



VOMITOS EPISÓDICOS Y LAS NARRATIVAS DE PSICOGENICIDAD; EL DESCARTE ORGÁNICO EN PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Martín Esquinas MJ, Lopez Arroyo M, Perea Perez R



INTRODUCCIÓN

En la Psiquiatría de Enlace se atienden pacientes que presentan signos o síntomas psicopatológicos consecuentes al padecimiento de una patología orgánica. Otros pacientes ya presentaban con anterioridad un trastorno mental y acuden al hospital por otras dolencias. Pero en ocasiones las manifestaciones derivadas de trastornos orgánicos, aun no diagnosticados, son interpretadas como fruto de trastornos mentales. Estas atribuciones suelen comenzar por los propios profesionales sanitarios, en aquellos casos en los que la dificultad diagnóstica es lo suficientemente alta como para no permitir una aproximación inicial y en aquellas enfermedades que pueden presentar revestimientos patoplásticos, neuropsiquiátricos o no, compatibles con determinados trastornos psiquiátricos. Eventualmente estas narrativas calan tanto en las familias como en los propios pacientes. Estos últimos tras recorrer largos e infructuosos caminos de exámenes médicos y pruebas diagnósticas en los que, inicialmente, no se identifica sustrato biológico conocido, terminan imbuidos por atribuciones etiológicas psicógenas, corroborando de ésta manera las hipótesis del trastorno mental funcional. La exposición del presente caso clínico, siguiendo un recorrido cronológico del mismo, pretende ser un recuerdo sobre la importancia del descarte de enfermedades orgánicas en general y del diagnóstico diferencial de enfermedades endocrinológicas en particular, así como de la labor desde la psiquiatría de Enlace de reflexionar sobre posibles etiologías orgánicas que puedan estar produciendo las manifestaciones psicopatológicas presentes.

MOTIVO DE CONSULTA

Como cada mañana, revisábamos las hojas de Interconsulta que el resto de servicios de nuestro hospital envían diariamente con la intención de solicitar atención psiquiátrica. Una de ellas, solicitada por el servicio de Medicina Interna, nos llamó soberanamente la atención. En ella solamente podíamos leer: <<Vómitos episódicos; se solicita: exploración y recomendaciones >>

ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 48 años de edad. Durante los últimos diez años destacaban consultas por quejas de algias fibromusculares diversas y parestesias inespecíficas, acudiendo a distintos facultativos como médico de familia, internista, traumatólogo, reumatólogo, unidad del dolor y médico rehabilitador. En dichas consultas había sido sometida a un número importante de exámenes complementarios. En éstas últimas se habían encontrado hallazgos como bursitis, tendinopatías y espondilosis degenerativas, todas ellas en grado leve, las cuales hacían difícil depositar sobre ellas la causa de tan intensos dolores. Fue tratada durante meses con antiinflamatorios no esteroideos, prescribiéndole reposo y ejercicios rehabilitadores. Todo ello sin mucho éxito a largo plazo. Pero lo que resultó realmente interesante fue que desde los últimos veinte meses, había comenzado de nuevo a recorrer las consultas quejándose de ánimo bajo, ansiedad generalizada, debilidad generalizada, mareos inespecíficos, náuseas, vómitos esporádicos y escaso apetito. Los resultados de todas estas pruebas continuaban encajando en los valores de la normalidad. Entonces, tras los distintos estudios, fuerzas derivada a una Unidad Salud Mental Comunitaria, al sobrevolar la sospecha de que un trastorno mental subyacente estuviera originando aquellos síntomas. Esta hipótesis fue aceptada implícitamente tanto por la paciente como por su familia. En la consulta de Psiquiatría salieron a la luz distintos factores estresantes recientes, por lo que se diagnosticó de Trastorno de adaptación, tipo mixto ansiedad y ánimo depresivo F.43.2 (CIE-10), incluyendo una reseña que señalaba una tendencia a la somatización, que la paciente reconoció. Se le prescribió un ansiolítico benzodiazepínico en caso de crisis de ansiedad y a valorar en función de la evolución la instauración de un antidepresivo. Varios meses después de aquella consulta la paciente presenta un empeoramiento progresivo. Paulatinamente comienzan a hacerse más severos los vómitos, volviéndose incluso incoercibles a pesar de antieméticos. La paciente refirió una astenia severa, llegando a comentar no poder caminar ni respirar por momentos. También sentía importantes mareos, que le provocaron síncope en varias ocasiones. Pierde cinco kilogramos en los dos últimos meses. Aparecen también alteraciones menstruales, volviéndose estas irregulares y cuantiosas. Finalmente, presentando esta clínica acude al servicio de Urgencias, donde es estudiada: TA 95/61mmHg, FC 58lpm, Tª36°C, Sat95%, regular estado general, aspecto descuidado y deshidratado, taquipnea, frialdad distal. Piel morena. No bocio, auscultación C-P sin alteraciones, abdomen blando y depresible, no doloroso. Pulsos periféricos simétricos. Neurológicamente sin alteraciones. Hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones significativas, excepto: Na 122mEq/L, K 5.2 mEq/L, Cl 93 mEq/L. Glucemia 77mg/dL. TSH normal. Sedimento orina: Hematíes 490, leucocitos 33 (menstruación). ECG ritmo sinusal, sin alteraciones. Rx torax-abdomen sin alteraciones. Tras ser estabilizada clínicamente en Urgencias mediante tratamiento de soporte, la paciente es ingresada en la planta de Medicina Interna a fin volver a estudiar el cuadro. Así, tan pronto como ingresó, reclamaron nuestra valoración e intervención.

EVALUACIÓN. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA. PLAN

A la exploración psicopatológica destacaba: labilidad afectiva, sentimientos subjetivos de soledad, incompreensión, impotencia, no síntomas ni conductas que orienten a un trastorno de alimentación, no ideación autolítica, expresando expectativas de retomar su actividad cotidiana, incertidumbre y ansiedad respecto a la posibilidad de no hallar el diagnóstico médico a su padecimiento, reconocimiento de episodios de ansiedad súbita con cortejos vegetativos que relaciona con sucesos vitales estresantes, buen descanso nocturno previo.

Respecto al plan terapéutico recomendado por nuestra parte, aún a riesgo de parecer excesivamente prudentes, enfatizamos el completar el estudio orgánico, incluyendo niveles de cortisol basal así como de ACTH, y nos mantuvimos en la sensata espera antes de etiquetar su caso como psicógeno. Además, le prescribimos bromazepam 1.5mgr en caso de ansiedad y/o insomnio durante la hospitalización.



CONCLUSIONES

Días después, cuando acudíamos a revisar a la paciente, caminando a través del pasillo del hospital nos encontramos con su médico internista, quien nos informaba que ya no era necesaria nuestra consulta. Los niveles basales de cortisol estaban descendidos a la vez que los de ACTH netamente elevados. Tras realizarle la prueba de estimularon con ACTH, habían podido concluir que la paciente padecía una Insuficiencia Suprarrenal Primaria, conocido como Enfermedad de Addison y ya estaba recibiendo tratamiento hormonal sustitutivo: hidrocortisona 30mgr/día y fludrocortisona 0.1mgr/día. Aún así, nos presentamos nuevamente en su habitación. Al entrar, la encontramos recogiendo sus objetos personales y nos recibió con una sonrisa: "Me dan el alta".

BIBLIOGRAFÍA

- A case of Addison's disease presented with depression as a first symptom. Iwata M, Hazama GI, Shiravama Y, et al. 2004;106(9):1110-6.
- Manifestaciones psiquiátricas secundarias a la principales enfermedades endocrinológicas. B Valera Bestard, MA Soria Dorado, G Piedrola Maroto, MC Hidalgo Tenorio. Anales Medicina Interna. Vol 20, nº4, pp 206-212, 2003.
- Actualización en Enfermedad de Addison. C Hidalgo Tenorio, I Reche Molina, L Leon Ruiz, G Piedrola Maroto. Semergen. Servicio Medicina Interna y Sección de Endocrinología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. 2009.
- Interconsulta psiquiátrica. J.E. Rojo, E. Cirera. Masson, 1997.
- Depresión en enfermedades medicas. F.Serrano. Anales Sis Son. Vol 25, suplemento 3; Navarra, 2002.
- The neuropsychiatric profile of Addison's disease: revisiting a forgotten phenomenon. Anglin RE, Rosebush PI, Mazurek MF, et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2006 Fall;18(4):450-9.