresiva, con actitud suspicaz; discurso delirante tipo paranoide y megalomaníaco (temática religiosa). Verborrea circunstancial, tendente al descarrilamiento, incoherente, con lenguaje inapropiado, hipoprosexia, falsos reconocimientos y delirio de tipo paranoide (persecutorio). No tiene focalidad neurológica. Juicio de realidad alterado y nula conciencia de enfermedad. ACR-abdomen: sin hallazgos. TA: 140/70 mmHg, FC: 95 lpm. FR: 14 rpm. Glucemia: 113 mg/dl,. Temperatura: 35,8 ^{o}C. SatO2: 98%. Se administra midazolam IM y se deriva al hospital. Hemograma, bioquímica y gasometría venosa: normales. Básico de orina: 25 leucocitos. Resto normal. Radiografía-tórax: sin hallazgos. ECG: RS a 85 lpm, sin hallazgos. TAC craneal: hipodensidades en sustancia blanca (posible isquemia evolucionada). No hidrocefalia ni líneas de fractura, ni hemorragias, ni isquemia aguda. Se da alta hospitalaria, con juicio de: brote psicótico agudo, en paciente con deterioro cognitivo subagudo y deprivación de sueño, como desencadenante, prescribiéndose: haloperidol, con derivación a Neurología para proseguir estudio ambulatorio. El hijo la lleva a consulta de su médico de familia a las 48 horas, porque sigue inquieta. Se ajusta la dosis de neuroléptico, y se pide analítica completa con hormonas tiroideas, vitamina-B12, y ácido fólico cuyos resultados son: perfil tiroideo normal, niveles de B12: 13 pg/ml (normal > 179) y ác. fólico: 4,5 ng/ml (normal > 140). Se prescribe cianocobalamina y ácido fólico.

Juicio clínico: Delirio agudo en el contexto de una pseudodemencia por déficit de B12.

Diagnóstico diferencial: Demencias, efectos adversos, fiebre o hipoglucemia, en edades avanzadas, o en psicosis exógena provocada por drogas o traumatismos craneoencefálicos (TCE), en edades más tempranas. Ante un cambio brusco en la conducta, en ausencia de trastorno neuropsiquiátrico conocido, debemos descartar cuadro psiquiátrico de debut en edad avanzada: esquizofrenia de inicio tardío, trastorno neurótico tipo bipolar, con delirio maniforme, parafrenia o psicosis funcional (en el contexto de una depresión mayor) o de un cuadro psicopatológico de base orgánica (síndrome confusional agudo). En los primeros: la consciencia está conservada, en el síndrome confusional disminuida.

Comentario final: La pseudodemencia con manifestaciones psicóticas por carencia de B12 es excepcional, pero reversible. Desde Atención Primaria, la determinación de B12 permite descartar, con un simple análisis, esta posibilidad.

Bibliografía

1. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. BMJ. 2007;334:842-6.
2. Alonso Z, et al. Delirium. A review focused on clinical practice. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012;32:247-59.
3. Lindenbaum J, et al. Neuropsychiatric disorders caused by cobalamin deficiency in the absence of anemia or macrocytosis. N Engl J Med. 1988;318:1720-8.
4. Behrens M, et al. Dementia caused by vitamin-B12 deficiency. Rev Méd Chile. 2003;131:915-9.

Palabras clave: Delirio. B12. Psicosis.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.