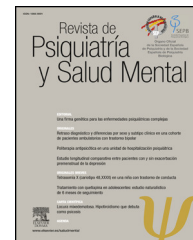




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

Delirium en la versión en español del DSM-5: ¿más confusión?



Delirium in the Spanish version of the DSM-5: More confusion?

Sr. Director:

En mayo de 2013 fue publicada la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), lo que conllevó cambios en algunos criterios diagnósticos con respecto a la edición previa, unos más profundos que otros¹. Las modificaciones más importantes respecto al delirium fueron:

- Centrar el ítem A en la atención (*attention, awareness*), que según datos empíricos es la más importante de las características nucleares del trastorno². Con este fin se dejó atrás el término complejo *consciousness* («conciencia») utilizado en el ítem A del DSM-IV-TR.
- Incluir un ítem específico sobre el diagnóstico diferencial con otros trastornos neurocognitivos como la enfermedad de Alzheimer o con un estado de estimulación extremadamente reducido (p. ej., coma).

Estos cambios, especialmente los relacionados con el ítem A, fueron recibidos positivamente por expertos en América y Europa³. Los 3 ítems restantes, que involucran la presencia de alteraciones en otras funciones cognitivas (p. ej., en la memoria), el inicio agudo-fluctuación de los síntomas y la necesidad de identificar posibles etiologías, fueron poco modificados.

En la versión en español de estos nuevos criterios para el diagnóstico de delirium (2014)⁴, se traduce la palabra *awareness* (presente en el nuevo ítem A) como «conciencia» (cuando dicha palabra aparecía en versiones anteriores del manual, se tradujo como «atención al entorno», preservando así la intencionalidad de los autores). El uso erróneo del término complejo y poco operativo «conciencia» por *awareness* en el ítem principal de los nuevos criterios podría reducir la concordancia entre evaluadores y entorpecer las decisiones terapéuticas. Además, es posible que disminuya

la validez internacional de los estudios llevados a cabo con la versión castellana del DSM-5.

El DSM-5 en español también desconcierta al denominar «síndrome confusional» al trastorno. Aunque esa denominación se relaciona con el concepto francés del siglo XIX, *Confusion Mentale Primitive* (que tuvo que ver con la consolidación del constructo actual del síndrome)⁵, la mayoría de los hispanoparlantes prefieren el vocablo delirium⁶. Dicho vocablo fue rescatado a partir de los primeros criterios operativos específicos publicados en el DSM-III, buscando preservar la coherencia histórica con el término introducido por Celsus (c. 25 a.C.-c. 50 d.C.)⁷. Delirium es también el nombre usado en la otra clasificación vigente en español, la 10.^a versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. La falta de consenso en la designación de un trastorno sobre el que deben intervenir profesionales de diversas áreas dificulta la comunicación y podría llevar a situaciones en las que distintos especialistas piensan que están afrontando varios diagnósticos en lugar de uno.

Los editores de la REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL nos informaron que el equipo traductor del DSM-5 recibió de la *American Psychiatric Association* un glosario de términos en español que debía usar. Dicha indicación llevó a que la versión en nuestro idioma de diversos criterios diagnósticos no sea tan ajustada a las particularidades lingüísticas como el equipo hubiese querido, por lo que está atento a perfeccionarlos en una próxima revisión.

Reed y Ayuso-Mateos⁸, en referencia a la esperada Clasificación Internacional de Enfermedades 11.^a edición, sostienen que durante el desarrollo de cualquier clasificación diagnóstica es importante tener en cuenta las peculiaridades de los diferentes lenguajes en los que será editada, con el fin de optimizar su utilidad. En este mismo sentido, Tohen⁹ señala que se debe procurar que el lenguaje, como eje vertebrador de la psiquiatría, facilite la colaboración entre profesionales de habla hispana.

En nuestra opinión, al utilizar el DSM-5 en español para diagnosticar el delirium se debe tener en cuenta que el ítem A de la versión original en inglés se refiere a alteraciones en la atención³. Además, delirium es el nombre actual y el más aceptado en el mundo para el síndrome que nos ocupa⁶, por lo cual abogamos por su uso en lugar de otros términos que proliferan entre diferentes especialistas.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5™). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Franco JG, Trzepacz P, Meagher DJ, Kean J, Lee Y, Kim JL, et al. Three core domains of delirium validated using exploratory and confirmatory factor analyses. *Psychosomatics*. 2013;54:227–38.
3. European Delirium Association. American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:141.
4. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5.ª ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Chaslin P. Elementos de semiología y clínica mentales. Buenos Aires: Polemos; 2010.
6. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, Rozzini R, Mistraretti G, Trompeo AC, et al. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2008;34:1907–15.
7. Lipowski ZJ. Delirium: How its concept has developed. *Int Psychogeriatr*. 1991;3:115–20.
8. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2011;4:113–6.
9. Tohen M. Psychiatric collaborations in the Hispanic world. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2014;7:155–6.

Esteban Sepulveda^{a,*} y José G. Franco^{a,b}

^a Hospital Psiquiátrico Universitari Institut Pere Mata, IISPV, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España

^b Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Medicina, Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace, Medellín, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esteban_sr@hotmail.com (E. Sepulveda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.05.002>

La psicosis, una presentación inusual de la tiroiditis de Hashimoto



Psychosis, an unusual presentation of Hashimoto's thyroiditis

Sr. Director:

La tiroiditis de Hashimoto es una entidad descrita por Hashimoto en 1912. Se caracteriza por títulos elevados de anticuerpos antitiroideos e inflamación linfocitaria de la glándula tiroidea. En 1966, Brain et al. relacionan la tiroiditis y la encefalopatía de Hashimoto¹. En este caso el inicio es gradual, el curso recurrente y con títulos elevados de anticuerpos².

La prevalencia es de 2,1/100.000, predominante en mujeres (5:1). De ellos, un 20-44% se presenta antes de los 18 años³. De etiología desconocida se adscribe al grupo de los trastornos autoinmunes, y se asocia a entidades como el lupus eritematoso, el síndrome de Sjögren y la diabetes mellitus tipo 1³. Su patogenia es desconocida ya que no existe una relación directa entre la enfermedad tiroidea y la encefalitis. La función tiroidea está conservada en la mayoría de los casos, en otros, cursa con hipertiroidismo, y en el menor de los casos se manifiesta con hipotiroidismo. Todos los casos de encefalitis de Hashimoto presentan una clínica de encefalopatía aguda o subaguda que puede cursar con síntomas neuropsiquiátricos⁴. La forma de evolución más común es con recaídas y remisiones (50%), y gradual e insidiosa (40%)⁵.

Las pruebas complementarias son anodinas. La analítica suele ser normal salvo los casos de asociación de encefalopatía y tiroiditis de Hashimoto, que detectan marcadores de enfermedad autoinmune. Entre los anticuerpos antitiroideos, los antimicrosómicos y antiperoxidasa a títulos superiores a 100 veces lo normal son los más específicos y

están presentes en el 100% de los casos⁶; los anticuerpos antitiroglobulina se hallan en un 70% de estos³. El EEG más frecuente muestra ondas lentas, ondas trifásicas o trastornos epilépticos⁷. Las pruebas de neuroimagen resultan inespecíficas. El diagnóstico se realiza por exclusión, una vez que se han descartado las causas más frecuentes de encefalopatía y se detectan los anticuerpos antitiroideos.

El tratamiento es con corticoides intravenosos y orales durante 4-6 semanas hasta obtener mejoría; a partir de entonces se realiza una pauta descendente hasta su retirada^{6,8}. Además es necesario un tratamiento sintomático con medidas de hidratación, analgesia, medicación antipsicótica y antiepiléptica.

Presentamos el caso de un varón de 44 años, soltero, con buen apoyo sociolaboral. Sin antecedentes psiquiátricos. Como antecedentes somáticos, clínica hipertiroidea de 4 meses de evolución, con ansiedad manifiesta, insomnio y pérdida ponderal de 23 kg. Como hábitos tóxicos destaca enolismo de larga evolución, consumo esporádico de cocaína y consumo excesivo de tabaco.

La clínica se caracteriza por excitación psicomotriz, desorganización conductual, perplejidad, ideación delirante de tipo paranoide, religioso y megalóide con fluctuación de la temática según el estado afectivo. Al inicio del cuadro, esto se asocia a crisis convulsivas en las que sufre traumatismos craneo-encefálicos.

En la exploración física está hemodinámicamente estable, sin fetor enólico. En la exploración neurológica hallamos bradipsiquia, somnolencia diurna y temblor intencional en miembros superiores. Analítica general, normal. Tóxicos negativos. En las pruebas complementarias destaca una elevación de hormonas tiroideas, T3: 0,51 ng/dl; T4: 1,94 ng/dl, una elevación de Ac. microsómicos: 159,8 UI/ml y de Ac. anti-tiroglobulina: 420,7 UI/ml. En la TAC torácica se objetiva una imagen sugestiva de hiperplasia tímica. La glándula tiroidea presenta aumento difuso de la región del istmo. En la eco-Doppler de tronco supraaórtico y en la ecografía de cuello se constata bocio difuso del tiroides. La TAC