

ELS TÒXICS A URGÈNCIES

AL·LUCINOSI
ALCOHÒLICA



INSTITUT
PERE MATA

Eduard Izquierdo Vendrell
Rosa Mariné Rubio
MIR PSIQUIATRIA

CAS CLÍNIC

- Dona de 50 anys que acudeix a urgències d'hospital general per al·lucinacions visuals.
- AP: No AMC. No HTA. No DM. NO HLP. No IQ. No tractaments crònics. Nega tòxics.
- AF: No refereix.
- No contacte previ amb Salut mental.

CAS CLÍNIC

- Casada, mare de 2 fills. Viu amb el seu marit. Ha treballat en feines de baixa qualificació; actualment a l'atur.
- MA: Des de fa tres nits, que quan es fica al llit per dormir “**veu un ciclista, amb la seva bicicleta que entra a l'habitació, la saluda i es fica a l'armari**”. Posteriorment la pacient registra l'habitació i no troba ningú, fent crítica de les al·lucinacions, i reconeixent-les com irreal, però amb molta angoixa al respecte.

CAS CLÍNIC

- **EF:** Conscient i orientada. Caquèctica. Tremolor fina distal. Afebril. Normo constant. Exp. Neurològica normal. Resta de la exploració física sense alteracions.
- **ANALÍTICA:** GGT Elevada, GPT i GOT Elevada, Anèmia macrocítica, resta de hemograma i coagulació normals. Alcohol en plasma 180 mg/dl. Resta de tòxics a orina negatius.
- **TAC CRANEAL** sense alteracions significatives.

CAS CLÍNIC

- **EPP: Conscient i orientada en temps, persona i espai. Aspecte descuidat. Inquietud psicomotriu. Tremolor distal. Ansietat flotant. Labilitat emocional. Ànim hipotímic reactiu. Discurs coherent. No ideació delirant. Al·lucinacions visuals. Hiporèxia. Insomni de conciliació. Escassa consciència de trastorn.**
- **Encara que la pacient ho negava en un primer moment, després dels resultats de l'analítica, i confrontar-ho reconeix consum d'alcohol de forma crònica des de fa anys, que ha augmentat des de que es troba a l'atur, especialment els últims dies, fins a uns 120-150 g/acohol/dia, i que amaga al seu marit.**

CAS CLÍNIC

■ Tractament:

- Desintoxicació amb benzodiazepines amb pauta descendent
- Quetiapina 200 mg/24 h

- ## ■ Evolució: Control al CAS referent, amb remissió progressiva dels símptomes en 3 setmanes, mantenint la pacient abstinència del consum d'alcohol.

Al·lucinacions visuals

- Diferents hipòtesis expliquen la fisiopatologia de les al·lucinacions visuals
 - Irritació dels centres corticals responsables del processament visual. Tant del còrtex visual primari (àrea 17), com del còrtex de l'associació visual (àrees 18 i 19).
 - Lesions de les vies aferents del sistema visual, provoquen canvis bioquímics i moleculars específics que comporten un augment de excitabilitat (s'ha relacionat amb la privació visual prolongada).
 - El sistema d'activació reticular s'ha implicat en la gènesis de las al·lucinacions visuals, sense quedar clar el mecanisme, però amb clara relació amb lesions del tronc cerebral.

Al·lucinacions visuals

Resting brain perfusion in alcohol-induced psychotic disorder: A comparison in patients with alcohol dependence, schizophrenia and healthy controls

G.P. Jordaan ^{a,*}, J.M. Warwick ^b, R. Hewlett ^c, R. Emsley ^a

- S'ha trobat una augment d'activitat cerebral en la cissura calcarina dreta (còrtex primari visual) en pacients alcohòlics amb al·lucinacions en un estudi amb neuroimatge.

Thalamic hypofunction in alcohol hallucinosis: FDG PET findings

Michael Soyka ^{a,*}, Walter Koch ^b, Klaus Tatsch ^b

- En un estudi de neuroimatge es va trobar una hipofunció del talem en dos pacients que presentaven al·lucinosi alcohòlica, i que es va recuperar al millorar la clínica.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- **AL·LUCINOSI ALCOHÒLICA**
- **PATOLOGIA ORGÀNICA**
- **DELIRIUM TREMENS**
- **ESQUIZOFRÈNIA**

AL·LUCINOSI ALCOHÒLICA

- Trastorn psicòtic induït per alcohol amb predomini d'al·lucinacions.
- Quadre d'al·lucinacions auditives i/o visuals que acostumen a aparèixer en relació amb canvis bruscos del consum (increment o descens).
- Inici agut / subagut.
- Duració breu (dies, setmanes).
- Sense alteració del nivell de consciència.

AL·LUCINOSI ALCOHÒLICA

- Es pot acompanyar d'ideació delirant secundària poc estructurada de referència i angoixa important.
- El més freqüent són les al·lucinacions auditives → contingut acostuma a ser acusatori, amenaçant o imperatiu, comportant alteracions conductuals.
- És freqüent que es reaccioni amb temor i angoixa, encara que s'acostuma a fer crítica de les al·lucinacions.

AL·LUCINOSI ALCOHÒLICA

■ TRACTAMENT

- ✓ Desintoxicació amb BZD en pauta descendent per evitar síndrome d'abstinència.
- ✓ Antipsicòtics.
- ✓ El pronòstic es bo si es manté l'abstinència, en cas contrari el risc de recurrència es alt.

PATOLOGIA ORGÀNICA

- **Tòxics:** Fenciclidina “polvo de àngel”. Al·lucinògens: LSD, MDMA, etc. Cocaïna i amfetamines. Abstinència a OH o hipnòtic-sedants. CO. Dissolvents orgànics.

- **Alt. metabòliques:**

Hipoglucèmia

Encefalopatia hepàtica i/o hipòxica

Sd. Cushing

Hipo-hipercalcèmia

Hipo-hipertiroidisme

Sd. Paraneoplàsics

Porfíria aguda intermitent

Dèficits nutricionals: tiamina, niacina, Vit B12

- **Fàrmacs:** Anticolinèrgics. Glucocorticoides i ACTH. Digoxina. Levodopa i altres agonistes de la dopamina. Isoniacida.

- **Malalties neurològiques:**

Encefalitis, meningitis i abscess cerebral

Neurosífilis

Lupus sistèmic

Malaltia de Wilson

Malaltia de Huntington

Crisis epilèptiques (parcials complexes)

Malaltia vascular cerebral

Malaltia d'Alzheimer

Demència de cossos de Lewy

Neoplàsies SNC

DELIRIUM TREMENS

- En <5% dels casos d'abstinència a OH.
- És una urgència mèdica, amb una mortalitat del 20% sense tractament i del 5% amb tractament correcte.
- Major incidència entre les 72-96h d'abstinència; pot aparèixer entre 24-150h després de l'última ingesta.
- Duració 3-5 dies amb curs fluctuant.

DELIRIUM TREMENS

■ FR:

- Dependència greu
- Llarga història de consum
- Antecedent de sd abstinència complicat amb delirium tremens
- Presència d'alguna patologia mèdica aguda o inadequat estat nutricional → F. Precipitant.

■ Tríada simptomàtica típica:

- Disminució del nivell de consciència o confusió (delirium)
- Al·lucinacions (micròpsies, zoòpsies...)
- Tremolor

DELIRIUM TREMENS

- **Altres símptomes:** nàusees, vòmits, febre, taquicàrdia, diaforesis, agitació, insomni, deliri ocupacional i possibles convulsions (marcador de gravetat, amb una mortalitat del 10-20% sense tractament).
- **Complicacions:** urgència hipertensiva, arítmies, miopatia alcohòlica aguda, alcalosis metabòlica i hipopotasèmia.
- **Causes de mort més freqüents:** hipertèrmia, arítmies cardíagues, complicacions de les convulsions o trastorns mèdics concomitants.

DELIRIUM TREMENS

■ TRACTAMENT:

- ✓ Es recomana vigilància intensiva.
- ✓ Sueroteràpia.
- ✓ Tiamina 250mg/24h im → 3-5 dies; després vo.
- ✓ **Benzodiazepina iv**
- ✓ Es pot fer servir Tiapride 100mg iv/6-8h com alternativa a les benzodiazepines a un ritme de 2ml/min fins aconseguir sedació.
- ✓ Si existeix gran component al·lucinatori o agitació que no millora es pot afegir haloperidol 5mg im/8h.
- ✓ En alguns casos es necessari l'ús d'anestèsics com propofol.

ESQUIZOFRÈNIA

- El DD entre al·lucinosis alcohòlica i episodi psicòtic agut esquizofrènic pot ser difícil de realitzar a l'inici del quadre.
- Trastorns en la vivència del jo.
- Serà l'evolució el que determini el diagnòstic.
- Quadre psicòtic que persisteixi més de 6 meses probablement sigui un tr. Esquizofrènic.
- Això succeeix en menys d'un 10% dels casos.

CONCLUSIONS

	DELIRIUM TREMENS	AL·LUCINOSI ALCOHÒLICA
Desencadenant	Abstinència brusca	↑ o ↓ consum OH
Alteració consciència	Si (delírium)	No (consciència clara)
Al·lucinacions	Visuals (microzoòpsies) Induïbles	Auditives (insults) Visuals (menys freqüent)
Deliri	“Ocupacional”	Poc freqüent (secundari a les al·lucinacions)
Alteracions somàtiques	Freqüents	No
Mortalitat	Alta sense tto	Baixa
Tractament	Assegurar constants vitals Bzd iv Evitar Aps	Parar consum OH APs Profilaxis de l’abstinència

GRÀCIES!



desmotivaciones.es

Es bueno dejar la bebida

Lo malo es no acordarse dónde.