

## La demencia del rey Fernando VI y el año sin rey

Santiago Fernández-Menéndez, José M. González-González, Víctor Álvarez-Antuña, Julio Bobes

Psiquiatría; Área Asistencial de Cijón (J.M. González-González). Servicio de Neurología; Hospital Universitario Central de Asturias (S. Fernández-Menéndez). Área de Historia de la Medicina (V. Álvarez-Antuña); Departamento de Psiquiatría, CIBERSAM (J. Bobes); Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias, España.

### Correspondencia:

Dr. Santiago Fernández Menéndez. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Avda. Roma, s/n. E-33011 Oviedo (Asturias).

### E-mail:

sfmenendez@gmail.com

### Agradecimientos:

A Olvido Benítez Hurlé, abuela paterna del primer firmante, por transmitir a su nieto en vida el interés por la historia, y en su enfermedad, por la neurología.

Aceptado tras revisión externa: 01.04.16.

### Cómo citar este artículo:

Fernández-Menéndez S, González-González JM, Álvarez-Antuña V, Bobes J. La demencia del rey Fernando VI y el año sin rey. Rev Neurol 2016; 62: 516-23.

© 2016 Revista de Neurología

**Introducción.** Fernando VI fue rey de España entre 1746 y 1759. Su último año de reinado se conoce como el año sin rey. Durante ese año, el monarca sufrió un rápido empeoramiento de sus condiciones mentales. La enfermedad generalmente ha sido atribuida a una condición psiquiátrica primaria, generalmente por un trastorno bipolar.

**Desarrollo.** Se realiza un estudio de investigación en los archivos documentales españoles y bibliotecas en busca de información clínica sobre la enfermedad de Fernando VI. Se realiza una evaluación y discusión clínica de la enfermedad del rey sobre la base de la información obtenida.

**Conclusiones.** El inicio del empeoramiento clínico del último año de Fernando VI empezó tras la muerte de su amada esposa. Los síntomas iniciales descritos pueden ser similares a los de un episodio depresivo mayor, sin embargo, el monarca sufrió un empeoramiento rápidamente progresivo con alteraciones de la personalidad, conductuales, encamamiento, pérdida de control de esfínteres y crisis epilépticas. Los últimos meses de su vida estuvo en un estado de postración con un estado cognitivo compatible con una demencia grave. Por todo ello, aunque es posible que Fernando VI pudiera padecer previamente algún tipo de trastorno psiquiátrico, la enfermedad que le llevó a su muerte precoz sería compatible con lo que hoy conocemos como una demencia rápidamente progresiva.

**Palabras clave.** Andrés Piquer. Demencia. Fernando VI. Historia de la medicina. Historia de la neurología. Trastorno bipolar.

## Introducción

Fernando VI fue el rey de España entre 1746 y 1759 tras suceder en el trono a su padre Felipe V (Figura). Durante su reinado, gobernó con la ayuda de ministros ilustrados que promovieron una serie de medidas reformistas. La política internacional estuvo marcada por la búsqueda de la neutralidad [1], y se impulsó el desarrollo económico y cultural de España [2-4].

Se casó con Bárbara de Braganza en 1729, con la que no tuvo descendencia. Aunque la reina no gozaba de belleza física, se trataba de una mujer con un alto nivel cultural que compenetró muy bien con su marido. Los reyes no gozaron de buena salud. Fernando VI tuvo varios períodos de inactividad con ánimo deprimido [4-6]. Bárbara de Braganza tenía una salud débil y falleció de un probable cáncer abdominal en agosto de 1758 [6,7].

El castillo de Villaviciosa de Odón fue testigo del último año de vida de Fernando VI. Allí se trasladó tras la muerte de la reina, y fue en ese lugar donde las personas que le acompañaban presenciaron el rápido declive conductual del monarca hasta su muerte en agosto de 1759, período que se conoce como 'el año sin rey'.

Los documentos existentes sobre la enfermedad de Fernando VI permiten aproximarnos desde la me-

dicina actual a la enfermedad que probablemente padeció. En otras revisiones anteriores, su enfermedad se ha enfocado como un proceso puramente psiquiátrico [6,8,9], aunque también se ha escrito que pudo haber tenido una enfermedad de Alzheimer [10].

En este artículo se realiza un análisis sobre la enfermedad de Fernando VI y una aproximación diagnóstica sobre su posible enfermedad.

## Fuentes documentales

Para realizar esta revisión se ha realizado un extenso trabajo de investigación documental. Se ha analizado un número muy elevado de fuentes primarias de información, más de 500 cartas, con jornadas de trabajo y posterior digitalización de legajos documentales del Archivo Histórico Nacional de Madrid y del Archivo General de Simancas en Valladolid. También se ha realizado un análisis de fuentes secundarias en diferentes ámbitos, del que destaca la colaboración con la Universidad de Oviedo.

Existen varias fuentes primarias de información de cuyo análisis se pueden extraer datos sobre la historia clínica del último año de vida de Fernando VI. De todas ellas, la más conocida y estudiada es lo escrito por el doctor Andrés Piquer y Arrufat. Andrés Piquer fue uno de los médicos más importan-

tes de España en el siglo XVIII [11]. Él, junto con otros médicos, atendió al rey durante su enfermedad a partir de finales de noviembre de 1758. El doctor escribió un manuscrito titulado *Discurso sobre la enfermedad del Rey nuestro señor Don Fernando VI (que Dios lo guarde)*. Dicho manuscrito quedó oculto en una biblioteca privada [12], hasta que se publicó en 1851 dentro de un libro recopilatorio de textos antiguos llamado *Colección de documentos inéditos para la historia de España* [5]. En ese manuscrito, Andrés Piquer no sólo describió magistralmente la sintomatología del monarca, sino que, además, realizó una completa discusión clínica, etiológica y terapéutica de la enfermedad, aunque dentro de su concepción aún muy galénica de la medicina de la época.

Existen otros testigos directos que escribieron con más o menos detalle sobre la evolución clínica del rey. De ellos es importante mencionar a su hermanastro, el infante Luis de Borbón, que mantuvo una importante correspondencia con su madre durante gran parte de la enfermedad de su hermanastro. También hay que destacar la correspondencia existente con el ministro Ricardo Wall, que se convirtió en una de las figuras claves en la supervivencia del aparato gubernativo [6,10].

### Historia clínica de un año sin rey

El 27 de agosto de 1758 murió en Aranjuez la reina Bárbara de Braganza. Fernando VI había acompañado a su esposa durante su enfermedad y había empezado a mostrar sintomatología depresiva. El mismo día que falleció la reina, la comitiva real partió hacia el castillo de Villaviciosa de Odón [10].

Durante los días siguientes, no hay referencias que indiquen alteraciones conductuales o cognitivas de importancia. Se menciona que Fernando VI estaba contento y salía a cazar. Fue durante los primeros días de septiembre cuando el rey empezó a mostrarse agitado, agresivo, y todo ello acompañado de un ánimo deprimido con ideas irracionales de su propia muerte. Tal como Andrés Piquer refiere: *'Padecía unos temores sumos, creyendo que cada momento se moría, ya porque se sentía ahogar, ya porque le destrozaban interiormente, ya porque le iba a dar un accidente [...] se repetían uniformemente por horas enteras, y a veces por todo el día y parte de la noche sin cesar, cansándose S.M. a sí mismo y sirviendo de tristeza a todos el verle en ese estado [...]. En ellos comenzaba poco a poco a alterarse la fantasía y lo demás que lo acompañaba'* [5].

**Figura.** La familia de Felipe V, pintado por Van Loo en 1743, actualmente en el Museo del Prado. Fernando VI aparece de pie el tercero por la izquierda entre su mujer y su padre. Los antecedentes familiares de posibles trastornos psiquiátricos en su familia, concretamente de Felipe V, son importantes.



Muy pronto empezaron a aparecer otros trastornos de la conducta, que fueron reflejados en las fuentes documentales: apatía, alteración de los horarios del sueño, inapetencia por la comida, negligencia de la higiene personal y un alarmante abandono de su conducta religiosa.

Asimismo, empezaron a aparecer conductas motoras estereotipada junto con comportamientos inadecuados, repetitivos y jocosos: saltar, correr o bailar en ropa interior, caminar por su cuarto sin sentido, encerrarse en su cuarto, jugar con la comida, reírse de sus asistentes, no querer dormir sobre su cama, pero hacerlo sobre una camilla que él hace con dos sillas y un taburete; además de tener una conducta motora durante el sueño.

También es muy importante destacar la agitación y la agresividad, el rey tenía impulsos de pegar y morder a todo el mundo a la mínima que se interaccionara con él. Sus asistentes eran constantemente agredidos y tenían miedo de su propia integridad física. Sobre esto, Andrés Piquer refiere: *'Se enfurecía con vehemencia, airándose hasta el punto de ejecutar cosas muy impropias a su bondad y a su carácter. Junto con esto, tenía aversión a las gentes: no podía tolerar que nadie durmiese, comiese o descansase [...] y en conclusión el ánimo y las acciones que a él pertenecían, estaban del todo distantísimas del estado natural'* [5].

Valga como ejemplo de todo lo anterior una escena de las tantas que describió el infante Luis a su madre: *'se echó sobre la cama boca a bajo haciéndose el*

*muerto y el médico le dejó un rato. Después se orinó y le quiso hacer creer que le había dado algo, el médico dijo que no era así, pues no había mudado de color, ni en el pulso había alteración ni novedad ninguna. Entonces de golpe saltó de la cama envuelto en una de las sábanas haciendo como un fantasma. Sus asistentes corrieron con la bata para que se la pusiese y no se resfriase y entonces de rabia los zurró' [13].*

Al menos en los primeros dos meses, pese a la notoriedad de los síntomas conductuales, no hay datos suficientes para pensar en una alteración de otras funciones superiores: no había pérdida de la memoria episódica y tampoco alteración del lenguaje. Es posible que hubiera existido una alteración de las funciones ejecutivas desde muy pronto, ya que existió una ausencia de realización de conductas complejas de manera precoz: no volvió a salir a cazar, solo jugó hasta mediados de septiembre a las cartas con su hermanastro, firmó por última vez un documento a finales de septiembre y despachó por última vez con el ministro Wall en octubre. Además, el rey tomó decisiones inesperadas de manera brusca y sin consultar a nadie, como despedir a Farinelli, a la ópera, o prescindir del confesor real.

Para finales del año 1758, la situación clínica del rey debió de ser muy mala; aparte de los graves síntomas conductuales ya mencionados, el monarca tenía una delgadez extrema y con la higiene muy abandonada. Desde finales de noviembre, en las fuentes ya se menciona que los médicos creían que el proceso era irreversible y que el rey iba a acabar falleciendo. El delicado equilibrio de intereses políticos en juego obligó a su círculo más cercano a actuar. Fernando VI testó el 10 de diciembre de 1758. El rey ni lo dictó, ni lo firmó; su contribución solamente fue decir que estaba de acuerdo cuando le enseñaron las cláusulas que fueron dictadas por el conde de Valparaíso. Por las fuentes de información, es muy dudoso que el monarca prestara atención a un documento de semejante relevancia.

Los pensamientos sobre la muerte estuvieron presentes por lo menos hasta la primavera. Parece que el rey tuvo en enero y febrero de 1759 varios intentos de suicidio. Sin embargo, la impresión obtenida de las fuentes es que dichos intentos estaban en el contexto de episodios de agitación psicomotriz. En otras palabras, no se trataban de intentos autolíticos planificados y causados por un trastorno depresivo, tal como se describe, por ejemplo, en uno de ellos: *'ha estado sumamente furioso. A las doce, poco más o menos, se quiso ahorcar con las cintas que tenía en la camisa, después ha querido morder a todo el mundo, pero nadie se le avenía sino a lo que es preciso, porque a todos los tiene es-*

*carmentados, mordía las sábanas y las hacía pedazos... está asqueroso, tiene las manos untadas en porquería y no se las quiere dejar limpiar, y a todos los que se le arriman los pringa' [14].*

De las fuentes se puede concluir que desde enero-febrero de 1759 el monarca estaba ya prácticamente encamado con algún episodio puntual en el cual se levantaba, sobre todo cuando estaba más agitado. Fue por esas fechas cuando el rey empezó a no controlar sus esfínteres. Fernando VI se orinaba y defecaba encima, todo ello agravado por su resistencia a ser limpiado y una mentalidad absolutista de sus asistentes, por la que era difícil actuar en contra del rey por muy demente que estuviera. El futuro Carlos III tuvo que autorizar a sus asistentes a que usaran una *'violencia respetuosa'* para poder reducir al enfermo a la hora de asearle. La situación en la higiene debió de ser lamentable a raíz de las descripciones obtenidas.

Fue también en esos primeros meses del año cuando se empezó a describir la aparición de un nuevo síntoma, sobre el que Andrés Piquer escribe: *'Las convulsiones las ha padecido el rey varias veces en el curso de esta enfermedad: y me atrevo a asegurar que raro es el día que según más o menos vehemencia no se las haya observado [...]. En el movimiento convulsivo, el miembro se encoge, retirándose violentamente hacia su origen, y las alternativas vienen de la voluntad que intentan mover a su albedrío la parte [...]. Algunas veces se le notaban movimientos convulsivos de brazos y piernas, y todo el cuerpo ya sin privación de sentidos, y también con alguna que suspension de ellos, aunque pasajera y transitoria [...] tenía algunas veces convulsiones, ya de las partes de la cara, con transitorias suspensiones de los sentidos, ya de los brazos y piernas que daban subsultus, esto es, saltos repetidos con violencia' [5].*

También en las otras fuentes se recoge el mismo fenómeno en múltiples ocasiones, que el infante Luis englobaba dentro de lo que él llamaba congojas o vapores: *'anoche tuvo otro vapor y esta mañana otro y después esta tarde tuvo cuatro que uno fue congoja y bastante fuerte, pues Amar, que era el médico que estaba allí, me ha dicho que llegó a privarse y llamó al sumiller y al cura y a todos los otros médicos, y dice que durante esta congoja o vapor o especie de accidente le notó mucho movimiento en el brazo izquierdo y que la boca no estaba natural, y que después que volvió le quedó un rato toda la lengua bastante trabada' [15].*

Aunque es a partir de enero cuando las fuentes describen de manera más clara la aparición de convulsiones, el infante Luis menciona un extraño episodio al inicio de la enfermedad que tiene caracte-

rísticas epilépticas: *'dice que lo siente venir, que le empieza a subir desde el vientre y llega a la cabeza, y que allí siente bullir una cosa que parece que se le va a fijar y que se ha de morir dándole un accidente o que se ha de volver loco. Cuando le da este vapor tiembla todo él y la cabeza le queda temblando por un rato y muda de color'* [16].

De las descripciones se puede concluir que el monarca probablemente tenía crisis epilépticas focales que pudieron ser simples o complejas y a veces eran secundariamente generalizadas. También hay que considerar como posibilidad que algunos de los fenómenos que se describen como convulsiones de las extremidades con saltos repetidos con violencia se tratasen de mioclonías no epilépticas. Otra posibilidad es que las convulsiones pudieran haber sido pseudocrisis y en el contexto del cuadro clínico conductual del rey, tal como sugieren algunos autores [9]. La descripción de un estado poscrítico y cambios en el color de la piel hace dudar de dicha posibilidad.

A partir de febrero de 1759, la situación clínica siguió empeorando de manera rápidamente progresiva, tal como refiere Andrés Piquer: *'la descompostura de la mente siempre ha ido siempre a más... [su conducta agresiva] iba mezclada con alternativas de miedo, de inquietudes, de sosiego, de alborotos, de gritos, decadencia, inacción y otras cosas a este modo'* [5].

Parece que a partir de la primavera y, sobre todo, a partir de junio de 1759 la demencia que presentaba era ya grave, con un empobrecimiento del lenguaje, un discurso desordenado, desorientado y poca capacidad de juicio, como se refleja en lo escrito por Andrés Piquer: *'las ideas de la mente ya no tenían objeto fijo, antes más bien eran vagas, desordenadas e inconexas, de modo que por horas enteras hablaba sin que ninguno de los asistentes pudiese atar un discurso, y a veces ni una preposición bien formada; y no solo erraba ya en los juicios, sino también alguna vez en las operaciones de sentido común, o equivocando los sujetos, o el lugar de su habitación u otras cosas de las que tenía presentes'* [5].

En las últimas semanas de vida, la agitación del rey fue desapareciendo: *'Desde entonces empezaron a aplacarse los gritos, se disminuyeron los deseos de apuntamientos, faltó el apetito a la comida, dominó el deseo de beber, y en todas las cosas se observaba una especie de inacción que podía llamarse indolencia. A principios de agosto empezó a tener oscura la locución, de modo que hablaba torpe y sin claridad'* [5].

Según Andrés Piquer, la clínica del monarca empeoró de manera brusca el 6 de agosto a las 21:15

horas: *'hizo un ruido como de movimiento impetuoso, y habiendo acercado la luz se halló a S.M. con una perfecta alferecía. Quedo después de ella sin habla, pero no sin sonido. No volvió perfectamente en sí, pues se mantuvo muy azorrado toda aquella noche y la mañana del día siguiente'* [5].

De hecho, el médico describió al menos cinco nuevos episodios de empeoramiento neurológico brusco en los tres días siguientes, en los que Fernando VI nunca más recuperó la conciencia. Posteriormente, el monarca desarrolló una disnea grave acompañada de fiebre. Fernando VI falleció el 10 de agosto de 1759 a las 04:15 horas. Tenía 46 años.

### Comorbilidades asociadas

Es de suma importancia describir los otros problemas médicos mas allá de los que se pueden considerar puramente neurológicos.

### Malnutrición

Ya desde muy pronto, el rey desarrolló una alteración de la conducta alimentaria, que le llevó a alimentarse esporádicamente y a base de una dieta de caldo de carne. Aunque existieron mejorías temporales en su alimentación, la constante fue una dieta muy escasa y con poca variedad. La repercusión sobre su estado nutricional fue temprana y progresiva. A los pocos meses se menciona que se le podían contar las costillas; y es ya a partir de la primavera cuando la situación pasó a ser tan grave como que, para describir y referirse al rey, se mencionen cosas como: cadáver, hueso y pellejo o caquexia con extenuación. Su mala situación nutricional seguramente pueda explicar otros síntomas que aparecieron a partir de la primavera, como la caída del pelo y la barba, y la aparición de edemas generalizados. La desnutrición seguramente desempeñó un papel importante en la salud de Fernando VI en los últimos meses de su vida, y es posible que le haya llevado a una muerte anticipada [17]; sin embargo, no se puede decir que su mala situación nutricional haya llevado a estados deficitarios de manera precoz.

### Estreñimiento y problemas abdominales

El estreñimiento crónico fue un problema durante toda la enfermedad; se registraron largos períodos sin deposiciones, incluso uno de 36 días. La escasez de toma de alimentos, la poca movilidad y el consumo de opio explicarían el estreñimiento [18].

**Tabla I.** Principales síntomas conductuales de Fernando VI.

Irritabilidad
Agresividad
Jocosidad
Impulsividad
Pérdida de actividades de ocio
Alteración de la conducta alimentaria
Alteración de las horas y horarios de sueño
Conductas aberrantes, inapropiadas y repetitivas
Pérdida de la conducta religiosa
Pérdida del autocuidado e higiene

### Problemas respiratorios

Desde finales de abril de 1759 (ya en correlación con un estado de caquexia), el rey comenzó con problemas respiratorios: respiración laboriosa, sensación de opresión torácica y disnea para pequeños esfuerzos. En julio se describió la aparición de sangre en los esputos.

### Fiebre

No se menciona la presencia de fiebre durante los primeros meses de la enfermedad, aunque más adelante presentó varios episodios de fiebres que acabaron en la última etapa de su enfermedad por ser más constantes. Desde que apareció la fiebre existió una correlación clara entre los episodios de mayor agitación y su presencia, que dio lugar a una variabilidad que se puede explicar en el contexto clínico de cuadros confusionales.

### Otros

Priapismo, inflamación de una pierna, úlceras y llagas por el encamamiento.

### Tratamientos

A Fernando VI se le aplicó la terapéutica habitual de su época: sangrías, aguas medicinales, triaca magna, chocolate, leche de burra, quina, prepara-

dos de flor de violetas, hierba mercurial, caldos medicinales, gelatina de cuervo de ciervo y otros medicamentos compuestos [5,19], además del probable consumo de opio [6]. Dicho régimen terapéutico poco efecto beneficioso pudo haber tenido sobre la salud del rey, más allá de las cualidades nutricionales o efecto laxante de alguno de los tratamientos. De todas formas, parece que el rey no fue un buen cumplidor terapéutico [5].

### Discusión

Según Andrés Piquer, la enfermedad del rey fue un *'afecto melancólico-maniático'*, y señala que *'el fomento de esta dolencia residía en el cerebro y todo el sistema nervioso'*, algo que se demuestra *'por la perpetuidad y continuación de la lesión de la mente, la cual de cada día ha sido mayor y sin interpolaciones, y esto no puede suceder sin que haya en el cerebro un daño fijo y permanente'* [5].

Analizando las características y evolución clínica de Fernando VI (Tablas I y II), se plantea un origen psiquiátrico o bien neurológico como causa esencial de la enfermedad. La versión más aceptada hasta ahora es que hay que considerar como posibilidad un origen psiquiátrico de la enfermedad de Fernando VI. Si seguimos dicha hipótesis, lo que empezó probablemente como un trastorno de adaptación con sintomatología depresiva reactivo a la enfermedad de su esposa, iría más allá de las características propias de un duelo tras su fallecimiento. Encontramos ánimo deprimido, pérdida de interés por las actividades que realizaba previamente (caza, juegos de cartas, oficios religiosos), disminución del apetito, alteración del sueño, abandono del autocuidado, pensamientos de muerte recurrentes e intentos de suicidio. Toda esta sintomatología apoya la hipótesis de un trastorno depresivo mayor [20]. El cuadro se agrava con la aparición de lo que parecen síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y que consisten principalmente en ideas irracionales de muerte y enfermedad, perseverantes y con gran repercusión emocional y conductual.

Por otra parte, aparece también un estado de ánimo elevado, aumento anormal de la actividad, irritabilidad y episodios de heteroagresividad que concuerdan con un episodio de manía o hipomanía [20]. Aun así, un episodio depresivo mayor puede acompañarse de estos síntomas en menor número o en menor duración que los requeridos para el diagnóstico de manía o hipomanía, o incluir características psicóticas no congruentes con el ánimo deprimido.

Está bien documentado que su padre Felipe V tuvo episodios de ánimo deprimido que alternaba con otros de mayor actividad [21], lo que apoya el antecedente familiar de un trastorno bipolar.

Como conclusión, dentro de una teoría puramente psiquiátrica, la explicación ofrecida por Andrés Piquer de afecto melancólico-maniático, que correspondería a lo que entendemos hoy como trastorno bipolar, es defendida en algunas publicaciones [6,22], aunque no se puede descartar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Dentro de una teoría puramente psiquiátrica, la aparición de otros síntomas, como las crisis epilépticas o la progresión rápida hacia un estado de encamamiento y demencia grave, tendrían que explicarse por otros motivos. Es importante recordar su mal estado nutricional, y posibles trastornos deficitarios, endocrinos, metabólicos y finalmente infecciosos [23-27].

No obstante, la sintomatología afectiva, conductual y cognitiva apareció al principio, cuando su estado nutricional debía de ser bueno, y no se mencionan otros problemas de salud. Otro dato a tener en consideración es que se puede interpretar que la mayoría de las convulsiones podía tener un origen epiléptico focal, lo cual orienta a un posible daño cerebral estructural. Además, como se ha mencionado, los intentos de suicidio parecen estar más en relación con episodios de agitación psicomotriz que deberse a un trastorno afectivo.

Un posible trastorno orgánico y de base neurológica explicaría bien todo el cuadro clínico descrito. Sin embargo, esta hipótesis tiene un claro punto débil. Podría describirse como llamativa la ocurrencia a la vez de un evento personal trágico y la aparición de una enfermedad neurológica que se camufle con el inicio de un duelo. No obstante, la agonía y muerte de Bárbara de Braganza pudo haber desempeñado un factor de confusión a la hora de explicar el inicio de los síntomas [28].

Se ha escrito que pudo haber padecido una enfermedad de Alzheimer [10]; sin embargo, la edad del paciente, la rápida progresión clínica, la ausencia inicial de déficits de la memoria episódica y la gravedad precoz de los síntomas conductuales hacen que esa hipótesis esté poco fundamentada, con muchos puntos débiles, y sea, por lo tanto, muy improbable [29-31]. La evolución clínica de Fernando VI encajaría dentro de lo que hoy clasificaríamos sindrónicamente como demencia rápidamente progresiva [32,33]. Existen varias causas que explicarían una demencia rápidamente progresiva, de las cuales destacan por su frecuencia en la actualidad las enfermedades priónicas, seguidas de las enfer-

**Tabla II.** Evolución clínica de Fernando VI durante el año sin rey.

Situación previa	Episodios depresivos previos
Agosto de 1758	Sintomatología depresiva
Septiembre-diciembre de 1758	Alteraciones conductuales
	Ideas de muerte
	Pensamientos psicóticos e irracionales
	Pérdida de función como gobernante
Enero-junio de 1759	Encamamiento progresivo
	Conducta motora durante el sueño
	Incontinencia urinaria y fecal
	Crisis epilépticas focales ¿mioclonías?
Julio-agosto de 1759	Demencia grave
	Muerte

medades neurodegenerativas y las encefalitis autoinmunes [32,34]; sin embargo, habría que considerar la posibilidad de un origen infeccioso, al estar hablando de un suceso ocurrido en el siglo XVIII.

Intentar diagnosticar con certeza la causa de una posible demencia rápidamente progresiva que pudo haber tenido Fernando VI sería muy osado. Incluso hoy día, con todas las baterías de pruebas diagnósticas disponibles, una demencia rápidamente progresiva supone un reto diagnóstico [32,33,35-39].

Llama la atención el empeoramiento neurológico ictal que tuvo el rey el 6 de agosto de 1759, sobre el que se puede considerar un origen epiléptico. Los últimos días de su vida probablemente desarrolló una neumonía secundaria al empeoramiento neurológico que sufrió.

## Conclusión

Puede ser que Fernando VI haya padecido un trastorno psiquiátrico de base, bien un trastorno bipolar, bien un episodio depresivo mayor. Lo que parece claro es que el empeoramiento grave de su clínica, con la decadencia funcional que eso acarreó, se tiene que explicar por otras causas. Una etiología orgánica que haya causado una demencia rápidamente progresiva cuyos síntomas hayan pasado desapercibidos al coincidir con la agonía y muerte de la

reina explicaría mejor todo el proceso clínico. Lo que parece más claro es que su mal estado nutricional y complicaciones infecciosas desempeñaron un papel crucial para su muerte precoz.

### Bibliografía

- Gómez-Urdáñez JL. La neutralidad fernandina. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Gómez-Urdáñez JL. Introducción. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Voltes P. El desarrollo económico del país. In Voltes P. La vida y la época de Fernando VI. Barcelona: Planeta; 1996. p. 131-43.
- Gómez-Urdáñez JL. La plenitud de la monarquía española. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Piquer A. Discurso sobre la enfermedad del Rey nuestro señor Don Fernando VI (que Dios lo guarde). Colección de documentos inéditos para la historia de España: Viuda de Calero; 1851.
- Gómez-Urdáñez JL. Muerte en palacio. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Voltes P. Gloria y dolor de Doña Bárbara. In Voltes P. La vida y la época de Fernando VI. Barcelona: Planeta; 1996. p. 213-23.
- Rodríguez-Lafora G. Un informe psiquiátrico del siglo XVIII sobre el rey D. Fernando VI de España. Archivos de Neurobiología 1962; 23: 329-38.
- Vieta E, Barcia D. El trastorno bipolar en el siglo XVIII, notas del Dr Andrés Piquer sobre la enfermedad de Fernando VI. Barcelona: MRA Ediciones; 2000.
- Voltes P. Fernando VI, enfermo de Alzheimer. In Voltes P. La vida y la época de Fernando VI. Barcelona: Planeta; 1996. p. 225.
- Angel y Espinos J. Andres Piquer and the neo-hippocratic teaching of medicine in eighteenth century Spain. Stud Anc Med 2010; 35: 461-74.
- Perez J, Baldessarini RJ, Cruz N, Salvatore P, Vieta E. Andres Piquer-Arrufat (1711-1772): contributions of an eighteenth-century Spanish physician to the concept of manic-depressive illness. Harv Rev Psychiatry 2011; 19: 68-77.
- Carta del 29 de octubre de 1758 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 80.
- Carta del 6 de febrero de 1759 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 180.
- Carta del 31 de enero de 1759 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 172.
- Carta del 19 de septiembre de 1758 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 54.
- Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JA, Amaral JR, Campora F, Jacob-Filho W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. BMC Geriatr 2014; 14: 129.
- Wald A. Constipation: pathophysiology and management. Curr Opin Gastroenterol 2015; 31: 45-9.
- Basante-Pol R. Un rey de temperamento melancólico. La demencia de un rey: Fernando VI (1746-1759). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2010. URL: <http://www.analesranf.com/index.php/lectur/article/view/999>. [12.12.2015].
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: APA; 2013.
- Vallejo-Nájera A. Luisa Isabel de Orleans (1709-1742) y la saga de los locos. In Vallejo-Nájera A. Locos de la historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2006. p. 315-452.
- Basante-Pol R. El castillo de Villaviciosa, testigo de la demencia de Fernando VI. La demencia de un rey: Fernando VI (1746-1759). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2010. URL: <http://www.analesranf.com/index.php/lectur/article/view/999>. [12.12.2015].
- Krishnan V, Leung LY, Caplan LR. A neurologist's approach to delirium: diagnosis and management of toxic metabolic encephalopathies. Eur J Intern Med 2014; 25: 112-6.
- Angel MJ, Young GB. Metabolic encephalopathies. Neurol Clin 2011; 29: 837-82.
- Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 59-64.
- Monzón-Monguilod MJ, Pérez López-Fraile I. Subclinical hypothyroidism as a cause of reversible cognitive deterioration. Neurologia 1996; 11: 353-6.
- Davis JD, Stern RA, Flashman LA. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly. Curr Psychiatry Rep 2003; 5: 384-90.
- Jones BN, Reifler BV. Depression coexisting with dementia. Evaluation and treatment. Med Clin North Am 1994; 78: 823-40.
- Helzner EP, Scarmeas N, Cosentino S, Tang MX, Schupf N, Stern Y. Survival in Alzheimer disease: a multiethnic, population-based study of incident cases. Neurology 2008; 71: 1489-95.
- Traykov L, Rigaud AS, Cesaro P, Boller F. Neuropsychological impairment in the early Alzheimer's disease. Encephale 2007; 33: 310-6.
- Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo I, Prince MJ. Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. Arch Med Res 2012; 43: 600-8.
- Geschwind MD, Shu H, Haman A, Sejvar JJ, Miller BL. Rapidly progressive dementia. Ann Neurol 2008; 64: 97-108.
- Rosenbloom MH, Atri A. The evaluation of rapidly progressive dementia. Neurologist 2011; 17: 67-74.
- Fernández-Matarrubia M, Matias-Guiu JA, Moreno-Ramos T, Matias-Guiu J. Behavioural variant frontotemporal dementia: clinical and therapeutic approaches. Neurologia 2014; 29: 464-72.
- Van Everbroeck B, Dobbeleir I, De Waele M, De Deyn P, Martin JJ, Cras P. Differential diagnosis of 201 possible Creutzfeldt-Jakob disease patients. J Neurol 2004; 251: 298-304.
- Paterson RW, Takada LT, Geschwind MD. Diagnosis and treatment of rapidly progressive dementias. Neurol Clin Pract 2012; 2: 187-200.
- Fernández-Vega I, Ruiz-Ojeda J, Juste RA, Geijo M, Zarranz JJ, Sánchez-Menoyo JL, et al. Coexistence of mixed phenotype Creutzfeldt-Jakob disease, Lewy body disease and argyrophilic grain disease plus histological features of possible Alzheimer's disease: a multi-protein disorder in an autopsy case. Neuropathology 2015; 35: 56-63.
- Canneti B, Mosqueira AJ, Nombela F, Guerrero-Márquez C, Vivanco J. Demencia rápidamente progresiva con criterios de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: un caso de linfoma intravascular cerebral. Rev Neurol 2014; 58: 478-9.
- Arias M, Pereiro-Zabala I, Requena-Caballero I, Sesar-Ignacio A, Arias-Rivas S, Villamayor-Blanco B. Demencia rápidamente progresiva como presentación de macroglobulinemia de Waldenström: hallazgos de la resonancia magnética cerebral en el síndrome de Bing-Neel. Rev Neurol 2004; 38: 640-2.

### The dementia of King Ferdinand VI and the year with no king

**Introduction.** Ferdinand VI was king of Spain from 1746 until 1759. His last year of reign is known as the year without a king. Over this year the king suffered a rapidly progressive deterioration of his mental health status. The clinical condition has been always attributed to a pure psychiatric disorder, generally a bipolar disorder.

**Development.** We review the sources of information in the Spanish archives and libraries, in order to find clinical information about the illness suffered by the king. We made a clinical evaluation and discussion about the disease of the king according to the information that has been obtained and the different diseases that could have caused the illness.

**Conclusions.** Last year clinical deterioration of Ferdinand VI started with the death of his lovely wife. At first, the symptoms were similar to the symptoms of a mayor depressive disorder. Although the king had a rapidly progressive deterioration with severe changes in behavior and conduct, long stay in bed, loss of sphincters control and seizures. During the last months of his life, the king fell into a state of prostration with a marked cognitive impairment. Although it is possible that Ferdinand VI could have had a previous psychiatric disorder, there is enough information to think about a rapidly progressive dementia as the main cause of his clinical worsening and dead.

**Key words.** Andrés Piquer. Bipolar disorder. Dementia. Ferdinand VI. History of medicine. History of neurology.