



TIROTOXICOSIS DELIRANTE

Araceli Martínez Carrascosa.

aracelimartinezcarrascosa@gmail.com

El sistema endocrino está formado por glándulas y produce hormonas que son las encargadas de regular el funcionamiento del organismo. Las de mayor importancia al respecto son los testículos, los ovarios, el páncreas, las suprarrenales, la epífisis, el hipotálamo, la tiroides, y la hipófisis.

Centrándonos en la tiroides, tiene una forma similar a la de una mariposa y está ubicada en el cuello, encima de la clavícula. Su función es producir las hormonas tiroideas, tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), que controlan el ritmo de muchas actividades del cuerpo.

La correcta función del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides implica la producción de la hormona tiroidea, necesaria para mantener el normal funcionamiento de varios órganos y sistemas. Podríamos destacar el sistema nervioso central, el circulatorio, el digestivo y el hematopoyético.

Prestando una especial atención en nuestro caso al sistema nervioso central, debido a que su compromiso por la disfunción tiroidea puede generar sintomatología que resulta difícil de diferenciar de la propia de enfermedades a priori pertenecientes a la esfera psiquiátrica. También es importante tener en cuenta que el control del metabolismo es importante para regular el estado de ánimo, el peso y los niveles de energía físicos y mentales.

Por lo tanto la importancia, y el motivo del estudio más exhaustivo de esta glándula en concreto radica en que tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo pueden producir síntomas atribuibles a una enfermedad psiquiátrica. Por lo anterior y ante la falta de síntomas patognomónicos que diferencien la enfermedad tiroidea del trastorno psiquiátrico resulta de gran importancia realizar estudios completos para un buen diagnóstico diferencial.

La enfermedad de Graves, es una tiroiditis autoinmune, su etiología no es muy bien conocida, caracterizada por hiperplasia difusa resultando en hiperactividad o hiperfunción de la tiroides, lo que supone una mayor producción de hormonas tiroideas y por lo tanto un descenso en la hormona estimulante de la tiroides. Es la causa más común de hipertiroidismo y afecta principalmente a mujeres mayores de 20 años.

La clínica puede incluir síntomas médicos comunes, síntomas psiquiátricos y de la conducta y deterioro en el rendimiento.

En casos extremos, se puede incluso llegar a perder el contacto con la realidad, con delirios y alucinaciones, aunque esto no es frecuente en la actualidad, ya que suele detectarse la enfermedad en fases más tempranas en la mayoría de los casos

TIROTOXICOSIS DELIRANTE

TIROTOXICOSIS

“Psiquiátricos”

- Ansiedad
- Nerviosismo
- Labilidad emocional
- Cambios de carácter
- Disminución de la libido
- Inquietud
- Hipomanía o manía
- Impaciencia
- Hiperactividad
- Dificultad para concentrarse
- Cambios de humor incluidos irritabilidad y enfado
- Problemas para dormir
- Fatiga o debilidad muscular
- Aumento de apetito

Somáticos

- Sensibilidad exagerada a los ruidos y a la luz
- Intolerancia al calor y aumento de sudoración
- Temblor en las manos
- Latidos cardiacos rápidos o irregulares
- Crisis vasomotoras
- Movimientos intestinales frecuentes o diarrea
- Bocio
- Pérdida de cabello
- Periodos menstruales irregulares
- Dificultad para respirar con actividad
- Piel delgada
- Uñas frágiles
- Pérdida de peso

HIPOTIROIDISMO

“Psiquiátricos”

- Depresión
- Fatiga
- Somnolencia
- Pérdida de interés e iniciativa
- Disminución de la memoria
- Dificultad para disfrutar de las cosas
- Ganas de llorar
- Hipomanía o manía
- Pérdida de concentración
- Enlentecimiento del lenguaje
- Lentitud de los procesos mentales
- Disminución de la libido
- Pensamiento confuso
- Deterioro intelectual

Somáticos

- Intolerancia al frío
- Sequedad cutánea
- Ronquera
- Palidez
- Dificultad para tragar
- Hinchazón de manos, pies y cara
- Adelgazamiento y caída del cabello
- Uñas frágiles
- Cambios en la voz
- Estreñimiento
- Alteraciones menstruales
- Aumento de peso
- Disminución del apetito
- Hipertensión

Sería necesario también tener en cuenta las principales enfermedades médicas que pueden producir ideas delirante subagudas o crónicas y realizar los estudios necesarios para descartarlas.

TIROTOXICOSIS DELIRANTE

ENFERMEDADES CEREBRALES

- Accidentes cerebrovasculares
- Convulsiones psicomotoras
- Encefalitis paraneoplásica
- Encefalitis u otra infección del SNC
- Encefalopatía por el VIH
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Wilson
- Tumores cerebrales
- Vasculitis del SNC

ENFERMEDADES METABÓLICAS

- Deficiencias vitamínicas
- Encefalopatía hepática o urémica
- Hipoglucemia
- Hiponatremia
- Porfiria aguda intermitente

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

- Hipotiroidismo o hipertiroidismo. Hiperparatiroidismo
- Síndrome de Cushing

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

- Lupus eritematoso diseminado
- Tiroiditis autoinmune

Antes de establecer cómo juicio clínico el trastorno delirante sería necesario realizar el diagnóstico diferencial con:

- Síndrome confusional, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno psicótico debido a otra afectación médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.
- Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme.
- Trastornos depresivos y bipolares y trastorno esquizoafectivo

Se describe el caso de una mujer de 53 años remitida por médico forense a Urgencias de Psiquiatría tras acudir a un juicio, para realizar valoración de ideación delirante de perjuicio. La paciente vivía sola, en condiciones precarias, no se disponía de familiares ni informantes externos y debido a la situación clínica y social se decide ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización de Albacete.

TIROTOXICOSIS DELIRANTE

A su llegada, a nivel psicopatológico la paciente se mostraba consciente y orientada en las tres esferas. Actitud suspicaz y desconfiada. Presentaba discurso fluido y coherente rico en vocabulario de contenido delirante. Ideación delirante de perjuicio estructurada, en primer plano vivencial, de años de evolución irreductible a la confrontación lógica. Alteraciones sensorio-perceptivas en forma de alucinaciones cenestésicas vs ideación delirante somáticas con sensación de calor en la piel. Interpretaciones delirantes y desconfianza a su entorno. Eutímica aunque con labilidad emocional secundaria a las consecuencias vitales generadas por su ideación delirante. No ideas de muerte ni autolíticas. No auto ni heteroagresividad. Alimentación y sueño condicionados a ideación delirante. Nula conciencia de enfermedad. Juicio de realidad comprometido.

En la analítica completa realizada al ingreso se objetivaron alteraciones a nivel tiroideo, desconocidas hasta el momento, por lo que se realizó interconsulta al Servicio de Endocrino. En las analíticas solicitadas por su parte, con marcadores más específicos, se hallaron alteraciones en los anticuerpos antiperoxidasa y en los anticuerpos antireceptor TSH. Aunque resultó imposible realizar la gammagrafía debido al delirio presentado por la paciente, fue diagnosticada de Tirotoxicosis secundaria a enfermedad de Graves Basedow, iniciando tratamiento con antitiroideo y atenolol con seguimiento posterior desde consultas externas de Endocrino.

Durante el ingreso se trabajó con la paciente la conciencia de enfermedad sin conseguirlo en ningún momento, se inició tratamiento con risperidona, pero sin ser posible llegar a dosis terapéuticas plenas, ofertando a la paciente inicio de tratamiento Intramuscular depot que rechazó en todo momento.

Inicialmente planteando manejo mediante el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, pero ante la falta total de conciencia de enfermedad y la nula adherencia al tratamiento así como el nulo apoyo a nivel social y la falta de recursos económicos se decide finalmente derivación a la Unidad de Media Estancia. Donde teniendo en cuenta la evolución se estableció el diagnóstico de trastorno delirante.

Este caso, en el que convergen la patología tiroidea y la patología psiquiátrica, despertó mi interés en cuanto a las enfermedades médicas que podrían pasar desapercibidas al hacer el diagnóstico precipitado de trastorno delirante.

La clínica del hipertiroidismo puede incluir todos los síntomas observados en nuestra paciente como son: síntomas médicos comunes, psiquiátricos y de la conducta, deterioro en el rendimiento e incluso llegar a perder el contacto con la realidad, con delirios y alucinaciones, pudiendo todo esto confundirnos y realizar un diagnóstico erróneo. Debido a todo esto considero necesario reflexionar y realizar estudios más exhaustivos y descartar en primer lugar patologías que pudieran poner en riesgo la vida del paciente

TIROTOXICOSIS DELIRANTE

En este caso en concreto no podemos hacer una asociación causal entre enfermedad de Graves Basedow y el trastorno delirante pero si podemos afirmar que la ideación delirante de nuestra paciente estaba influida y magnificada por la tirotoxicosis.

Debido a las circunstancias que rodean al trastorno delirante crónico en general y a nuestra paciente en particular, en cuanto a diagnóstico y tratamiento, es de gran importancia realizar un estudio y abordaje integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. AWAD, A. G. The thyroid and the mind and emotions/thyroid dysfunction and mental disorders. *Thyrobulletin*, 2000, vol. 7, no 3, p. e1-3.
2. Bauer M, Szuba MP, Whybrow P. Psychiatric and Behavioral Manifestations of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. En: *Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice*. Rothschild, AJ, American Psychiatric Publishing, Inc., 2003; 419-44.
3. Brownlie, B. E., Rae, A. M., Walshe, J. W., & Wells, J. E. Psychoses associated with thyrotoxicosis-'thyrotoxic psychosis.'A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *European Journal of Endocrinology*. 2000; 142(5), 438-444.
4. Bunevicius, R, Prange, AJ. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. *CNS Drugs*. 2006;20(11):897-909.
5. DE VIU, Carlo Mur; DE DIEGO, Filiberto Fuentenebro. *El trastorno delirante crónico: hipótesis etiológicas y nuevas terapéuticas*. 2010. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
6. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. 5ª edición. Panamericana.
7. Quiroz L Danilo, Gloger K Sergio, Valdivieso F Sergio, Ivelic Z José, Fardella B Carlos. Trastornos del ánimo, psicofármacos y tiroides. *Rev. méd. Chile [Internet]*. 2004 Nov [citado 2017 Dic 03] ; 132(11): 1413-1424.
8. Radanovic-Grguric´ Ljiljana, Filakovic´ Pavo, Barkic´ Jelena, Mandic´ Nikola, Karner Ivan, Smoje Juraj. Depresion en pacientes con alteraciones del tiroides. *Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) [Internet]*. 2003 Sep [citado 2017 Dic 10] ; 17(3): 123-134.
9. Schmidt, M., Huff, W., Dietlein, M., Kobe, C., & Schicha, H. Interactions between brain, psyche and thyroid. *Nuklearmedizin. Nuclear medicine*. 2008; 47(6), 225-234.
10. Valera Bestard B., Soria Dorado M. A., Piédrola Maroto G., Hidalgo Tenorio M. C.. Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. *An. Med. Interna (Madrid) [Internet]*. 2003 Abr [citado 2017 Dic 03] ; 20(4): 50-56.