

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN CRÓNICO POSTERIOR AL CONSUMO DE CANNABIS: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

CHRONIC DEPERSONALIZATION DISORDER AFTER CANNABIS USE: CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

Erik García Muñoz, Gloria Adame Ocampo.
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Correspondencia: Erik García Muñoz
erikgarciam@yahoo.com.mx

RESUMEN

El trastorno de despersonalización se caracteriza por una sensación de alejamiento del cuerpo, las emociones y la realidad, pero teniendo un juicio conservado. Con frecuencia, esta condición comienza posterior al uso de cannabis. Ante la prevalencia de consumo de esta droga es importante revisar la neurobiología implicada en este trastorno y los tratamientos con mayor evidencia de eficacia. **Material y métodos:** Se comenta un caso clínico y se hace una revisión sobre esta condición posterior al uso de cannabis. **Resultados:** Las regiones más implicadas son las áreas ténporo-parietales bilaterales. En el caso en cuestión, estas mismas mostraron baja perfusión en el SPECT-CT, que correlaciona con función alterada de áreas de procesamiento visual, somático y afectivo. Aunque la evidencia es vaga, se ha propuesto el uso de fluoxetina y lamotrigina como fármacos de primera línea en el tratamiento. **Conclusiones:** Al haber correlatos neurobiológicos, se requiere más investigación para establecer guías diagnósticas y terapéuticas para esta afección.

SUMMARY

Depersonalization disorder is identified as a condition characterized by a feeling of detachment of the body, emotions and reality but with an intact judgment. This condition begins mainly after cannabis abuse. Because of the prevalence of the use of this drug, it is important to review the neurobiology implicated in this disorder and the treatments with

the highest degree of evidence. **Materials and method:** We present a clinical case and we make a review about this disorder after cannabis abuse. **Results:** The most implicated brain areas are the temporo-parietal cortices. In the clinical case, those areas show low perfusion in the SPECT-CT study that correlates with an alteration in the visual, somatic and affective process. Although the evidence is vague, the treatment with fluoxetine and lamotrigine has been proposed as the first line treatment. **Conclusions:** Because there are descriptions about neurobiological correlates, more research is needed to establish diagnostic and therapeutic guidelines for this disorder.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de despersonalización se caracteriza por una sensación de alejamiento o desconexión con el cuerpo, las emociones y la realidad, pero teniendo un juicio de la realidad conservado. Las personas que lo sufren presentan déficits emocionales, particularmente en la identificación de sentimientos, memoria emocional disminuida y percepción emocional atenuada. Asimismo, manifiestan déficits atencionales y perceptuales (Stein y Simeon, 2009).

Los síntomas de despersonalización pueden aparecer en gran parte de los diagnósticos que se encuentran en el DSM-IV como trastorno de angustia, trastorno de estrés posttraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y en condiciones médicas como epilepsia del lóbulo temporal, migrañas, infecciones del sistema nervioso central o enfermedad cerebro-vascular. Sin

embargo, éstas no se presentan sólo en condiciones patológicas, pues se manifiestan en gran cantidad de personas que no cursan con alguna psicopatología. De hecho, es el tercer síntoma más reportado después de la depresión y la ansiedad. Es, además, de dos a cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres (Foote et al., 2006). En sí mismo, el trastorno por despersonalización tiene poca prevalencia y se presenta en aproximadamente 1 a 2% de la población general. Por lo mismo, permanece poco reconocido, diagnosticado e investigado, lo cual deriva en una falta de guías de tratamiento al respecto (Blanke et al., 2004).

De acuerdo con estudios epidemiológicos, el 16% de los epilépticos y 18% de los pacientes con un trastorno afectivo reportan algunos síntomas de despersonalización o desrealización. En la gran mayoría se manifiesta comórbidamente otro trastorno psiquiátrico, sobre todo trastorno de angustia o trastornos afectivos.

Por otro lado, en una cohorte de 117 casos en Estados Unidos, 22% del total fueron iniciados por el uso de sustancias, específicamente cannabis (13%), alucinógenos (6%), éxtasis (2%) y ketamina (1%). En el Reino Unido, una cohorte de 164 individuos reportó que se inició por el uso de cannabis (12%), éxtasis (2.4%), LSD (1.2%) y ketamina (0.6%). En el estudio más grande hasta la fecha de 394 casos de despersonalización crónica se demostró que cerca de 50% de los pacientes con este cuadro presentaron una despersonalización después de la ingesta de alguna sustancia y, de éstos, 45.9% fueron por cannabis y 28.1% por la combinación de cannabis y alguna otra sustancia (Simeon et al., 2009).

Lo anterior da la pauta para investigar los mecanismos neurobiológicos que podrían confluir en esta condición. Por ello se presenta el caso clínico de un paciente con trastorno por despersonalización crónica posterior al consumo de cannabis con los correlatos neurológicos hallados gracias a SPECT-CT.

CASO CLÍNICO

Luis, varón de 22 años, soltero, estudiante de la licenciatura en Diseño Gráfico y productor de eventos y festivales socioculturales. Originario y residente del D.F., de religión católica.

Motivo de consulta: Despersonalización

Fuente de la información: Directa y del expediente. Se considera completa y confiable.

Padecimiento actual: Inició padecimiento actual desde hace un año posterior a que consumiera un cigarrillo y medio de cannabis. Refiere que la sensación inicial fue una crisis de angustia con síntomas de descarga adrenérgica, además de euforia, somnolencia e hiperfagia todos relacionados con los efectos del consumo de esta sustancia por primera vez. Al despertar, después de dormir durante 10 horas aproximadamente, percibió un contacto distanciado de la realidad sintiéndose como un observador ajeno de los actos que hacía e incluso de sus emociones; sentía la realidad como extraña. Cabe resaltar que su sentido de realidad permanecía intacto durante todo el tiempo y generaba malestar importante: "Sé muy bien que esto es de mi cabeza, pero es una sensación muy rara, como si estuviera viendo todo a través de una

programa de televisión; no me siento yo e inclusive siento que mi cuerpo tiene autonomía sobre mi mente" (*dixit pac*).

Inicialmente, Luis creyó que esta sensación se disiparía con el paso del tiempo en no más de un día; sin embargo, ésta persiste hasta la actualidad. Para tratar de eliminar dicha percepción se enfrascó en diversas actividades como realizar ejercicios de respiración, de relajación tipo Tai Chi Chuan, aeróbicos, leer libros de autores que hablaran sobre percepción como Yukio Mishima y Haruki Murakami. También acudió a psicoterapia y practicó meditación. Se aislaba y le gustaba estar en la oscuridad. Comenta que lo único que lo hace sentirse mejor es esto último pues se siente más tranquilo ante la menor cantidad de estímulos, aunque refiere que persiste la sensación de sentirse alejado de su cuerpo.

Al darse cuenta de que todos estos esfuerzos eran infructuosos, empezó a presentar crisis de angustia en la semana posterior a que iniciara el evento. Primero le sobrevenían dos veces por semana y después de manera esporádica, una vez por mes, con miedo ante la presencia de las mismas y con una duración menor a 10 minutos. Estas crisis se caracterizaban por síntomas de descarga adrenérgica como taquicardia, taquipnea, diaforesis generalizada, temblor distal así como miedo intenso, ganas de salir corriendo y sensación de perder el control. Como síntomas asociados relata también episodios de absorción, principalmente cuando se encontraba bañándose y oyendo el sonido del agua: "Era más fácil para mí concentrarme como si me volviera uno con el sonido del agua cayendo, como si no hubiera otro estímulo y eso me generaba mayor tranquilidad" (*dixit. pac*).

Desde esa fecha presenta anhedonia, hipobergia, así como aislamiento en breves periodos de tiempo: "Es como si todo el interés por hacer cosas se me hubiera ido, así como el placer por las cosas que sentía. Podría estar en una fiesta, pero me sentía alejado y ajeno a mis sentimientos" (*dixit pac*). Reporta también distractibilidad importante, dificultad para evocar recuerdos, principalmente aquellos de índole emocional, sin periodos de amnesia específicos, sentirse controlado por alguien más, tener una identidad alterna o episodios de fuga y sin otros síntomas depresivos.

El paciente reporta que ha buscado información en internet sobre su padecimiento y que es de ahí de donde sabe su nombre. Tras encontrar respuestas y personas que pudieron haber tenido un padecimiento similar al de él y descubrir que éstos habían remitido, pudo comprender que se trataba de un trastorno médico que requiere tratamiento y por ello decidió acudir al Instituto Nacional de Psiquiatría. A pesar de que cursó con el cuadro desde hace aproximadamente un año, el paciente no había perdido gran funcionalidad en su trabajo de producción de festivales y eventos culturales. También ha podido realizar proyectos y tener relaciones de noviazgo durante este periodo.

Salud mental previa:

Comenta que desde su infancia ha presentado episodios de desrealización y despersonalización que eran momentáneos y espaciados y que le servían como inspiración para sus obras de escritura o dibujo: "Yo ya había sentido esto antes, pero sólo duraban minutos. Eran de repente, yo iba caminando y de repente sentía como si me saliera de mi realidad

o de mi cuerpo, como si se me abriera un canal con un universo paralelo y era algo muy chido porque luego regresaba. Pero este ya duró mucho" (dixit pac). También comenta que ha presentado déjà vu con frecuencia, de cuatro o cinco al año, y pareidolias.

El paciente niega síntomas psicóticos, maniatiformes, obsesivo-compulsivos u otros epileptiformes.

Historia familiar

Abuelo paterno finado a los 72 años de edad por cirrosis hepática.

Abuela paterna muerta a los 92 años de edad, finada aparentemente por nefropatía. Padece tabaquismo crónico y aparentemente enfermedad de Alzheimer.

Abuelo materno finado a los 84 años de edad por infarto agudo del miocardio.

Abuela materna viva de 96 años de edad, sana aparentemente.

Madre viva de 56 años de edad, sana.

Padre vivo de 57 años, sano.

Hermano de 26 años de edad; padece esquizofrenia es tratado en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Prima de 31 años con trastorno bipolar.

Niega datos familiares de epilepsia, neurológicos o psiquiátricos.

Historia personal

Perinatales y primera infancia: Producto de la 2/2 gestas, su madre llevó control prenatal sin problemas en el embarazo. Nació por parto vaginal eutócico en medio hospitalario. Respiró y lloró al nacer. No requirió incubadora o cuidados perinatales y fue dado de alta al mismo tiempo que su madre. Desconoce hitos del desarrollo, salvo control de esfínteres a los 18 meses. **Infancia media y tardía, adolescencia y edad adulta:** No refiere enuresis o encopresis. En la primaria tuvo promedio de 8.0, reportando algunos problemas de conducta, principalmente por hiperactividad sin que llegara a cumplir criterios para TDAH. Sin embargo, cursó con conductas negativistas desafiantes como retos a la autoridad. Comenta que ha tenido buen desarrollo durante sus educación dado que tiene capacidades funcionales importantes, así como mucha facilidad para la abstracción, las operaciones matemáticas y el recuerdo de datos. Refiere también que siempre ha tenido buena socialización y gusto por el dibujo, la escritura y el arte dramático. Durante la secundaria, comenta que tuvo buen aprovechamiento, llegando a un promedio general de 9.0. Llevó buenas relaciones de pareja, siendo la primera a los 13 años de edad. Refiere que tuvo dificultades con su orientación sexual dado que tenía gustos tanto por personas del sexo femenino como del masculino, declarándose abiertamente bisexual hacia los 17 años. Cursó la preparatoria en la UNAM con un promedio de 8.0 y desde entonces ha trabajado en producción de eventos de cultura del Distrito Federal y actualmente estudia la Licenciatura en Diseño Gráfico. **Antecedentes socioculturales:** Habita en casa propia, que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y extradomiciliarios. Casa con tres recámaras, un baño, cocina, sala y comedor. Dentro de su casa habitan su padre (57 años) y hermano (26 años). Su madre

vive separada de ellos. Se define la situación familiar como buena. El paciente trabaja en logística en proyectos de eventos culturales. **Antecedentes andrológicos:** IVSA: 17 años de edad. Parejas sexuales: seis mujeres y un hombre. Orientación sexual: Bisexual. Ha llevado a cabo sexo sin protección y con desconocidos. Actualmente tiene pareja estable, pero no ha tenido relaciones sexuales sin protección. **Antecedentes personales patológicos:** Padece varicela a los seis años de edad. Recibió vacunación completa. Niega crónico-degenerativas, alérgicos, TCE, convulsivos y traumáticos. Quirúrgicos por plastia de tímpano izquierdo por desgarro debido a barotrauma por sumersión siendo también su única hospitalización. **Consumo de sustancias:** Tabaquismo: Inicio a los 16 años de edad, consumo máximo 30 cigarrillos al día, consumo habitual esporádico que tiene un rango de unos 10 cigarrillos y sólo en situaciones sociales. Etanol: Inició a los 15 años de edad, consumo máximo 750 ml de destilados, consumo habitual tres copas de destilados (vodka) dos veces por semana sin consumo de riesgo. Cannabis: Inició a los 21 años de edad, consumo máximo un cigarrillo y medio mismo que generó despersonalización y que fuera único consumo. Niega otros.

Exploración física y neurológica

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica, en posición libremente escogida, bien conformada, íntegro; cráneo normocéfalo, sin hundimientos ni exostosis, cabello bien implantado; pupilas centrales, isocóricas, normorreflécticas, campimetría por confrontación normal, movimientos oculares sin alteraciones aparentemente sin dolor a la movilización, fondo de ojo sin alteraciones, conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras denotando cicatriz en la línea media del tímpano de oído izquierdo; mucosa oral hidratada, faringe normoémica, reflejo nauseoso bilateral normal, adecuada motilidad de lengua que se encuentra saburral. Cuello cilíndrico sin adenomegalias, tiroides no palpable. Tórax normolíneo, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, murmullo vesicular presente bilateral, sin fenómenos agregados; ruidos cardíacos rítmicos, sin fenómenos agregados. Abdomen plano, blando, deprecible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin puntos dolorosos; no se palpan visceromegalias, peristalsis presente. Exploración genital diferida. Extremidades eutróficas, con arcos de movimiento conservados, pulsos presentes. Exploración neurológica. I: sin alteraciones. Oftálmico fondo de ojo sin alteraciones, agudeza visual conservada. III, IV y VI par con adecuados movimientos oculares, reflejo fotomotor, motomotor, consensual sin alteraciones, V y VII par con función motora y sensibilidad conservada, sin reflejos alterados. VIII par no valorado, IX, X, XI y XII nervios craneales sin alteraciones. Babinsky y sucedáneos negativos. Reflejos de liberación frontal negativos. ROTs sin alteraciones; Kernig, Gonda, Brudsky negativos.

Examen psicopatológico

Encuentro paciente alerta, consciente, orientado y cooperador. Mantiene buen contacto visual con el entrevistador; aliño e higiene adecuados para edad y sexo; está orientado

en tiempo, lugar, persona y circunstancia. Luis habla sin alteraciones en velocidad, cantidad de palabras e inflexiones en la voz. Tono adecuado en inflexiones, el lenguaje es fluido, espontáneo coherente y congruente. Afecto impresiona hipotímico, resonante y congruente con el ánimo que refiere como "apático". Pensamiento de curso lineal sin alteraciones en contenido o forma. Negó ideación suicida estructu-

rada. Sensopercepción reportando alteración en el sentido de realidad, sentirse como observador ajeno de los propios procesos corpóreos, además de pareidolias. Psicomotricidad sin alteraciones motoras y de la marcha. Funciones mentales superiores conservadas, salvo que denota *déjà vu* frecuentes. Adecuada conciencia de enfermedad, juicio dentro del marco de la realidad. Presenta planes a futuro viables.

Estudios de laboratorio y gabinete

Estudio	Fecha	Resultado
Bh, Qs, Perfil lípidos	16/07/2010	Sin datos anormales
Perfil tiroideo básico	16/07/2010	Sin datos anormales
RM cráneo	16/07/2010	Asimetría ventricular, disminución del volumen subcortical
SPECT-CT (Figs. 1 a 3)	28/07/2010	Disminución de flujo sanguíneo cerebral a nivel temporo-parietal de manera bilateral. Asimetría ventricular.
EEG	10/08/2010	Sin reporte de alteración

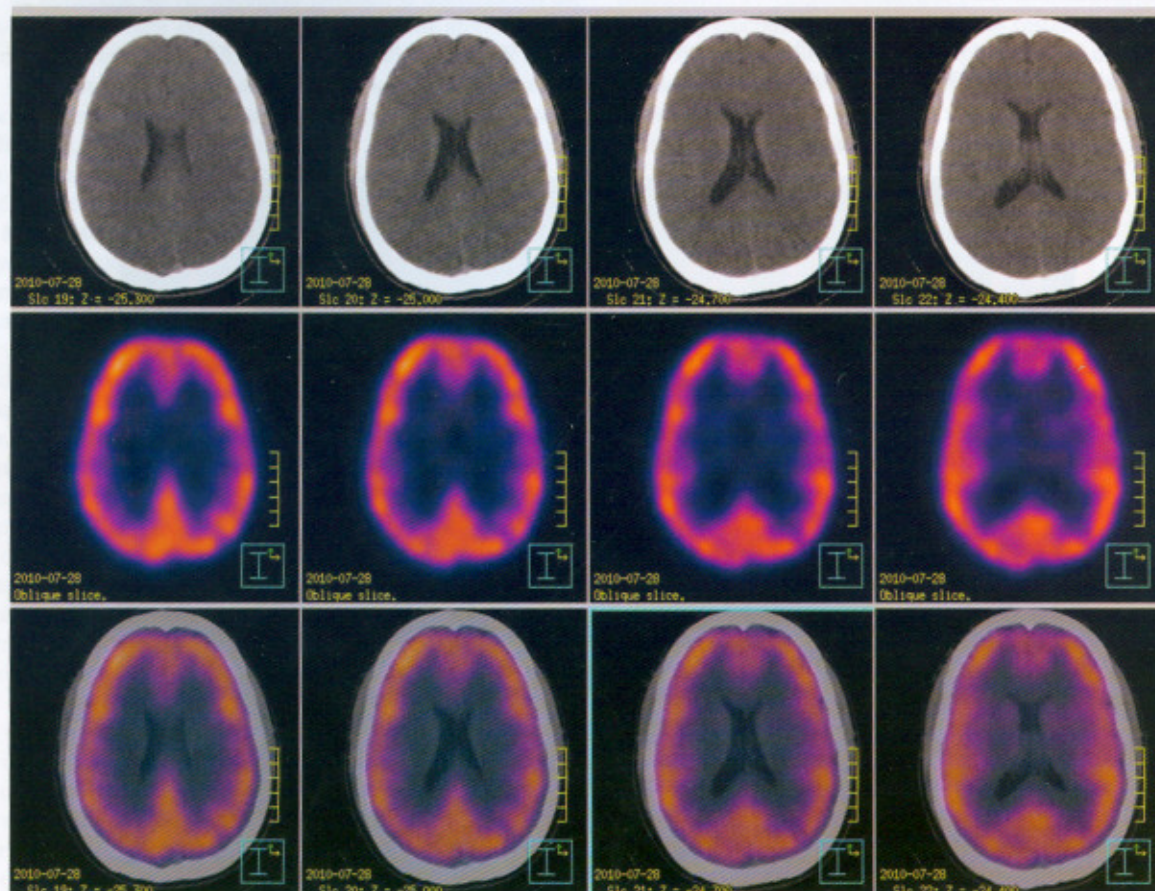


Figura 1. Imagen por SPECT-CT a nivel del 2do giro prefrontal que muestra importante disminución de la perfusión a nivel parieto-temporal bilateral

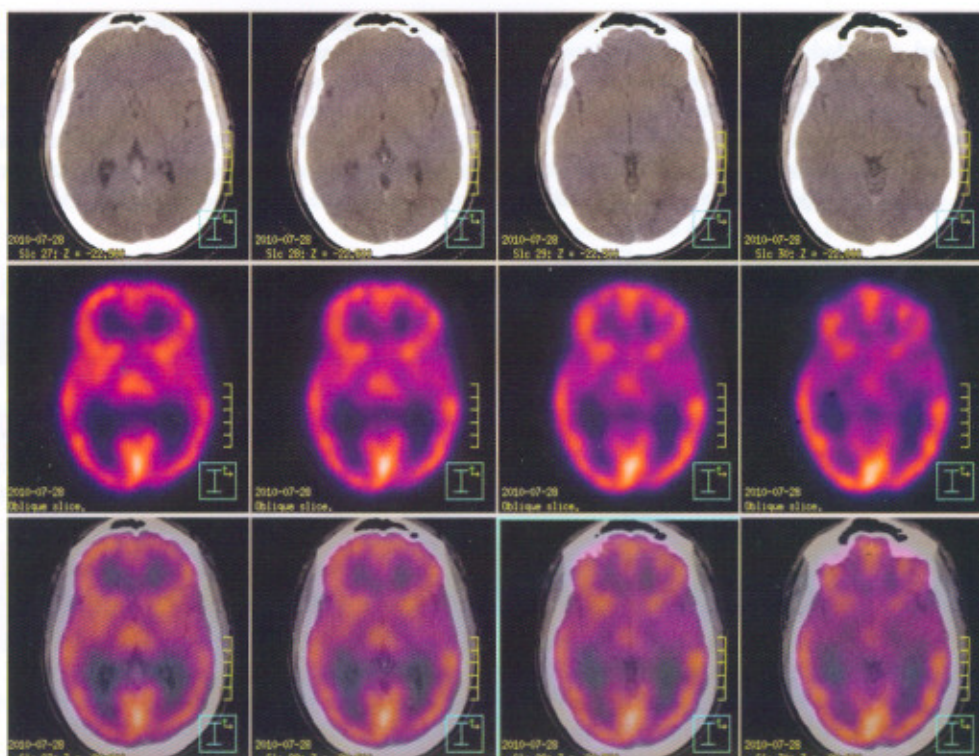


Figura 2. Imagen por SPECT-CT a nivel de los talamos que muestra importante disminución de la perfusión a nivel parieto-temporal bilateral

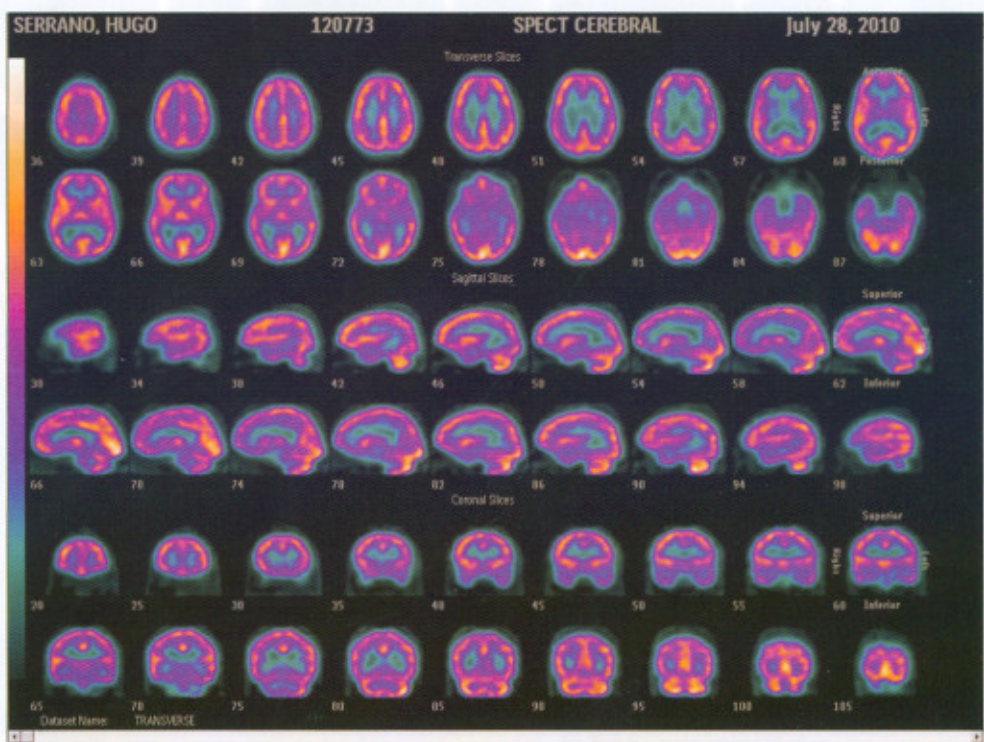


Figura 3. Imagen por SPECT-CT en cortes axial, coronal y sagital que muestra importante disminución de la perfusión a nivel parieto-temporal bilateral

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre los circuitos que podrían explicar este trastorno se incluyen áreas corticales que codifican para el procesamiento de las emociones y de la autopercepción. A este respecto, se han asociado lesiones en áreas temporo-parietales a este trastorno. En el paciente, estas áreas fueron las encontradas anormalmente profundizadas en el estudio de neuroimagen funcional.

Otras áreas implicadas en este padecimiento son aquellas que influyen en el procesamiento afectivo. En pacientes con despersonalización se han tomado imágenes por resonancia magnética, enfocándose en áreas como la ínsula o la amígdala. A este respecto, en el paciente las áreas temporales se presentan con hipoperfusión y podrían incluir a la amígdala, si bien la ínsula no se encuentra alterada.

Los neurotransmisores que intervienen en el trastorno por despersonalización implican a la serotonina, glutamato y opioides. Los síntomas de despersonalización se han desencadenado en sujetos que consumen drogas alucinógenas serotoninérgicas o el agonista clorfenilpiperazina. Asimismo, la despersonalización puede ser vista cuando existe una suspensión abrupta de ISRS. Los cannabinoides, por otro lado, pueden bloquear los receptores de NMDA y se asocian a despersonalización. El bloqueo de estos mismos receptores por la ketamina se ha asociado también a disminución de la actividad límbica en respuesta a estímulos emocionales, pero un incremento en los estímulos visuales podría explicar la hipoemocionalidad de estos pacientes. Otro sistema asociado es el norepinefrínico, puesto que este trastorno se ha asociado a una disminución de los niveles basales y una disminución en la sensibilidad del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal.

La literatura sobre el trastorno de despersonalización es vaga. Se encuentran varios reportes de caso y estudios fenomenológicos. Las principales relaciones se encuentran con el uso de sustancias, principalmente cannabis y con epilepsia. A este respecto, se encuentra en la literatura un reporte de dos casos donde se reprodujeron síntomas de despersonalización en pacientes que se incluyeron en un estudio para demostrar los efectos de tetrahidrocannabinol en la conducción de vehículos y función psicomotriz. Estos dos pacientes fueron excluidos del estudio por estos efectos adversos que se presentaron después de la administración de dronabinol, un cannabinoide. En ambos pacientes se monitorizaron los niveles de tetrahidrocannabinol y 11-hidroxitetrahidrocannabinol, demostrándose que, al momento de reportar los síntomas de despersonalización, ambos metabolitos se encontraban en su máxima concentración (Favrat et al., 2005).

La relación causal entre epilepsia y despersonalización ha sido largamente estudiada y reportada. Sin embargo, normalmente estos episodios se relacionan con episodios de corta duración, habitualmente preictales o interictales y normalmente acompañados por una sensación de miedo (Lambert et al., 2002). Luis presenta sintomatología epileptiforme desde la infancia, así como datos de su personalidad que pudieran hablar de un síndrome relacionado a la epilepsia como involucramiento filosófico importante, hipergrafía y circunstancialidad (Marcangelo y Ovsiew, 2007).

Plan de tratamiento propuesto

Tratamiento farmacológico: El manejo del paciente tendrá que seguir los hallazgos encontrado así como la evidencia escrita. Varios reportes han puesto de manifiesto el uso anecdótico de antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivantes y antagonistas de los opioides. Los únicos que han demostrado evidencia científica, pero en ensayos abiertos, han sido los antagonistas de los opioides y el uso de antidepresivos, para modular el sistema serotoninérgico, y el uso de lamotrigina cuyo mecanismo de acción, además de bloquear canales de sodio, modula la transmisión glutamatérgica por medio de su unión a los receptores NMDA de glutamato. El uso de antipsicóticos atípicos, principalmente aquellos con mayor unión a los receptores serotoninérgicos como la quetiapina, olanzapina y risperidona, ayudaría teóricamente en la modulación del sistema serotoninérgico mediante la unión a los receptores 5-HT_{2A}, 6 y 7, principalmente del primero, así como del antagonismo hacia el receptor D₂ en la vía mesolímbica. A dosis bajas podrían funcionar como agonistas parciales, modulando la transmisión dopaminérgica en las vías mesolímbicas y mejorando los síntomas afectivos que muestra este paciente. Sin embargo, el uso de estos medicamentos queda en duda, ya que no se ha probado la utilidad de estos para el tratamiento de este trastorno.

Tratamiento no farmacológico: Otras opciones para el tratamiento corresponderían a la psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica. Con diversos resultados también ha sido de apoyo el uso de hipnoterapia y terapia de apoyo. Las técnicas de relajación y privación de estímulos han resultado estrategias benéficas para algunos pacientes.⁶ El algoritmo propuesto se presenta en la figura 4.



Figura 4. Algoritmo de tratamiento propuesto para el Trastorno por despersonalización.

Comorbilidades: Para el manejo del trastorno de angustia sin agorafobia, que presupone una alta comorbilidad tras ser revisado en la literatura, se propone el uso de ISRS. Debido a su utilidad, tanto en el trastorno de despersonalización como en el trastorno de angustia, se propuso el uso de fluoxetina.

Pronóstico y algoritmo de decisiones

A pesar de los hallazgos neurobiológicos que han ayudado a comprender este trastorno, el curso de este padecimiento es recidivante y de difícil tratamiento. De acuerdo con la cohorte más grande de este trastorno de despersonalización, con el tratamiento adecuado sólo 13 de 394 (0.32%) pacientes tuvieron una resolución total del padecimiento, mientras que 193 no reportaron algún cambio o empeoraron.¹ Por ello el pronóstico es reservado.

El trastorno por despersonalización puede seguir diversos cursos, que en el caso de Luis ha sido crónico pero que no ha afectado de manera importante su funcionamiento laboral o social, pero sí en el área personal. La edad de inicio del padecimiento es normalmente la adolescencia tardía o la adultez temprana. La fenomenología del trastorno incluye, además de la sensación de sentirse ajeno al cuerpo, una sensación de extrañeza del medio e incluso sentirse alejado de las propias emociones. Habitualmente, los individuos presentan déficits en el reconocimiento de las emociones, anhedonia, así como dificultad para evocar recuerdos principalmente en cuanto se refiere a sentimientos. También presentan algunos déficits como dificultad para mantener la atención o alteraciones en la memoria de trabajo. Luis presenta todas estas características.

Por otro lado, una alta proporción de pacientes reportan haber iniciado con el trastorno después del consumo de drogas de abuso, principalmente cannabis, como en el caso presentado. Además de ello, hay una alta comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad, sobre todo trastorno de angustia. Estos hallazgos envuelven la posibilidad de una alteración en los circuitos serotoninérgicos y glutamatérgicos, lo que es de importancia para el tratamiento.

Como en el caso de Luis, estudios de neuroimagen han puesto de manifiesto alteraciones a nivel de la sustancia gris en los ámbitos funcionales, predominantemente en áreas parieto-temporales que tendrían relación con el procesamiento somatosensorial y de autopercepción y con áreas límbicas como la amígdala y la ínsula, lo que referiría la hipoemocio-

nalidad de estos pacientes. El que la corteza frontal esté con adecuada activación medida por la perfusión o metabolismo según el método de imagen usado podría establecer que el sentido de la realidad permanezca intacto. El SPECT-CT tomado al paciente reveló un patrón acorde con lo reportado en la literatura en cuanto a trastorno de despersonalización.

Aún cabría hacer la diferencia con enfermedades neurológicas como epilepsia, enfermedad de Ménière, vértigo y migraña. Sin embargo, normalmente la disociación acompañante de estados neurológicos es de menor intensidad y duración, además de que carece de la descripción tan detallada o significados como lo es para las entidades psiquiátricas. Los trastornos psiquiátricos con los que debe establecerse el diagnóstico diferencial son el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de angustia y la esquizofrenia. El paciente carece de estresores importantes que hayan desencadenado un estrés postraumático. Aunque ha tenido crisis de angustia, éstas se presentaron después del inicio de la sintomatología disociativa y la despersonalización no se relaciona en mayor o menor grado con las crisis de angustia. Para el caso de la esquizofrenia, Luis tiene vulnerabilidad para trastornos psicóticos debido a que tiene carga familiar para este trastorno. Sin embargo, carece de otras características presentes en la esquizofrenia como ideas delirantes, alucinaciones y síntomas negativos, y no tiene un funcionamiento premórbido bajo.

Por ello, el diagnóstico más probable es el de trastorno de despersonalización. Los pocos reportes que existen denotan la superioridad del manejo con ISRS en combinación con antiepilépticos, especialmente fluoxetina y lamotrigina para este trastorno. Otros reportes exitosos han sido con el uso de antagonistas opioides como naltrexona. El uso de antipsicóticos atípicos que tengan uniones fuertes con receptores serotoninérgicos podría ser de utilidad teórica si bien esto no se ha comprobado en la práctica. Finalmente, en caso de que estos fallen, se puede hacer una combinación de fármacos o usar otros fármacos como estabilizadores del estado del ánimo, anticonvulsivantes y psicoterapias (figura 5).



Figura 5. Árbol de decisiones en el caso clínico presentado.

REFERENCIAS

- BLANKE O, LANDIS T, SPINELLI L, SEECK M: Out-of-body experience and autoscapy of neurological origin. *Brain* 2004; 127: 243-258
- FAVRAT B, MENETREY A, AUGSBURGER M, ET AL: Two cases of "cannabis acute psychosis" following the administration of oral cannabis. *BMC Psychiatry* 2005; 5(17): 1-6
- FOOTE B, SMOLIN Y, KAPLAN M: Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (4): 623-629
- LAMBERT M, SIERRA M, PHILLIPS ML: The spectrum of organic depersonalization: a review plus four new cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14(2): 141-154
- MARCANGELO MJ, OVSIEW F: Psychiatric Aspects of Epilepsy. *Psychiatr Clin N Am* 2007; 30: 781-802
- SIMEON D, KOZIN DS, SEGAL K, ET AL: Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 (10): 1358-1364
- STEIN DJ, SIMEON D: Cognitive-Affective Neuroscience of Depersonalization. *CNS Spect* 2009; 14(9): 467-471