

# Intento de suicidio en la enfermedad de Huntington

Arturo Sánchez-Zapata,<sup>(1)</sup> Cándido Gómez-González<sup>(2)</sup>

cgglez02@hotmail.com

## RESUMEN

La enfermedad de Huntington es un trastorno neuropsiquiátrico, hereditario, autosómico dominante, degenerativo, generalmente de inicio tardío que se caracteriza por la presencia de trastornos de movimientos principalmente coreicos, alteraciones psiquiátricas y demencia.

El cuadro clínico de esta enfermedad se manifiesta como una enfermedad progresiva que inicia generalmente en la cuarta década de la vida; del 25 al 40% de los pacientes con enfermedades neurológicas como Parkinson, Huntington, esclerosis múltiple, alzheimer entre otras, presentan alteraciones depresivas en el curso de la enfermedad, lo que aumenta el riesgo de tentativas de suicidio consumado.

En este trabajo, se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años de edad con recurrentes intentos suicidas, movimientos involuntarios principalmente gesticulares que han incrementado a lo largo de 2 años y con cuadro depresivo mayor. El cual a través de diagnósticos psiquiátricos diferenciales, exámenes de laboratorio y neurológicas así como por antecedente familiar se le diagnostica enfermedad de Huntington.

**Palabras claves:** *Enfermedad de Huntington, intento suicida, trastornos coreicos.*

## SUMMARY

The clinical aspects of Huntington's disease are upheaval neurpsychiatry, hereditary, autosomic dominant, and degenerative. In the fourth decade of life the disease is characterized by the presence of involuntary movements, psychiatric alterations, and dementia.

From 25 to 40% of patients with neurological diseases like Parkinson, Huntington, Multiple Sclerosis, Alzheimer among others, present depressive alterations in the course of the disease that increases the risk of completed suicide attempts in this work, we present the case of a masculine patient of 54 years with recurrent suicide attempts. The patient displays involuntary movements (mainly gesturing) that have increased over a 2 year period and with a greater depressive diagnose. The patient was diagnosed with

Huntington's Disease though psychiatric studies, neurological studies, results of laboratory analyses and by familiar antecedents diagnosed with Huntington's Disease.

**Keywords:** *Huntington's disease, suicide attempts, coreicos movement.*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Huntington es un trastorno neuropsiquiátrico, hereditario, autosómico dominante, degenerativo, generalmente de inicio tardío, que se caracteriza por la presencia de trastornos del movimiento principalmente coreicos, alteraciones psiquiátricas y demencia. Dicha enfermedad es dada a conocer por George Huntington en 1872, la causa es una expansión del trinucleotido (CAG), inestable en el gen (IT 15) del cromosoma 4,<sup>1</sup> actualmente tiene una prevalencia de 4 a 100 mil habitantes, sin predominio de sexo, se presenta con mayor frecuencia en zonas elevadas de Inglaterra y en Venezuela.

El cuadro clínico de la enfermedad de Huntington (EH) se manifiesta como una enfermedad progresiva que inicia generalmente en la cuarta década de la vida y lleva a los pacientes a la muerte en 10 a 15 años; se presenta con manifestaciones neurológicas, psiquiátricas o una combinación de ambas, las manifestaciones neurológicas consisten en trastornos del movimiento, que a su vez se subdividen en movimientos involuntarios y anomalías del movimiento voluntario, la corea es el movimiento involuntario más característico de la enfermedad. El término de corea significa "baile" en griego y consiste en movimientos bruscos, irregulares e impredecibles, que afectan los miembros, la lengua y la boca o la musculatura axial del tronco, inicialmente más discreta; con el avance de la enfermedad se generaliza y se vuelve más brusca a tipo de sacudidas o saltos, los movimientos coreicos se exacerban con la acción, las emociones y la concentración, la corea se asocia a la llamada impersistencia motora, que consiste en la imposibilidad para mantener un movimiento sostenido, como la presión de dos dedos del examinador, la mirada fija en una dirección o la lengua protruida durante 10 segundos. Otros tipos de movimientos involuntarios

<sup>(1)</sup> Coordinación de la sala de larga estancia, Hospital Psiquiátrico Villahermosa, S.S.

<sup>(2)</sup> Residencia del Hospital Psiquiátrico Villahermosa, S.S.

descritos en la EH, son los tics o movimientos estereotipados que pueden involucrar músculos faciales, orales, laringeos, faringeos, respiratorios o movimientos distónicos de musculatura cervical, troncal o de los miembros.<sup>2</sup> Las anomalías del movimiento voluntario son al inicio torpeza o incoordinación motora, anomalías de los movimientos oculares con seguimiento incompleto o entrecortado por movimientos de la cabeza o parpadeo.<sup>3</sup> Las alteraciones cognitivas a veces van de la mano con la severidad de las alteraciones de los movimientos aunque no siempre se cumple dicha asociación.<sup>4</sup>

Del 25 al 40 % de los sujetos con enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson, Huntington, Esclerosis múltiples y Alzheimer, presentan alteraciones depresivas en el curso de la enfermedad,<sup>5</sup> los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, aumentan el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. La tasa de suicidios son variables dependiendo de la enfermedad médica, si bien las que se comportan con mayor riesgo son las enfermedades crónicas incurables y dolorosas, tales como, la enfermedad de Huntington, SIDA y lesiones cerebrales.<sup>5</sup>

Las manifestaciones psiquiátricas más comunes son de orden afectivo, la mayor depresión relacionada con la EH, se caracteriza como la forma idiopática, por un sentimiento de minusvalía o de culpa, cambios en el sueño, así como intentos suicidas reiterativos, pérdida del apetito, presencia de ansiedad, pérdida de la energía y de la libido. Es muy común que se diagnostique en etapas iniciales de la enfermedad, cuando no existen manifestaciones de demencia o apatía.<sup>6,7,8,9</sup> El 25 % de los desordenes afectivos de la EH consisten en trastornos bipolares, que se manifiestan como brotes de hipomanía (con exceso de ánimo, hiperactividad, aumento de la libido) en un fondo depresivo;<sup>7,8</sup> otro trastorno psiquiátrico común en la EH es la irritabilidad severa, por lo general acompañada de agresividad, reportada por familiares cercanos al paciente. En algunas ocasiones se ha descrito trastorno obsesivo compulsivo con síntomas típicos como el miedo a la contaminación y el exceso de higiene.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 54 años de edad, el cual es referido del hospital Rovirosa por presentar intentos suicidas reiterativos (3 intentos) en un lapso de 2 meses. El último de ellos realizado en las últimas horas a su envío (03/05/00), al arrojarle a un pozo, sólo provocándose ligeras contusiones en diversas partes del cuerpo. El padecimiento inicia aproximadamente hace 4 años. De forma paulatina comienza a presentar miedo a la obscuridad, que cada vez aumentaba en intensidad, desde hace dos años se da la aparición de movimientos involuntarios en la frente (gesticulaciones), y sin motivos aparentes comienza con

“decaimiento” del estado del ánimo, aislacionismo, mutismo por días, para luego regresar a su estado “normal,” presentó además irritabilidad fácil, así como ideas de desesperanza, refiriendo que su vida no tenía sentido, transcurre aproximadamente un año y seis meses, con poca afectación en su vida laboral, social y de familia, durante este tiempo comienza a presentar algunos movimientos involuntarios en manos y en cuello de tipo espasmódicos, haciéndose más evidentes los movimientos en cara, dichos movimientos se presentan de forma periódica y repetitiva. Comienza a decir con mayor insistencia que no desea vivir, y que era un estorbo; presenta miedo a salir de su casa y no podía quedarse solo por las noches. Los síntomas se agravan al ser arrollado por un automóvil que le provocó contusiones en diversas partes de su cuerpo, con lesión de la parrilla costal, desde entonces deja de consumir alimentos lo que se prolonga por días, recurrentemente habla de quitarse la vida y de no encontrarle sentido a su vida, con incremento del aislamiento, 15 días después al accidente sufrido, tiene el primer intento suicida y al los pocos días de este, presenta un nuevo intento de suicidio, atendido en segundo nivel, donde le dieron de alta por no tener heridas que pusieran en peligro su vida, ya en su casa se mantuvo sin consumir alimentos, sin hablar con nadie encerrado en un cuarto, presentando de manera sistematizada ideas suicidas así como anhedonia, tiene un tercer intento suicida, siendo trasladado al hospital Rovirosa nuevamente, donde se le realizó valoración por cirugía y traumatología quienes descartaron fracturas y trauma abdominal por lo que es enviado al hospital psiquiátrico para su valoración y tratamiento. Cabe señalar que en los últimos dos meses, las alteraciones en los movimientos antes mencionadas se hacen más evidentes y parecen relacionarse con el grado de “intranquilidad” del paciente. En el hospital psiquiátrico, se encuentra con rumiación suicida y episodio depresivo mayor, por lo que se someta a 8 sesiones de TEC (Terapia de Estimulación Cortical), empleo de citalopram a 20 mg/día, teniendo una estancia intrahospitalaria (EIH) de 34 días, con remisión de sintomatología depresiva a los 26 de EIH, se llevó control en la consulta externa hasta el 15/08/01, con remisión total de síntomas afectivos y de ansiedad y las alteraciones del movimiento se encontraban estables y podía realizar sus actividades habituales.

**Antecedente de importancia:** hermana muerta hace 4 años, la cual se suicida intoxicándose con lindano, a la edad de 48 años, dicha hermana padecía de la enfermedad de Huntington diagnosticada de forma clínica cinco años atrás. Su vida sexual y marital fue adecuada hasta la aparición del padecimiento actual. Cuenta con 6 hijos; consumo de alcohol y de tabaco en su adolescencia.

**Resumen de examen mental a su egreso:** masculino de edad aparente igual a la referida, de complexión delgada, bien conformado, alerta, cooperador en la entrevista, fascies de aparente tranquilidad, con actitud libremente escogida, se encuentra orientado en persona y tiempo, parcialmente

en circunstancias y en lugar, con talante eutímico, con capacidad de atención un tanto disminuida, así como de su capacidad de concentración, con buena capacidad de comprensión y síntesis, niega alteraciones de la sensorio-percepción, su capacidad de cálculo así como de abstracción con cierta dificultad, su memoria reciente se encuentra alterada, así como su memoria mediata y remota, su juicio y raciocinio se encuentran conservados, su lenguaje mascullante, de tono medio bajo, el cual es coherente y congruente, el pensamiento es por momentos bradipsíquico ya sin ideas de minusvalía y desesperanza que presentaba a su ingreso, sin ideación suicida presente, en contacto parcial con la realidad, sin conciencia de enfermedad, con algunas metas a futuro, con nivel de energía disminuido pero mayor que a su ingreso.

**Examen físico al egreso:** frente amplia en la cual se observan pliegues en forma asimétrica, predominantemente derecha, con gesticulaciones, se observa temblor de la lengua al protruír, no puede mantenerla fuera de la boca por pocos segundos, se observan contracciones al nivel de paladar y faringe posterior, que le condicionan dificultad para tragar y deglutir, cuello cilíndrico sin alteraciones en su superficie, con algunos movimientos de flexión y de extensión de forma involuntaria, se observa cicatriz de herida de aproximadamente 3 cm a nivel del cartílago tiroideo, cardiorespiratorio sin alteraciones, abdomen sin patología agregada, en las extremidades superiores se observa a nivel de manos, contracciones sobre todo del dedo pulgar de ambas manos pero con mayor predominio en el lado derecho (signo de mano de ordeñador), se observan mismos movimientos en ortos de ambos pies con el mismo patrón de predominancia, reflejos aumentados.

**Exámenes de laboratorio y gabinete:** En la tomografía computada se observa atrofia cortical severa global, de predominio frontal y en menor proporción temporal, se aprecia una intensa dilatación ventricular, con aumento del LCR, BH, QS, EGO; y perfil hepático normal, pruebas serológicas negativas.

## DISCUSIÓN

Se trata de un paciente masculino de la sexta década de la vida, el cual inicia su padecimiento actual aproximadamente hace 4 años, con cambios en su estado de ánimo, así como pánico de predominio nocturno, el cual ha ido en deterioro paulatino desde entonces, pudiendo clasificar esto como un trastorno distímico, por el tiempo de evolución, presenta un estado de ánimo depresivo de por lo menos dos años, siendo la diferencia con un cuadro depresivo mayor, el deterioro en las diferentes áreas de la vida del individuo, (trabajo, relaciones interpersonales, ocio, relaciones familiares, etc), las cuales en la distimia no son tan evidentes. También se considera un trastorno de ansiedad con agorafobia. Desde

hace 2 meses se desencadena un episodio depresivo mayor, después de un evento de tipo estresante, como lo fue, el accidente que sufrió. Presentó tres intentos suicidas en dos meses de alta intencionalidad y moderada letalidad. Por las características clínicas encontradas en la exploración física y neurológica, así como por la historia familiar de corea, el cuadro neurológico actual del paciente es una corea de Huntington, que como se menciona en la literatura mundial, en la gran mayoría de veces el primer contacto que tienen con la medicina, es a través de un psiquiatra quien le trata de cuadros depresivos, por lo común de intentos suicidas. Por lo anterior se considera que este paciente; cursó con un cuadro depresivo mayor secundario a enfermedad médica (enfermedad de Huntington), de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV,<sup>5</sup> se trata de un trastorno del estado del ánimo, con un episodio depresivo mayor (293.83 para el DSM IV), ver criterios diagnósticos. Y como ya se ha destacado, hay una relación directa con la presencia de manifestaciones afectivas e intentos suicidas presentes en este usuario y la coexistencia de la enfermedad de Huntington.

**Diagnósticos psiquiátricos diferenciales:** Por las consideraciones de este caso se debe hacer diagnóstico diferencial con las siguientes patologías: con un trastorno depresivo mayor, ya que cumple con los criterios para el mismo, con excepción del criterio "d" el cual establece que el evento depresivo no debe presentarse durante o como consecuencia de una enfermedad médica, con un trastorno afectivo bipolar en fase depresiva, sin embargo, no cumple con los criterios diagnósticos para el mismo ya que no se tienen antecedentes de fases maníacas en este usuario.

**Diagnóstico de la enfermedad de Huntington:** La historia familiar es la piedra angular en el diagnóstico de esta enfermedad, en muchas ocasiones se identifica un pariente con manifestaciones típicas de la enfermedad, (como sucedió con este paciente).

Actualmente existe el análisis del DNA donde se identifican las alteraciones en el cromosoma 4, a través de la realización de TAC, se identifica una atrofia global del cerebro que conlleva a una pérdida de 24 a 30 % del peso del encéfalo, que se explica más por la atrofia cortical y de la sustancia blanca subcortical, el estriatum presenta un gradiente de pérdida neuronal, en su inicio dorsomedial y después ventral y lateral, la tomografía por emisión de positrones (PET) demuestra un hipometabolismo de la glucosa en el estriatum (núcleo caudado y putamen) pese a que las manifestaciones clínicas sean mínimas.<sup>10,11</sup>

Debe de hacerse diagnóstico diferencial con otras coreas debidas a alteraciones metabólicas, intoxicaciones con neurolépticos, corea hereditaria benigna, así como con la neuroacantosis y las infecciones.

**Tratamiento:** Por la presencia de sintomatología psiquiátrica, como parte de esta enfermedad, el tratamiento depende de la sintomatología presentada, en caso de

## CASO CLINICO

presencia de alteraciones afectivas de tipo depresivas el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina son los más recomendables por su menor propensión a causar efectos secundarios, sobre todo en este tipo de pacientes, los más utilizados son la sertralina, fluoxetina y el más reciente y más específico de ellos el citalopram, el cual fue usado en este paciente con buenos resultados tanto en la remisión de las alteraciones afectivas presentadas y en la estabilidad de las alteraciones en los movimientos, lo cual podría ser una contribución en el tratamiento de dichos pacientes, ya que al mejorar la ansiedad y las alteraciones afectivas mejora las alteraciones del movimiento.<sup>12</sup>

En el caso de que presentaran alteraciones psicóticas de igual forma deben de emplearse antipsicóticos que produzcan los menos efectos secundarios, en este sentido el más utilizado es el sulpiride, pimozide y tioridazina, aunque en la actualidad existen otros que podrían significar menores efectos secundarios en estos pacientes.

Dentro de las manifestaciones coreicas el tratamiento es aún más sombrío, ya que los tratamientos hasta ahora desarrollados son paliativos, dentro de estos se encuentra la gabapentina y la lamotrigina, que suelen reportar mejoría con su administración.<sup>12</sup>

## CONCLUSIÓN

La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neuropsiquiátrico que en el inicio de la enfermedad puede presentar principalmente síntomas psiquiátricos como los afectivos, por lo que debe considerarse de igual importancia el tratamiento psiquiátrico como neurológico de dichos pacientes para que su pronóstico mejore; sobre todo en la calidad de vida, ya que de por sí la reacción a la enfermedad es causa de depresión, la misma enfermedad intrínsecamente la produce.

Ante todo en pacientes con EH hay que realizar una derivación con el servicio de psiquiatría para determinar la presencia de probables síntomas psiquiátricos como, la depresión y ansiedad que estén interfiriendo en el de por sí

difícil tratamiento neurológico de la enfermedad.

## REFERENCIAS

1. Huntinton´s Disease Collaborative Reseca Group. A novel gene containing a trinucleotid repeat that is unstable on Huntington´s disease chromosomes. *Cell*; 1993; 72: 971-983.
2. Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL. Extrapiramidal disorders. In *handbook of Clinical Neurology* Amsterdam, Elsevier; 1986; 84: 992-997.
3. Leigh L, Newman S, Folstein A. Abnormal oculomotor control in Huntington disease. *Neurology*; 1983; 33: 1268-1275.
4. Brandt J, Folstein MF. Differential cognitive imparirment in Alzheimer´s disease and Huntington´s disease. *Ann Neurol*; 1988; 23: 555-561.
5. Trastornos del estado de ánimo. *DSMIV*; 1996; 4
6. Shoulson I. Huntington´s disease: a decade of progress. *Neurol Clin*; 1984; 2: 515-526.
7. Folstein SE, Abbott MH, Chase GA, Jensen BA, Folstein MF. The associatiion of affective disorder wit Huntington´s disease in a case series and in families. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 1983; 13:537-542.
8. Mayeus R. Emotional changes associated with basal ganglia disorder. In: Heilman k, Satz p. Eds. *Neuropsychology of human emotion*. New York; Guilford Press; 1983; 141-64.
9. Shoenfeld M, Myers RH, Vupples LA. Increasad rate suicide among patients with Huntington´s disease, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 1984; 47: 1283-1287.
10. Vonsattel JP, Myers RH, Stevens TJ. Neuropathological classifications of Huntington´s disease. *J Neuropathol Exp Neurol*; 1985; 44: 559-577.
11. Hayden MR, Martin WR, Stoessl AJ. Possitron emission tomography in the early diagnosis of Huntington´s disease. *Neurology*; 1986; 36: 888-894.
12. Leroi I, Michalon M. Treatmen of the psychiatric manifestations of Huntington´s disease: a review of the literature. *Can J Psichiary*; 1998; 43: 933-940.

### EL INSTITUTO LATINOAMERICANO DE LA CALIDAD A.C. (INLAC A.C)

Invita al evento internacional de capacitación y actualización en sistemas de gestión de calidad, ambiente y seguridad.

#### Con los objetivos de:

Obtener información de interés a través de presentaciones de resultados y experiencias de Implementación de sistemas de calidad.

Interactuar con los expertos que elaboran las normas y organizaciones de prestigio internacional.

Transmitir a través de talleres de capacitación aspectos relacionados con:

Evaluación de la conformidad, enfoque a procesos, credibilidad de la certificación, evaluación del desempeño y sistemas de gestión de calidad integrales.

Fuente: <http://www.inlac.org>