

Automutilación intestinal en el contexto de un delirium tremens

Intestinal Self-mutilation in the context of a delirium tremens

ANDRÉS ROIG TRAVER*; JOANA CATALINA CARDOZO CURVELO*; MIGUEL ÁNGEL TORRES HERNÁNDEZ**

*Hospital Universitario La Fe, Valencia; **Centro de Salud Mental Trinitat, Valencia.

Deseamos compartir con los lectores la descripción y experiencia del siguiente caso clínico, se trata de un paciente de 44 años trasladado a urgencias por presentar herida trasversa infraumbilical de 5 cm de longitud con exposición de asas intestinales. El paciente se había extirpado aproximadamente dos metros de intestino delgado.

Desde hace 10 años, consume 50 unidades de bebida estándar al día. Desde el 2011, ha disminuido progresivamente el consumo diario y ha acudido en diferentes oportunidades a urgencias por pérdida de conciencia y múltiples contusiones. Así mismo, en una oportunidad presentó convulsiones tónico – clónicas. La mencionada clínica se diagnosticó como síntomas de abstinencia alcohólica.

El día que llevó a cabo la automutilación intestinal se encontraba en su domicilio, sin ingerir alcohol en las últimas 48 horas. Desde horas de la mañana presentaba diaforesis, temblor, desorientación, inquietud psicomotriz, irritabilidad y claras oscilaciones de conciencia. A medida que transcurrió el día inició cuadro de alucinaciones visuales tipo liliputienses y zoopsias. Posterior a esto, presentó alucinaciones táctiles pasivas tipo formicación y alucinaciones auditivas.

Como respuesta a los diferentes fenómenos sensorio-perceptivos, y sobre todo a las alucinaciones auditivas de tipo imperativo, a las 20:00 horas aproximadamente, el paciente se infringió una herida en el abdomen a través de cual hala-

ba su intestino delgado, desgarrándolo a trozos fuera de la cavidad abdominal. Finalmente, el familiar encontró al paciente, consciente, pero desorientado en tiempo y en espacio. Al llegar al hospital es trasladado a quirófano, se realiza laparotomía exploratoria, encontrándose sección completa del asa yeyunal y extirpación total del yeyuno. Resto del intestino delgado, colon y vísceras abdominales sin lesiones. Se realizó anastomosis primaria. Ingresó en reanimación, siete días después, se traslada a la sala de psiquiatría con el objeto de valorar el estado mental.

Durante los 13 días de ingreso en psiquiatría, se descartó patología afectiva y psicótica activa, posterior al episodio descrito. Los resultados de pruebas sanguíneas y electroencefalograma, eran normales. La resonancia magnética nuclear reportó cambios de atrofia cortical cerebral y cerebelosa difusa para lo esperado por la edad del paciente.

De acuerdo con la clínica y los criterios diagnósticos de la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 2010) se diagnosticó de síndrome de abstinencia alcohólica con delirium tremens, y autoextirpación del intestino delgado en el contexto de un delirium Tremens. Se valoró con 59 puntos en la Escala de Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo y Sellers, 1989). Posterior al alta se refirió al centro de salud mental, unidad de conductas adictivas y servicio de nutrición. En la actualidad el paciente se mantiene abstinentes, y describe lo sucedido como un mal recuerdo.

Recibido: noviembre 2013; Aceptado: enero 2014

Enviar correspondencia a:

Joana Cardozo Curvelo. Calle Ángel Guimerá Número 10, Puerta 5, 46008 Valencia
Correo: Cardozojoana@yahoo.com. Teléfono: 667 889 837

Nauseas y vómitos	Alteraciones táctiles	Temblor	Alteraciones auditivas	Sudoración
0: Sin nauseas ni vómitos. 1: Nauseas leves, sin vómitos. 2: 3: 4: Nauseas intermitentes con esfuerzos secos. 5: 6: 7: Nauseas constantes y vómitos.	0: Ninguna 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo). 2: Suave sensación. 3: Moderada sensación. 4: Alucinaciones moderadas. 5: Alucinaciones severas. 6: Alucinaciones extremas. 7: Alucinaciones continuas.	0: Sin temblor 1: No visible, puede sentirse en los dedos 2: 3: 4: Moderado con los brazos extendidos 5: 6: 7: Severo, incluso con los brazos no extendidos	0: Ninguna. 1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar 2: Leves sonidos secos o capaces de asustar. 3: Moderados sonidos secos o capaces de asustar. 4: Alucinaciones moderadas. 5: Alucinaciones severas. 6: Alucinaciones extremas. 7: Alucinaciones continuas.	0: No visible 1: Palmas húmedas 2: 3: 4: Sudor en la frente 5: 6: 7: Empapado
Alteraciones visuales	Ansiedad	Cefalea	Agitación	Orientación
0: Ninguna. 1: Muy leves. 2: Leves. 3: Moderadas. 4: Alucinaciones moderadas. 5: Alucinaciones severas. 6: Alucinaciones extremas. 7: Alucinaciones continuas.	0: No ansioso. 1: Ligeramente. 2: 3: 4: Moderado. 5: 6: 7: Ataque agudo de pánico.	0: No presente. 1: Muy leve. 2: Leve. 3: Moderada. 4: Moderadamente severa. 5: Severa. 6: Muy severa. 7: Extremadamente severa.	0: Actividad normal. 1: Algo hiperactivo. 2: 3: 4: Moderadamente inquieto. 5: 6: 7: Cambio continuo de postura.	0: Orientado y puede sumar. 1: No puede sumar, indeciso en la fecha 2: Desorientado temporalmente (←2 días calendario). 3: Mayor desorientación temporal (→2 días). 4: Desorientación espacial y/o en persona.

Figura 1. Escala CIWA-AR. Evaluación del síndrome de abstinencia alcohólica. Fuente: Sullivan et al., 1989

El delirium tremens es un cuadro agudo confusional secundario a abstinencia alcohólica en pacientes dependientes de alcohol, es una urgencia y como tal requiere atención médica inmediata. Las manifestaciones clínicas son de índole neuropsiquiátrico como alteración de la conciencia, concentración, atención, percepción, convulsiones, agitación psicomotriz e hiperactividad del sistema nervioso vegetativo (Sadock y Sadock, 2008)

El termino delirium (fuera del camino) fue utilizado por primera vez por Celso en el siglo I después de Cristo para describir un particular estado mental que casi siempre se asociaba a fiebre. Sin embargo, Hipócrates describe por primera vez la clínica del delirium, utilizando los términos phrenitis y lethargus. En la década de 1970 Lipowski acuñó el término delirium y describió psicopatológicamente la obnubilación de la conciencia (Adamis, Treloar, Martin, y Macdonald, 2007).

La relevancia e importancia de este caso clínico radica en su infrecuencia y gravedad. A pesar de que este cuadro se describió hace varios siglos, son pocos los casos de automutilaciones que se han descrito en el contexto del mismo. En la revisión bibliográfica que hemos realizado encontramos solo un caso (Sri y Pavan, 2011) que describe una automutilación de magnitudes similares a esta, por eso hemos considerado apropiado informar de este caso a los lectores.

Conflictos de intereses

No existen.

Referencias

- Adamis, D., Treloar, A., Martin, F. C. y Macdonald, A. J. D. (2007). A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *History of Psychiatry*, 18, 459-69.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento, con glosario de definiciones, CDI-10 y notas diagnósticas. En Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10 (pp 62-63). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sadock, B. J. y Sadock, V. A. (2008). *Sinopsis de psiquiatría*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sri, H. y Pavan, C. M., (2011). Genital self mutilation in alcohol withdrawal state complicated with delirium. *Indian Journal of psychological medicine*, 33, 188 – 190.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. y Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84 (11), 1353-1357.