

LOCURA MIXEDEMATOSA

Isabel Ana Moreno Encabo(1), María José Gordillo Montaña(1), Santiago Latorre(1), Juan Iglesias Lopez(1), Sonia Vanessa Boned Torres(2)

(1)FEA Psiquiatría, Hospital Can Misses, Eivissa, Baleares, Spain

(2)Enfermería, Hospital Can Misses, Eivissa, Baleares, Spain

INTRODUCCIÓN:

El hipotiroidismo es la alteración hormonal más frecuente en la práctica médica diaria con una prevalencia de entre el 0,5 y el 18%. Además de los signos y síntomas clínicos clásicos puede mostrarse con síntomas secundarios a la alteración hormonal como alteraciones en memoria, atención, enlentecimiento psicomotor, alteraciones visoperceptivas o alteraciones ejecutivas. Por ello puede ser una entidad difícil de diagnosticar y en ocasiones pasar inadvertido.

La asociación de manifestaciones neuropsiquiátricas con hipotiroidismo está ampliamente descrita, en la literatura encontramos numerosos casos de hipotiroidismo que debutan como psicosis pasando en ocasiones desapercibido en un primer momento, bien por la situación clínica del paciente por la que no es posible recabar los datos suficientes para completar antecedentes, o bien por desconocimiento de ello.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Presentamos el caso de una paciente hipotiroidea con mal control. Este mal control y falta de adherencia al tratamiento, será la causa de la aparición de sintomatología psicótica y su ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Paciente de 35 años que acude a urgencias con confusión y alucinaciones. Esta sintomatología se inicia dos semanas antes y progresivamente se irá agravando, llegando a afectar la psicomotricidad. Como antecedentes personales destaca de manera importante la historia endocrinológica. Encontramos antecedentes de DM gestacional, cetoacidosis diabética 4 años más tarde, que requirió ingreso en UCI. 5 años más tarde, nueva cetoacidosis en contexto de ITU. Hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo (Levotiroxina 75)

No existían antecedentes previos en Salud Mental. Días previos al ingreso, cuando se inicia el cuadro, se instaura tratamiento antipsicótico que, posteriormente deberá ser suspendido por excesiva somnolencia, desorientación, bradipsiquia y disartria. En el momento del ingreso persistía desorientación temporal, hipoprosexia y bradipsiquia con discurso enlentecido y circunstancial.

Se realiza analítica de control encontrándose alterados TSH (184,955), T4 (<0,4), HbA1c (10,5%), CLT 460, LDL 358 y PRL 11,44. En coordinación con Endocrinología, se administran 200 mcg de Levotiroxina. Desde el día posterior al inicio de este tratamiento, progresiva mejoría del nivel de conciencia hasta normalización completa a nivel cognitivo, pudiendo describir astenia, somnolencia e hinchazón previas, y desapareciendo completamente clínica alucinatoria y referencial sin necesidad de tratamiento neuroléptico

CONCLUSIONES:

Ante la presentación atípica de un cuadro psicótico tendremos que tener presente las manifestaciones neuropsiquiátricas que pueden generar las alteraciones endocrino-metabólicas.

El tratamiento de elección para recuperar el estado normotiroideo es la terapia hormonal sustitutiva y la psicosis acompañante al mixedema suele desaparecer tras la primera semana de tratamiento hormonal aunque podría mantenerse incluso con un tratamiento adecuado y con la normalización de los datos analíticos si el tratamiento tiroideo se inicia tardíamente, de ahí la importancia de detectarlo rápidamente pues el pronóstico sea favorable.