

## **TEMA MEDICO DE ACTUALIDAD**

### **Observaciones clínicas de las reacciones secundarias y deletéreas de algunos derivados fenotiacínicos**

por

Dr. Alvaro Gallegos\*

Como médico encargado del Servicio de Admisión de hombres de un Hospital Mental del Estado de Maryland, EE.UU., he tenido la oportunidad de observar varios casos de reacciones secundarias y deletéreas en pacientes tratados con drogas psicotrópicas del grupo de las fenotiacinas. De este grupo trataré especialmente las reacciones observadas con Perfenacín (Trilafón) y Cloropromacina (Largatil o Thorazine). Es considerado, además de las drogas mencionadas, en la aparición del síndrome, una situación generadora de un estado angustioso como elemento contribuyente al mismo.

El síndrome en sí, es una combinación de los conocidos síntomas extrapiramidales y de síntomas psicóticos.

Este cuadro ha sido observado en pacientes jóvenes, del sexo masculino, que fueron enviados al hospital debido a una conducta errática, sin síntomas psicóticos declarados. Los diagnósticos variaron de personalidad esquizoide, a esquizofrenia incipiente o sub-clínica. De este grupo de pacientes, presentaré tres historias clínicas.

#### CASOS CLINICOS

CASO I.—Paciente de sexo masculino, soltero, de 16 años de edad. Admitido al hospital el día 24 de marzo de 1959.

*Antecedentes familiares:* Padre alcohólico. Madre en tratamiento en un servicio externo por esquizofrenia. Una tía materna fue paciente en este hospital y el diagnóstico fue esquizofrenia catatónica. Un tío materno es un paciente crónico en otro hospital mental.

---

\* Residente Hospital Mental, Maryland, E.U.A.

*Antecedentes personales:* El paciente es hijo único y en su historia personal no existen internamientos anteriores por razones psiquiátricas.

*Enfermedad actual:* El paciente fue admitido al hospital debido a un cambio en su personalidad, reflejado en su conducta, durante un año y medio. El cambio consistió en negarse a ir al Colegio, no querer salir de la casa, volviéndose poco sociable, retirado y antagonista.

El Psiquiatra que lo examinó cuando fue admitido, lo describió de la siguiente manera: "Este es un muchacho simpático, que coopera muy bien con el médico, su charla tiene sentido y es coherente". El medio familiar pareció muy desagradable, habiendo sido descrito por el paciente de esta manera "Mi padre bebe mucho y mi madre pelea todo el día con él". No fueron encontrados elementos para diagnosticar una psicosis.

El 31 de marzo, 7 días después de admitido, se le recetó Perfenacín, 4 mgs. cuatro veces al día. Fue trasladado al salón de semi-agitados (al siguiente del de admisión) y otro médico se encargó de él. El 1º de abril fue presentado a la reunión diagnóstica semanal en la cual el paciente se comportó como arriba fue descrito. El creyó que iba a ser dado de alta después de la reunión diagnóstica, pero no fue así, enterándose en dicha reunión. Cuatro horas después, presentó el siguiente cuadro agudo: crisis oculógiras, hipocinesia, rigidez del tronco. Al ser examinado, se encontró obediencia automática, ecolalia y robo del pensamiento (bloqueo); su porte era extraordinariamente rígido. Este cuadro fue calificado, por un psiquiatra con larga experiencia, como un estupor catatónico. Al día siguiente el cuadro empeoró, presentando sialorrea y torsión de la lengua. El paciente se quejaba de que voces de hombres y mujeres le hablaban, diciéndole: "Te pegaremos si no trabajas... vago inservible..." Debido a este estado, se le envió al salón de casos agudos. Electro-choque fue recomendado, y el paciente se le preparó con los exámenes físicos y auxiliares de laboratorio para esta terapia. El 23 de abril de 1959 volví a hacerme cargo del paciente. Presentaba las mismas anormalidades en la esfera psicomotora, sin embargo, su conversación era fluida, sin anormalidades, habiendo desaparecido los síntomas psicóticos observados tres semanas antes. El se sentía avergonzado de sus síntomas (tales como la sialorrea, torsión lingual etc.). Electro-choque no fue usado y el Perfenacín se le suspendió inmediatamente.

Tres días después había cambiado totalmente: La actividad psicomotora era normal, siendo su ideación clara y normal, teniendo mucho mayor interés en sus alrededores que cuando fue internado. Pocos días después fue dado de alta sin ninguna clase de tratamiento. Cuatro meses después fue traído de nuevo al hospital, admitiéndosele a la sección de tratamiento continuado debido a razones administrativas. En esta segunda admisión, tampoco fueron observados síntomas típicos de psicosis. Se le empezó a tratar con Perfenacín, 16 mgs. dos veces al día en forma concentrada. El 20 de enero de 1960, el psiquiatra encargado, escribió la siguiente nota "Cada vez que sus padres vienen a visitarlo, el paciente presenta una conducta y actitud muy peculiar. A veces apenas sí puede caminar, otras veces se sienta y se queda mirando por largo rato hacia

un punto, extendiendo los miembros de una manera rígida tirándose para atrás en la silla, de manera que recuerda un opistótonos. Sin embargo, cuando sus padres se marchan, este cuadro desaparece, volviendo a ser simpático, activo, ayudando en el salón el resto de la semana.

CASO II.—Paciente del sexo masculino, soltero, de 18 años de edad. Fue internado en este hospital el 26 de febrero de 1958 por primera vez, a la edad de 16 años.

*Antecedentes familiares:* No hay información de sus verdaderos padres. Fue adoptado a los 10 días de nacido por una pareja sin hijos.

*Enfermedad actual:* El paciente fue enviado al hospital por piromanía. Sin embargo, desde 1953, cuando tenía once años, venía teniendo contacto con la Policía y la Corte debido a conducta antisocial. Cuando fue admitido, el único síntoma descrito fue indiferencia afectiva, y a través de sus antecedentes personales, se le clasificó como personalidad esquizoide. No se encontraron síntomas claros de psicosis. Los test psicológicos mostraron un carácter de tipo paranoide. El paciente estuvo 14 meses en el hospital, y fuera de algunas escapadas y tendencia a la vagancia, nada especial fue hallado. No se le suministró medicación de ningún tipo, únicamente recibió psicoterapia individual durante 2 meses y medio. El paciente mejoró en su adaptación social, dándosele de alta. Tres meses después fue enviado de nuevo al hospital, pues sobre él cayeron las sospechas de dos conatos de incendio en la vecindad de su casa. En esta segunda admisión tampoco fueron descritos síntomas psicóticos.

Conforme se acercaba la fecha de aparecer ante la Corte, fue observado un estado ansioso creciente. Se despreciaba a sí mismo, y se sentía inmensamente culpable; desanimado, con la sensación de que todo el mundo se burlaba de él. No se encontró alucinaciones de ningún tipo. Se le prescribió Cloropromacina, 100 mgs. cuatro veces al día. El apareció ante el Juez el 27 de julio de 1959. Dos días después presentó, en forma aguda, el siguiente cuadro: alucinaciones auditivas de contenido acusatorio, ideas delirantes de tipo persecutorio y desorganización del curso del pensamiento. La Cloropromacina fue aumentada a 200 mgs. cuatro veces al día, añadiendo Frenquel (azacilonol) 100 mgs. cuatro veces al día. Al día siguiente el paciente mostró signos extrapiramidales: acatisia, espasmos de los músculos faciales, con protusión del labio superior. Se añadió al tratamiento 2 mgs. dos veces al día de Artane. Veinticuatro horas después, las ideas delirantes, las alucinaciones y la disgregación del pensamiento habían desaparecido, así como los signos extrapiramidales.

El 10 de agosto, 8 días después, Cloropromazina fue disminuida a la mitad (400 mgs. al día) y Frenquel fue suspendido. El 12 de agosto, Artane fue suspendido. El 13 de agosto el paciente presentó de nuevo el cuadro agudo completo con trastornos psíquicos y neurológicos, que desaparecieron en período de horas, habiendo sido tratado únicamente con varias entrevistas de corta duración, con su terapeuta.

El 10 de setiembre, Clorpromacina fue cambiada por Perfenacín, 16 mgs. al día. El psiquiatra, encargado de asuntos administrativos, quiso enviar este paciente a un servicio abierto, de convalecencia. El paciente no quería este cambio, principalmente por perder el contacto continuo con su terapeuta, pues en ese otro servicio, le vería una vez a la semana. Sin embargo, el 16 de setiembre, el enfermo fue trasladado a convalescentes. Al día siguiente, el paciente fue devuelto al salón de agitados, con un cuadro agudo de alucinaciones auditivas, conglomeración del pensamiento, envaramiento muscular, dando una apariencia rígida al cuerpo; espasmos de los músculos faciales, dando la impresión de un catatónico. Se suspendió Perfenacín, tratándosele con Clorpromacina 200 mgs. diarios, Frenquel 300 mgs. diarios y Artane 6 mgs. diarios. Ocho horas después, el síndrome había desaparecido.

Después de este episodio, el paciente fue observado durante 2 meses más, continuando la psicoterapia, de grupo e individual, trabajando en esta última su ansiedad de separación y dependencia en el terapeuta. Fue dado de alta, y no más reacciones deletéreas han ocurrido, pese a seguir en tratamiento con Clorpromacina y Frenquel.

CASO III.—Paciente del sexo masculino, de 13 años de edad, que fue admitido el 29 de mayo de 1959.

*Antecedentes familiares:* El paciente es el mayor de tres hermanos. Su padre, de carácter introvertido y poco sociable, sin embargo, muy bien adaptado y con éxito en su trabajo. La madre, una mujer joven, atractiva y fría. Un tío materno murió en un hospital mental, con el diagnóstico de esquizofrenia crónica, de tipo catatónico.

*Enfermedad actual:* El muchacho fue enviado al hospital debido a un cambio de conducta durante los 6 meses que precedieron su hospitalización. Se tornó introvertido, empezó a resentir cualquier cosa que su madre dijese, atacándola, físicamente, dos veces.

Después de varias entrevistas y exámenes, no fue posible encontrar síntomas de psicosis. Se le encontró bien organizado y muy inteligente. Este examinador pensó, debido a su morfotipo (leptosómico) y carácter, en un esquizotímico. El paciente fue visto por el consultante en Psiquiatría infantil, el cual diagnosticó "Reacción de adaptación de la adolescencia". Las pruebas psicológicas ofrecieron el diagnóstico de "Reacción obsesiva-compulsiva en el proceso de descompensación, posible proceso esquizofrénico, incipiente". El paciente permaneció 6 semanas en el hospital, y nada especial ocurrió durante este tiempo. El paciente fue tratado por un psicólogo del hospital, por medio de entrevistas de una hora, dos veces por semana. A mediados de julio fue dado de alta. El 22 de agosto, el muchacho fue traído de nuevo al hospital, debido a su mal comportamiento con el sexo femenino y muestras de creciente ansiedad. Además de la psicoterapia individual, Clorpromacina fue recetada a la dosis de 150 mgs. al día. El 21 de octubre, Clorpromacina fue cambiada por Perfenacín,

16 mgs. diarios. El paciente mejoró con esta medicación. Hacia el final de diciembre, el psicoterapeuta se enfermó, siendo imposible de tener las entrevistas estipuladas con el joven enfermo. El visitó su casa por las Navidades. Se observó que estaba tenso y ansioso; el 28 de diciembre, el paciente se sintió incapaz de controlar sus impulsos, de tipo homosexual, nuevos y muy molestos para él, que se acompañaban de pensamientos de tipo obsesivo de la misma naturaleza. Tenía miedo, estaba disgustado consigo mismo, sintiéndose muy desgraciado, pero aún estaba organizado en el curso del pensamiento. El médico del servicio lo entrevistó varias veces, en terapia de tipo suportiva (28-29 y 30 de diciembre). El 30 de diciembre, Perfenacín fue aumentado a 32 mgs. diarios, pues el enfermo iba entrando en estado de pánico, sintiendo que estaba perdiendo control de sí mismo. Durante estos días, se estableció una relación de dependencia entre el joven paciente y el médico del servicio, convirtiéndose éste en una figura importante, posible vicaria del terapeuta. El 31 de diciembre, el médico de servicio estuvo libre. El 1º de enero de 1960, el paciente presentó un cuadro agudo, descrito por el médico de guardia". Este muchacho se quejaba de intenso dolor de cabeza. Presentaba palidez, sudor frío y taquicardia, pero no fiebre. Se quejaba de dolor de espalda, en la región lumbar, teniendo los músculos contracturados. El paciente estaba confuso y asustado. No hay elementos suficientes para diagnosticar una meningitis. Posiblemente es una reacción al Perfenacín, pero un episodio catatónico no puede descartarse". Perfenacín fue suspendido. El 2 de enero fue visto por el médico del servicio: el paciente se quejaba de fenómenos del curso del pensamiento, tales como robo del pensamiento y conglomeración de pensamientos. Se preguntaba de la experiencia del día anterior, diciendo que era como vivir en un mundo extraño y que estaba aterrorizado por unas voces que lo acusaban de actos indecentes. Tenía la sensación que el resto de pacientes estaban contra él. Fue tratado con Perfenacín 16 mgs. al día y Artane 4 mgrs. al día, y el resto de síntomas desaparecieron en pocas horas. Después de este episodio, dio la sensación de que se había liberado de la agitación observada varios días antes del cuadro agudo y pareció mejorado clínicamente.

### EXPOSICION

En líneas generales, y tomando en cuenta las diferencias de personalidad, hay varios puntos comunes entre estos tres pacientes arriba descritos, así como en varios otros que han tenido reacciones violentas con drogas del grupo de las fenotiacinas.

Casi todos estos pacientes han tenido uno o más familiares con historia psiquiátrica o confirmadas reacciones psicóticas (de tipo esquizofrénico). Las reacciones deletéreas ocurrieron independientemente de la dosis y duración de administración de la droga. Un aumento de tensión y ansiedad fue observado como antecedente, a la reacción, a veces de varios días de duración. Este estado anímico podría estar en relación con las fantasías propias y disyuntivas ante la vida, o una situación límite en el mundo circundante y en el de relación. Otro hecho que anuncia el comienzo de la reacción deletérea, es la aparición de ideas

prevalentes de indignidad, hasta el punto de ser delirantes. La estructura de la personalidad comienza a desintegrarse. El paciente está aterrorizado, sintiéndose incapaz de controlar sus impulsos. El paciente se vuelve dependiente en cualquier persona importante o substitutiva de una figura importante para él, regresando a estadios tempranos de desarrollo psíquico. El espacio se angosta y el tiempo se detiene. Cuando el último eslabón de dependencia con el mundo de relación desaparece, el perimundo o mundo circundante cambia para ellos, cambiando su modo de estar en el mundo, en que todo ocurre y lo viven en el mundo propio. Esta desorganización de la existencia, se presenta al observador de la siguiente manera:

1. *Síntomas neurológicos de la serie extrapiramidal:*

- a) Distonías;
- b) Acatisia;
- c) Contracturas musculares;
- d) Torsión de la lengua;
- e) Catalepsia;
- f) Crisis oculógiras;
- g) Tortícolis;
- h) Hipocinesia;
- i) Espasmos de flexión y extensión.

2. *Síntomas psicológicos de tipo psicótico:*

- a) Conducta de tipo catatónica (obediencia automática, repetición de las preguntas hechas por el médico, posiciones estatuarias y fenómenos del robo y conglomeración del pensamiento).
- b) Alucinaciones auditivas de contenido acusatorio y derogatorio.
- c) Ideas delirantes sin sistematizar, de tipo persecutorio y de indignidad, correspondientes al contenido de las alucinaciones auditivas.
- d) El paciente aparece perplejo. Cuando logran comunicar sus vivencias, explican la gran dificultad en ordenar sus pensamientos, preguntan cuánto tiempo han estado con esos síntomas, explicando un fenómeno extraño de angostamiento del espacio.

El síndrome evolucionó de la manera siguiente: Los síntomas neurológicos persistieron por tiempo indeterminado, si el paciente seguía tomando la droga. Desaparecieron al agregarse una droga anti-parkinsoniana, y en corto tiempo; si se suprimía la fenotiacina, también desaparecían los síntomas neurológicos, pero tardaban más.

Los síntomas psicopatológicos fueron de limitación propia, independientes de la persistencia o no de los síntomas neurológicos, pero siempre desapareciendo sin la ayuda de otras drogas. Si se administraba una droga anti-parkinsoniana y otra anti-alucinatoria (Frenquel-Azaciclonol-), lo hacen desaparecer más rápidamente.

Si el paciente era tratado únicamente descontinuoando la Fenotiacina, los **síntomas psicopatológicos persistieron más tiempo que los neurológicos.**

Se recobraron en forma gradual, pero de manera rápida siempre y cuando fueran tratados debidamente. Casi siempre se notó una mejoría global, comparando con el estado previo al episodio agudo. Todo el cuadro reapareció por períodos cortos de tiempo, siempre y cuando el paciente estuviese tomando alguna Fenotiacina y su modo de estar en el mundo fuera sacudido por diversos hechos. Además del tratamiento por medio de drogas, la atención del médico para el paciente parece ser de gran valor, aunque no fue evaluado críticamente. Hubo más de un caso de recobramiento por medio de psicoterapia.

### R E S U M E N

En un estudio clínico de las reacciones secundarias y deletéreas de un grupo de drogas (Fenotiacinas) de las llamadas atarácicas, psicotropas u ortotímicas, son presentados tres casos clínicos.

Fue observado en pacientes jóvenes, sin síntomas psicóticos declarados y cuyos diagnósticos fueron de personalidad esquizoide a esquizofrenia incipiente o sub-clínica. En dos de los casos presentados hay antecedentes familiares de tipo esquizofrénico. Hay cambios en el paciente que preceden y anuncian la aparición de la reacción aguda. Se hace hincapié en la existencia de un factor psicógeno en el desencadenamiento de la reacción; y posiblemente en la desaparición del síndrome. Se describe un cuadro con los síntomas extrapiramidales corrientemente observados con estas drogas y además, un síndrome de tipo psicótico.

También es descrito el cambio en cada serie de síntomas con diferentes tratamientos.

Parece que después de la reacción aguda, los pacientes funcionan a un nivel superior al estado previo a la reacción.

Los tres casos presentados dan las bases para la exposición, lo mismo que otros varios casos observados por el autor.

### S U M M A R Y

In a clinical study of the side reaction of phenothiazine compounds with three case histories presented, several points are stressed. It was observed in young patients without overt psychotic symptoms but diagnosed as borderline schizophrenics. In two of the case histories there was a family incidence of schizophrenia. There are preceding changes in the patient that announce the onset of the side reaction. There appears to be an emotional (psychogenic) factor in the appearance of the side reaction. A picture of the known extrapyramidal symptoms and psychotic symptoms is described. Also, the changes in each series of symptoms with treatment are described. It is felt that after this acute side reaction the patient is able to function at a better level than before. The three cases presented gave the outlines for the discussion, the same as other similar cases observed by the author.