

Enfisema obstructivo crónico

Psicopatología

Por el Dr. Alberto Orlandini

Existen pocas descripciones sobre las alteraciones psíquicas determinadas por las insuficiencias respiratorias. Ello no se debe a que estos cuadros cardiorespiratorios no se manifiesten también con trastornos psicopatológicos, sino a la habitual disociación del síntoma psíquico de la sintomatología de los demás sistemas orgánicos. También tienen importancia las dificultades diagnósticas de las hipoxemias crónicas de tipo respiratorio.

OBSERVACION

(9-1-641 : El paciente es un hombre de 40 años de edad que ingresa en el Servicio de Psiquiatría remitido del Hospital Militar por trastornos de la conducta, agresión a otro paciente, ideas de tipo persecutorio, desorientación en tiempo y espacio, irritabilidad, risa inmotivada.

Examen físico:

Disnea, cianosis, fascies ansiosa, temperatura axilar 38°C pulso de 120 p.m. débil; tensión arterial; máxima 130, mínima 90; no se auscultaban ruidos cardíacos, ingurgitación yugular, uñas en vidrio de reloj. Sistema respiratorio-

polipneico, tórax globuloso y rígido, tiraje supraesternal respiraba con los músculos accesorios (escalenos, externo cleidomastoideos). Hipersonalidad pulmonar, roncus diseminados. Hígado: Borde superior octavo espacio intercostal, borde inferior: dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Sistema nervioso: pupilas midriáticas, débil respuesta a la luz; no se obtienen reflejos rotulianos ni aquilianos; Cutáneos abdominales y cremasterianos presentes, no había alteraciones del tono.

Fondo de ojo: derecho: ligero borramiento del borde nasal de la papila; izquierdo: hemorragia en vasos temporales superiores; no había edema de papila.

Hemograma: 5.600,000 hematíes; hemoglobina 15% gr.; leucocitos 10.250; stab. 4; segmentados: 70; eosinófilos: 6; linfocitos: 18; monocitos: 2; glucosa: 83 miligramos %; urea: 24 miligramos %; bilirrubina total: 1.8 miligramos %, directa, 0.4 miligramos por ciento; indirectos: 1,4 miligramos por ciento; Hepatograma: Hanger negativa; acetato de cobre negativo; proteínas totales 6.73 gramos por ciento; albúmina 3.36 gramos por ciento; globulina 3.2 gramos por ciento; orina: vestigios de albúmina; Bacilo de Koch: ausentes en los esputos.

Electrocardiograma: dextrorrotación: microvoltaje; crecimiento aurículoventricular derecho.

6 Trabajo presentado al "Primer Congreso Médico Estomatológico Regional, Oriente Sur", 29 de Octubre

Radiografías de tórax: enfisema; imágenes de condensación en ambas bases del tipo de neumonía focal. Fluoroscopia: aumentada la transparencia pulmonar, diafragmas planos casi inmóviles.

Pruebas funcionales respiratorias (22 de junio de 1964).

Sangre arterial: El contenido de CO₂ está aumentado en reposo (58.13 volúmenes por 100 c.c.) y en ejercicio (55.14 volúmenes por 100 c.c.) El contenido de O₂ está disminuido en reposo (10.14 volúmenes por 100 c.c.) y llega hasta límites casi normales con la administración de O₂ al 100%; saturación 0₂ 68%.

Volúmenes pulmonares: capacidad vital considerablemente disminuida (1572 c.c.)

Ventilación: volumen corriente, volumen minuto y frecuencia respiratoria dentro de los límites normales en reposo; no aumentan con el ejercicio. Intercambio gaseoso: La remoción de O₂ se encuentra normal en reposo y en ejercicio. Conclusión: Trazado sugerente de fibroenfisema con insuficiencia respiratoria de grado IV.

Examen psiquiátrico.

Agitación verbal-motora; sonríe y habla continuamente; alucinaciones visuales y auditivas (decía ver y oír santos) ; atención involuntaria aumentada, amnesia de fijación y evocación; pensamiento acelerado y disgregado; ideas delirantes de grandeza y de tipo persecutorio: para respuestas; agresividad desorientación en tiempo, espacio y personalidad: alteración de la conciencia del tipo delirium.

Evolución.

Continúa desorientado durante 20 días aproximadamente, con movimientos estereotipados, agitación motora, agresividad; siente su cuerpo transformado, más gordo,

más joven, dice tener 17 años, se ha cambiado su nombre de Hafaél por Justo.

1-2-64: Recupera su lucidez durante 20 días y luego comienza a entrar progresivamente en un estado de estupor confuso con inmovilidad, hipomimia, mutismo, se deja conducir como un autómatas dando pasitos cortos al andar; marcha rígida; negativismo, se niega activamente a comer. Permanece 40 días con este cuadro, que se modifica con electroshock⁴ cediendo su estupor y negativismo pero persistiendo el estado confusional, se observaron ideas paranoideas y fabulación. Recupera su lucidez en 20 días, desaparecen sus ideas paranoideas; en esa época no se trató con psicofármacos, sólo se administraba digitoxina, clorotiacida, tetraciclina. Durante los 40 días subsiguientes hasta su alta no hay alteraciones de la conciencia. Continuó su tratamiento con acetazolamida, Aminofilina, Efedrina, Sulfametopiridoxina y neumoperitoneo.¹

Resuelve bien pruebas de abstracción-generalización, se nota defecto en las pruebas que exigen tensión mantenida del pensamiento (meses del año invertidos, restar 7 a 100 consecutivamente) ; aumentan los errores y los tiempos de respuesta con la fatiga; alteraciones de la memoria de evocación.

Se traslada el 2 de Julio al Hospital Militar como insuficiencia respiratoria crónica, sin otros trastornos psíquicos que los relatados en último término.

COMENTARIOS

El paciente tenía historia de infecciones respiratorias a repetición; pruebas de sensibilidad alérgica positiva; se valoran además la existencia de una hermana psicótica, y un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento a los 28 años que no presentó los síntomas habituales

postraumáticos tardíos. Hace dos años fue dado de baja del ejército por su insuficiencia respiratoria. tenía disnea para realizar esfuerzos pequeños; por época vivía sentado en una silla y no podía caminar más de 15 metros.

Ha tenido cuadros de insuficiencia respiratoria con alteración de la conciencia; paralelamente a su peoría respiratoria presentaba agresividad, ideas paranoides que desaparecían luego cuando disminuía la disnea.

Pensamos que se trata de un enfisema obstructivo crónico con insuficiencia cardíaca derecha; en un enfermo con insuficiencia respiratoria crónica que hace cuadros de insuficiencia aguda desencadenada por episodios de infección pulmonar.

La hipoxemia y la hipercapnia demostradas en el estudio gasométrico y posiblemente también acidosis gaseosa, determinan los estados confusionales a forma de delirium y un cuadro de estupor catatónico confuso. El estupor catatónico pudiera interpretarse fisiológicamente como una inhibición inerte desencadenadamente por el cuadro de insuficiencia respiratoria, que se mantiene aún mejorado el estado cardiorespiratorio, y que se

desinhibió con la terapéutica electroconvulsiva. Aunque personalmente no estamos de acuerdo con esta terapéutica aceptamos que pueda modificar sintomáticamente estos estupores orgánicos.

En el estado de lucidez de conciencia notamos dificultades para mantener la tensión de su pensamiento, fatigabilidad en cálculos prolongados; hipomnesia de evocación

Nos queda por explicar las diferencias de evolución de los pacientes con insuficiencias respiratorias; algunos pacientes sólo hacen síntomas psíquicos de tipo confusional, otros hacen además otros cuadros psicóticos; labilidad emocional, hipomaníacos, eufóricos, depresivos, de negativismo, pseudohistóricos (Monrad-Krohn); pensamos que ésto pudiera explicarse por una labilidad especial de determinados sistemas nerviosos a la anoxemia.

RESUMEN

Enfisema obstructivo crónico con insuficiencia respiratoria de grado IV que hace, un episodio de delirium, luego un cuadro de estupor catatónico; se describen los trastornos psíquicos del estado posterior a las alteraciones de conciencia.

BIBLIOGRAFIA

- Bariety, M.*: Maladies de l'Appareil Respiratoire. Págs. 167 a 184. Edición Masson y Cía. París. 1961.
- Bour, Ai.*: L'insuffi Sane Respiratoire. Dans Les Pneumopathies Aigues. La Presse Médicale No. 13. Págs. 613 a 616. Mars. 1960.
- Garin, J. P.*: Insuffissances Respiratoires Aigue> Au Cour Des-insuffissances Respiratoires Chroniques. La Presse Médicale. No. 13, Pag. 496. Mars. 1960.
- Miller, A.; Bader, R.; Bader. M. E.*: El síndrome neurológico debido a hipercapnia pronunciada con edema de papila. Progresos de Patología y Clínica. Vol. 10. Tomo 1. Págs. 279-294. Enero de 1963.
- Monrad-Kromn, G. //.*: The Clinical Aspect of Cerebral Anoxia. Acta Psychiatrica Et Neurologica Scandinavica. Vol. XXXI. Fase. 1. 1956.
- Sastre, A.; Lahoz, F.; Pérez, J. y Marín, F.*: Tratamiento de insuficiencia respiratoria global. Ei; enfermos con reacción asmática. Revista Clínica Española. Tomo LXXXV. No. 6. Págs. 431440. 30-6-62.
- Vareta Fuentes, R.*: Acidosis y Alcalosis en Clínica. Págs. 253-256. Espasa-Calpe. Buenos Aires. 1937.