

Carta al editor

Trastornos delirantes: límites de un concepto

C. F. Fear, T. McMonagle y D. Healy

*Comentario por P. Berner
14 rue Mayet, 75006 París, Francia*

La experiencia clínica justifica sin duda los intentos de las clasificaciones modernas por reservar a los síndromes delirantes un lugar separado no atribuible a la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo o las disfunciones cerebrales de causa somática. Sin embargo, los autores insisten con razón en que la definición de los límites de esta categoría y su subdivisión requieren algunas mejoras, especialmente con respecto a su delimitación de la esquizofrenia. Sus propuestas precisan, no obstante, algunos comentarios críticos.

Los autores atribuyen el olvido de los trastornos delirantes no esquizofrénicos, muy difundido en el pasado, exclusivamente al ascenso de la conceptualización de Bleuler de la esquizofrenia. Esta opinión se debe matizar, ya que las escuelas de Kraepelin y Schneider comparten también un papel considerable en esta evolución: Mayer [7] y Kolle [5] recomendaron la inclusión de las parafrenias y la paranoia de Kraepelin en la esquizofrenia basándose en los estudios catamnésicos y familiares, aunque sus datos, cuando se examinan críticamente, no parecen del todo convincentes. La escuela de Bleuler admitió que los "síntomas accesorios" solos pueden permitir la atribución de esquizofrenia bajo ciertas condiciones no especificadas con claridad. Schneider, sin embargo, adoptó el mismo punto de vista con respecto a sus "síntomas de segundo rango". Además, tanto él como Bleuler extendieron los límites de la esquizofrenia por medio de la aplicación del "principio jerárquico" de Jaspers, que estipula que, en caso de una combinación de síntomas esquizofrénicos y afectivos, los primeros determinan el diagnóstico.

Los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) para esquizofrenia hacen caso omiso del principio de

Jaspers y combinan los puntos de vista de Kraepelin, Bleuler y Schneider, pero atribuyen un peso diagnóstico preeminente a las ideas delirantes extrañas. Los autores contradicen esta decisión y subrayan que lo "extraño" no debe estar basado siempre en experiencias subyacentes anormales, sino que puede también aparecer a causa de una "exuberancia imaginativa". En esta perspectiva, proponen concebir un "subtipo imaginativo" de trastorno delirante y recomiendan esta estrategia no sólo para evitar atribuciones injustificadas a la esquizofrenia, sino también porque suponen que una subdivisión del trastorno delirante basada en los mecanismos de la formación de las ideas delirantes es más adecuada para la investigación patogénica que las categorías fundadas en el contenido.

El DSM-IV contiene realmente una imprecisión importante en su clasificación de las perturbaciones que muestran ideas delirantes. Los criterios para el trastorno delirante incluyen sólo las ideas delirantes no extrañas y requieren un funcionamiento sin deterioro notable. Sin embargo, el criterio B para esquizofrenia requiere una disfunción social/ocupacional durante una parte significativa del tiempo. ¿Dónde se situarían entonces los casos que presentan ideas delirantes extrañas pero no cumplen este criterio? Este problema se podría resolver si el requisito para incluir sólo las ideas delirantes no extrañas se eliminara del criterio A para trastorno delirante y si la referencia a las ideas delirantes extrañas se omitiera de la nota añadida al criterio A para esquizofrenia. El apego de los autores al punto de vista de Schneider se podría satisfacer entonces si esta nota estipulara que la presencia de un síntoma de primer rango cumple el criterio A para esquizofrenia. Estas modificaciones podrían evitar el establecimiento de un conjunto particular de criterios para los estados delirantes confabulatorios, ya que la yuxtaposición de creencias fantásticas y un funcionamiento social relativamente bueno observado con frecuencia en estos casos se podría incluir en la descripción de este subtipo, y el requisito de que no se haya cumplido nunca el criterio A para esquizofrenia estaría

Seropram[®]

Citalopram

*El ISRS más **S**electivo*

Tratamiento de primera elección de la depresión en el anciano



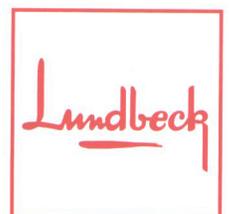
Solución
S
Seropram[®]

Antidepresivo

EFICAZ, SEGURO Y

MUY BIEN TOLERADO

La solución a la depresión depende de su elección



PUZZLE
SALUD

contenido ya en los criterios para el grupo entero de trastorno delirante.

La conceptualización de los autores del subtipo imaginativo del trastorno delirante no sólo se debe poner en tela de juicio debido a las dudas sobre el valor heurístico de los síntomas de primer rango [1, 2, 6], sino también en vista de la dificultad para evaluar fiablemente el carácter "extraño" y la "exhuberancia imaginativa" [4]. En esta perspectiva, se debería desaconsejar el establecimiento de esta categoría hasta que los exámenes neuropsicológicos -por ejemplo, los mencionados en el artículo- se hayan desarrollado lo suficiente para comprender por completo estos fenómenos. Si esta demanda se satisface, la investigación sobre el subtipo imaginativo del trastorno delirante puede ayudar a clarificar si el supuesto de Dupré y Logre [3] de que los estados delirantes confabulatorios se derivan de un trastorno de la personalidad independiente está justificado, o si la inclinación a la fantasía es únicamente un factor patoplástico inespecífico que llevaría a los sujetos dotados de esta disposición a desarrollar inferencias imaginativas, mientras que los individuos racionales, bajo las mismas condiciones causales, producirían convicciones lógicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenter WT, McGuffin P, Mellor CS, Fuller Torrey E, O'Grady J, Geddes JR, Christofi G, Sackett DL, Wing J, Haefner H, Crow TJ. Commentaries on "first-rank symptoms or rank-and-file symptoms?" *Br J Psychiatry* 1996; 169: 541-50.
2. Crichton P, First-rank symptoms or rank-and-file symptoms? *Br J Psychiatry* 1996; 169: 537-40.
3. Dupré E, Logre J. Les délires d'imagination. *Encephale* 1911; 209-32.
4. Garety PA, Hemsley DR. *Delusions*. Hove, East Sussex: Psychology Press, 1997.
5. Kolle K. *Die primate Verrucktheit*. Leipzig: Thieme, 1931.
6. Liddle P, Carpenter WT, Crow T. Syndromes of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 721-7.
7. Mayer W. Über paraphrene Psychosen. *Z Neurol Psychiatr* 1921; 71: 187-206.

Seropram®

Citalopram

Seropram® Citalopram (D.C.I.) Comprimidos. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene: Citalopram (D.C.I.) (bromhidrato) 24,98 mg (correspondiente a Citalopram base 20 mg). Excipientes (conteniendo Lactosa (23,1mg)), c.s. **INDICACIONES:** Episodios depresivos mayores. **POSOLÓGIA:** Este medicamento está indicado exclusivamente para el adulto. **Adultos:** La dosis mínima eficaz es de 20 mg al día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar progresivamente hasta un máximo de 60 mg al día. La dosis óptima es de 40 mg/día. **Ancianos:** La dosis diaria recomendada es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar hasta un máximo de 40 mg/día. **En caso de insuficiencia hepática:** Los pacientes afectados de función hepática disminuida no deberán recibir dosis superiores a 30 mg/día. **En caso de insuficiencia renal:** No se requieren precauciones especiales para los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Hasta el momento no se dispone de información para el tratamiento de pacientes con función renal severamente disminuida (aclaramiento de la creatinina <20 ml/min). **Duración del tratamiento:** El efecto antidepressivo generalmente se inicia después de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento. El tratamiento con antidepressivos es sintomático y, por tanto, debe continuarse durante un periodo de tiempo apropiado, generalmente durante seis meses, a fin de prevenir recaídas. No existen estudios sobre la prevención de recurrencias. **FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Los comprimidos de citalopram pueden administrarse en una sola toma diaria, en cualquier momento del día, independientemente de las comidas. **CONTRAINDICACIONES:** a) Hipersensibilidad al citalopram. b) Insuficiencia renal severa con aclaramiento de creatinina inferior a 20 ml/minuto, ante la ausencia de datos. c) Niños de menos de 15 años de edad; no se dispone de datos. d) Asociación con los IMAO no selectivos e IMAO selectivos B (véase interacciones con otros medicamentos). e) Contraindicaciones relativas: asociaciones con los IMAO selectivos A. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Advertencias: a) Como en todo tratamiento con antidepressivos, el riesgo de suicidio persiste en el periodo inicial del tratamiento en los pacientes depresivos, porque la supresión de la inhibición psicomotora puede preceder a la acción antidepressiva propiamente dicha. b) Dado que al inicio del tratamiento aparecen insomnio o nerviosismo, se puede considerar una disminución de la dosis o un tratamiento sedante asociado hasta la mejoría del episodio depresivo. c) Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. La cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia. Precauciones especiales de empleo: a) En caso de insuficiencia hepática, el metabolismo puede enlentecerse, por lo que se deberá reducir la dosis a la mitad (véase Posología y forma de administración). b) En caso de crisis maniaca debe interrumpirse el tratamiento con citalopram y prescribirse un neuroléptico sedante. c) La asociación de un inhibidor de la recaptación de serotonina con un IMAO selectivo A (véase interacciones con otros medicamentos) sólo debe llevarse a cabo como último recurso, es decir, en el 5% de las depresiones resistentes a los tratamientos ensayados con anterioridad. 1)- sucesión de dos antidepressivos de mecanismo diferente y prescritos en monoterapia. 2)- asociación de un antidepressivo con litio. Si estas tentativas fracasan esta asociación puede considerarse como último recurso, pero impone un seguimiento extremadamente riguroso del paciente, teniendo en cuenta el riesgo de síndrome serotoninérgico* (véase más adelante) al que está expuesto. -En los pacientes que tengan antecedentes de epilepsia es prudente reforzar la vigilancia clínica y terapia electroconvulsiva. La aparición de crisis convulsivas impone la interrupción del tratamiento. -Aunque no se ha observado ninguna interacción clara con el alcohol, se recomienda limitar su consumo en caso de depresión. **INTERACCIONES:** Interacciones con otros medicamentos **ASOCIACIONES CONTRAINDICADAS:** + IMAO no selectivos: Riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico* Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada de un IMAO y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada de citalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO.* Síndrome serotoninérgico: La asociación de IMAO, selectivo o no, con las moléculas que inhiben la recaptación de la serotonina puede ser el origen de un síndrome serotoninérgico. El litio que aumenta la neurotransmisión serotoninérgica, puede igualmente provocar un síndrome serotoninérgico con los inhibidores de la recaptación de la serotonina, pero de manera más atenuada. Dicho síndrome se manifiesta por la aparición (en algún caso brusca), simultánea o sucesiva de un conjunto de síntomas que pueden hacer necesaria la hospitalización o incluso producir la muerte. Estos síntomas pueden ser: -psíquicos (agitación, confusión, hipomanía, ocasionalmente coma), -motores: (mioclonías, temblores, hiperreflexia, rigidez, hiperactividad), -vegetativos: (hipo o hipertensión, taquicardia, escalofríos, hipertermia, sudores), -digestivos: (diarrea). Para poder ser identificado como tal, el síndrome serotoninérgico debe presentar como mínimo tres síntomas de categoría diferente, y todo ello en ausencia de un tratamiento neuroléptico recientemente asociado o de un aumento reciente de la dosis de un tratamiento neuroléptico asociado, teniendo en cuenta las similitudes clínicas con el síndrome maligno de los neurolépticos. El estricto respeto de la posología indicada constituye un factor esencial en la prevención de la aparición de este síndrome. + IMAO selectivo B (senegilina) (Por extrapolación a partir de la fluoxetina): Riesgo de hipertensión paroxística y de síntomas de vasoconstricción periférica. Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada del IMAO-B y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada del citalopram y el inicio de un tratamiento por IMAO-B. **ASOCIACIÓN NO RECOMENDABLE:** + IMAO selectivo A (Moclobemida, toloxatonas): Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico* (véase anteriormente). Si la asociación es verdaderamente necesaria, realizar una vigilancia clínica muy estrecha. (véase Precauciones de empleo). **ASOCIACIONES QUE PRECISAN PRECAUCIONES DE EMPLEO:** + Carbamazepina (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). Aumento de los niveles de carbamazepina con signos de sobredosis. Vigilancia clínica con control de las concentraciones plasmáticas de carbamazepina y posible reducción de la posología de carbamazepina durante el tratamiento con citalopram y después de su interrupción. + Litio (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico* (véase anteriormente). Vigilancia clínica regular. **ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA:** + imipramina: El citalopram comporta un aumento del 50% de las concentraciones sanguíneas de desipramina (metabolito principal de la imipramina). **EMBARAZO Y LACTANCIA:** La escasez de observaciones clínicas disponibles impone la prudencia en la mujer embarazada y durante la lactancia (véase Datos preclínicos de seguridad). **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Aunque el citalopram no altera las funciones psicomotoras conviene, como en todos los psicótropos, recomendar prudencia a los conductores de vehículos y usuarios de máquinas. **REACCIONES ADVERSAS:** Los efectos indeseables observados durante el tratamiento con citalopram son generalmente de intensidad leve o moderada. Serán evidentes durante la primera e incluso las dos primeras semanas del tratamiento, y posteriormente desaparecerán al mejorar el episodio depresivo. Se han encontrado en monoterapia o en asociaciones con otros psicótropos, los siguientes trastornos: -neuropsíquicos: nerviosismo, somnolencia, astenia, cefaleas, vértigos, trastornos del sueño, pérdidas de la memoria, tendencia suicida; -gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, sequedad de boca; -hepáticos: se han dado casos excepcionales de aumento de las enzimas hepáticas; -cutáneos: exantema; prurito; -visuales: trastornos de la adaptación; - metabólicos: pérdida o aumento de peso; - cardiovasculares: taquicardia hipotensión ortostática, bradicardia en los pacientes que tienen una frecuencia cardíaca baja; -de la libido; - de la micción; - diaforesis. **SOBREDOSIFICACIÓN:** Los principales síntomas hallados son: fatiga, vértigos, temblores de manos, náuseas, somnolencia. Durante las tentativas de intoxicación voluntaria con una mezcla de medicamentos, asociada o no con el alcohol, el citalopram no parece provocar la aparición de una sintomatología clínica específica, salvo con los IMAO selectivos A (véase Interacciones con otros medicamentos y precauciones de empleo). El tratamiento es sintomático, con lavado gástrico lo antes posible tras la ingestión oral. La vigilancia médica deberá mantenerse durante al menos 24 horas no existe tratamiento específico. **INCOMPATIBILIDADES:** Ninguna. **PRECAUCIONES DE CONSERVACIÓN:** Conservar a temperatura ambiente (inferior a + 25° C). **INSTRUCCIONES DE USO Y MANIPULACIÓN:** Ninguna. **NOMBRE O RAZON SOCIAL Y DOMICILIO PERMANENTE O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** Lundbeck España, S.A., Av. Diagonal, 605, 9º 1ª, 08028 Barcelona. **CON RECETA MEDICA.** **PRESENTACIÓN Y PVP IVA (4%):** Seropram® comprimidos: envase conteniendo 14 comprimidos de 20 mg, 2.723 pts. Envase conteniendo 28 comprimidos de 20 mg, 5.446 pts. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL S.N.S.:** A estas especialidades les corresponde APORTACIÓN REDUCIDA. **TEXTO REVISADO ENERO 1.996. CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.**

