

Presentación de un caso: cuando la psiquiatría y la neurología no pueden; el diagnostico en una cucharada de azúcar

VILCHEZ, M.F.; FERREYRA L.M.R. HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

RESUMEN:

Paciente joven, varón, estudiado desde neurología en institución polivalente de alta complejidad por episodios convulsivos a repetición, con estudios especializados que no evidenciaban causa orgánica.

Se solicita interconsulta a servicio de psiquiatría para valoración. Es tratado en forma ambulatoria hasta que es internado en institución psiquiátrica por episodios de excitación psicomotriz riesgo para si mismo y terceros. Desde dicha institución es nuevamente derivado y el caso tiene una resolución inesperada.

OBJETIVO:

Presentación de una situación clínica de desafío diagnostico y terapéutico en una institución polivalente de alta complejidad donde la clínica, la interdisciplina, la escucha atenta y la observación, como siempre, deberían guiar la praxis medica.

METODOLOGIA:

Análisis retrospectivo de un caso clínico.

DESARROLLO:

Paciente, masculino, 31 años, casado, 2 hijos, trabaja en fábrica de golosinas conduciendo un montacargas. Vive en el interior de la provincia, de religión católica.

Derivado desde su localidad de origen por facultativo (medico generalista dela empresa) que consigna en nota” el paciente sufrió en su trabajo crisis de ausencias (objetivadas por sus compañeros) por lo que se solicita E.E.G (normal). Al reingresar repite episodio parecido, ya no ausencia, sino visión doble y jaqueca por lo que se solicitan estudios dx y tto. especifico”.

evaluado por servicio de neurología en nuestro nosocomio por primera vez el 21/11/06, había presentado en octubre de ese año en su lugar de trabajo, varios episodios de alteración de conciencia, movimientos involuntarios, desorientación en tiempo, espacio y persona, parestesias, hiperactividad y agresividad. Amnesia parcial de algunos. En 2 oportunidades, relajación de esfínteres. Los episodios no tenían siempre las mismas características, a veces se presentaban con diplopía, cefaleas y otras con alteración de la conducta. No lo relacionaba con desencadenante en todos aunque algunos aparecían luego de actividad laboral extensa. Refiere que le realizaron E.E.G y laboratorio sin alteraciones (no los trae.)

Al examen neurológico no se encuentran alteraciones. Se repite EEG que revela “anormal

actividad focal bitemporal en vigilia y en E1 de SLS" y RMN (normal) por lo que se indica oxcarbamazepina 300 mg. /día.

El 18/12/06 consulta por neurología nuevamente, presento mareos y parestesias, aun no había iniciado tratamiento. Se reitera la necesidad de inicio del mismo y se agrega clonazepam 0,5 mg/día por posible comorbilidad con trastorno de ansiedad.

Repite episodios en febrero de 2007, parestesias, amnesia. Nuevo EEG y dosaje de oxcarbazepina (normales).

En mayo de 2007, control. Evolución irregular periódica (cada 15 días). Episodios de 9 hs. De duración, con confusión y recuperación sin déficit. Se presentan en general a posteriori de actividad laboral intensa (ultimo hace 15 días). Dejo de trabajar. Reitera parestesias, pesadez de piernas y cefalea.

Nuevas consultas con escasa mejoría.

El 7/6/07 se interna y se solicita interconsulta a servicio de Psiquiatría a pedido de servicio de neurología por posible dx. De pseudocrisis.

Se realiza entrevista junto a otro psiquiatra en presencia de la esposa quien ratifica lo anteriormente expuesto por anamnesis indirecta debido a la dificultad del paciente para responder a las preguntas. La misma muestra videos grabados en su teléfono celular donde se observaban las conductas del paciente durante las crisis. Alega que las filmaciones le permitían explicar claramente las mismas.

Se objetiva al examen psíquico:

- 1 Desorientación temporo espacial
- 2 vigil
- 3 bradipsiquia
- 4 Conducta inapropiada (se paraba y se sentaba nuevamente)
- 5 Movimientos involuntarios (movimientos tipo coreico)
- 6 Estereotipias (se tomaba las manos y las soltaba una y otra vez)
- 7 Manierismos
- 8 Ecolalia y pararespuestas (a las preguntas del entrevistador respondía con la ultima palabra usada por este. A la pregunta "¿en que trabaja Ud.?" Respondía "en junio"
- 9 Perseveracion del pensamiento.

10 Risa inmotivada, afectividad inapropiada

11 Hipoprosexia

12 Amnesia lacunar

13 Juicio suspendido

14 No se puede valorar conciencia de enfermedad.

Al no lograrse dilucidar un dx. presuntivo se decide evaluar nuevamente al día siguiente.

15 Al examen neurológico: hiporeflexia, no diferencia derecha de izquierda, postura de flexión de rodillas y antebrazos

Durante la internación se realiza ionograma, calcemia y EEG que resultan normales.

Repite episodio con duración de 4 hs estando internado. Con amnesia parcial del mismo y posterior cefalea. se repite EEG que no muestra alteraciones.

El 8/6/07 aun en el hospital, se repite entrevista en presencia de la esposa y 2 psiquiatras mas, no se detecta a la evaluación síntomas o signos compatibles con trastorno mental que explique los episodios (diagnósticos diferenciales de psicosis esquizofrénica, trastorno de personalidad, pseudocrisis, trastorno bipolar, simulación, trastorno disociativo, trastorno por pánico etc.). Se va de alta con citas posteriores tanto con psiquiatría como con neurología.

El 15/6 concurre a la consulta acompañado de su hermano (que aporta datos como presencia de movimientos no estereotipados, descontrol) donde relata nuevos episodios, con autoagresión (rompe una ventana, se golpea, no lo pueden sujetar) agresividad y amnesia posterior. Duración extensa, por lo que se indica agregar olanzapina 5 mg/d en 2 tomas a tratamiento con oxcarbazepina en curso. Se indica carpeta médica con dx. De crisis parciales complejas que no responden a oxcarbazepina y si a la combinación con olanzapina. Se acuerda turno telefónico para cuatro días después.

16 Buena evolución hasta agosto

17 El 3/8 sobretorno en psiquiatría:

ENTREVISTA EN PRESENCIA DE LA ESPOSA QUE INSISTE EN ESTAR PRESENTE (ESTA TIENE VENDA EN LA MANO DERECHA).EL PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN PERO ELLA INSISTE EN QUE NO.SE INSISTE EN EL PROBLEMA DE LA MANO, PRIMERO ELLA DICE QUE SE GOLPEO LUEGO HABLA DE EPISODIO DE VIOLENCIA MUTUA HACE 15 DIAS EN PRESENCIA DE LOS HIJOS. LOS PROBLEMAS CONYUGALES SON CRONICOS, DESDE NOVIOS. NUNCA LESIONES NI DENUNCIAS. EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA DONDE SE PONEN DE MANIFIESTO ESTOS ASPECTOS VINCULARES EL PACIENTE PRESENTA CRISIS DE ANSIEDAD

CON SUDORACION, INQUIETUD, MIRADA PERPLEJA, NERVIOSISMO Y DISGREGACION, CON IMPOSIBILIDAD DE ARTICULAR COMUNICACION Y TRANSMITIR SU PUNTO DE VISTA Y OPINION SOBRE LO SUCEDIDO.

18 LA ESPOSA NUNCA LO HABIA VISTO ASI. SE RECOMIENDA NO INSISTIR EN DIFICULTADES PSIQUICAS DEL PACIENTE QUE REQUIEREN MAS EVALUACION Y SEGUIMIENTO. SE CONTINUA CON IGUAL ESQUEMA.

Continúa repitiendo crisis con frecuencia diaria, por lo que concurre al hospital sin turnos y es atendido en situación de crisis por lo que nunca se puede profundizar en la anamnesis. Se decide su internación en clínica especializada el 24/08/07.

Siempre se mantuvo un fluido dialogo con servicio de neurología a fin de informar y compartir la evolución del paciente.

En el transcurso de la internación se recibe llamado de medico laboral de la empresa quien se encontraba preocupado por la pronta culminación de la licencia laboral del paciente y plantea la posibilidad de iniciar tramites jubilatorios (había empezado con carpeta neurológica hacia casi 1 año).

Es re derivado el 7/9 por hipoglucemia desde institución especializada. Hacia 5 días, estando internado y con poca respuesta a medicación (risperidona, clonazepam, placebo) amanece con plejia de miembro superior e inferior derecho, constatada en la clínica. Recibió tto. Inyectable por tres días con mejoría parcial de los síntomas. Se le realizo examen de laboratorio que mostro glucemia de 30 mg/dl. Al examen físico: bradipsiquia, desorientación, hiporeflexia. Se realizaron mediciones posteriores a ingesta que revelaron nuevas hipoglucemias.

Se interna nuevamente, con estudio de insulinemia que resulto alterada (elevada), TAC que no mostro particularidades, y arteriografía hiperselectiva de arteria pancreática con gluconato de calcio que ratifico dx de **insulinoma en cabeza de páncreas**.

Se le realizo tumorectomia el 28/9/07 presentando como complicación una fistula pancreática y posterior sepsis por lo que se interno en UTI y recibió tto. con antibióticos. Permaneció internado 40 días post cirugía y se fue de alta el 15/11/07 no repitiendo nuevos episodios de manifestaciones psiquiátricas o neurológicas.

DISCUSION:

Este caso presenta importantes conceptos a destacar, tanto desde la clínica como desde la psiquiatría de enlace. en esta se observan episodios con el grupo primario de apoyo (violencia, negación y omisión de datos) que confunden a la hora de realizar un diagnostico de situación (refiriendo este concepto al paciente como " ser en situación de enfermo" y el encuadre que lo rodea). (13)

En cuanto al aspecto clínico, el insulinoma es un tumor neuroendocrino infrecuente, de

comportamiento clínico variable, polifacético, en el que predominan los síntomas neuroglucopénicos, con trastornos del comportamiento, que en ocasiones es la única manifestación del mismo, lo que favorece en muchos casos el retraso diagnóstico. Constituyen el 30 % de todos los tumores endocrinos pancreáticos. Menos del 10 % son malignos y entre un 5 y un 10 % se asocian a un MEN de tipo I [1].

Son la principal causa de hipoglucemia del ayuno. Su incidencia es de 1/1.000.000 pacientes/año. [2] Predominan en el sexo femenino [3]. Son más frecuentes entre los 40 y los 60 años.

En el 50 % de los casos se localizan en la región corporocaudal.

Son de tamaño variable, [4] generalmente pequeño, menores de 2 cm en el 81 % de los casos [4] y a veces microscópicos, lo que junto a su comportamiento clínico variable dificulta y retrasa el diagnóstico.

Ante la sospecha clínica, la demostración de la tríada de Whipple, la prueba del ayuno prolongado durante 48-72 horas [3], la ecografía transendoscópica y la arteriografía selectiva dinámica [5], entre otras pruebas, llevarían al diagnóstico.

La cirugía constituye el tratamiento de elección.

Los síntomas neuroglucopénicos que produce dicho tumor son: amnesia, dificultad de concentración, excitación, ansiedad, alteraciones del pensamiento, síntomas obsesivos-compulsivos, histrionismo, depresión, psicosis con alucinaciones, ataques de violencia, ideas de suicidio, delirium, estupor, coma y demencia. Además cefalea, diplopía, convulsiones, hemiplejía, afasia, arreflexia y acinesia. En general, **los comportamientos agresivos dominan en la hipoglucemia ligera y la apatía en la severa.**

La hipoglucemia puede aparecer en el ayuno o basal (no es lo más frecuente) y tras la ingesta. Lo importante de la hipoglucemia basal, es el trastorno de las células beta pancreáticas, que puede coexistir en una hiperplasia o en un tumor productor de insulina. La edad de presentación es de 50 años. En el insulinoma **es característica la ausencia de manifestaciones neurovegetativas y las alteraciones de la conducta pueden presidir el cuadro. Por este motivo un nº elevado de enfermos han sido diagnosticados previamente de diversas enfermedades psiquiátricas como trastorno por pánico, trastorno de personalidad, demencia, psicosis, manía, depresión etc. La existencia de síntomas transitorios, vagos y difusos, variables en el tiempo, con periodos asintomáticos, enlentecimiento psicomotor con incoordinación motora al despertar por la mañana, que mejoran con el desayuno y que reaparecen antes de cenar nos hará pensar en insulinoma.**

Los trastornos psíquicos no pueden ser sistematizados. Manifestaciones tales como negativismo, inquietud y alteración de la conducta pueden persistir durante horas e incluso semanas. La aparición de trastornos mentales como cuadros psicóticos y deterioro cognitivo

previos al tratamiento, así como un tiempo de evolución prolongado, son de mal pronóstico y revierten totalmente tras el tratamiento causal de la hipoglucemia. (4,12)

En la bibliografía psiquiátrica se presenta a esta patología como un cuadro de dx diferencial a tener en cuenta. (Psicosis, excitación psicomotriz, trastornos del estado de ánimo, demencia, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad etc.) (1, 10).

En el caso presentado, aparecieron múltiples manifestaciones tratadas primero desde la neurología y luego también desde psiquiatría. El hecho de que las crisis se presentaran luego de mucha actividad, que hacia descender el nivel de glucemia aun mas, y que en una posterior reunión interdisciplinaria surgiera el dato de que dichos episodios mejoraban cuando su esposa para calmarlo le cebaba mate con azúcar, fue un dato anecdótico que adquirió significado tiempo después.

CONCLUSION:

La hipoglucemia espontánea es **rara** aunque potencialmente grave. Su presentación clínica diversa y el hecho de que las glucemias sean habitualmente normales en los periodos intercrisis, dificultan el descubrimiento del síndrome y conduce frecuentemente a **retraso de años en el diagnóstico** como sucedió en la paciente que se presenta cuyas manifestaciones fueron etiquetadas de funcionales o psiquiátricas por un año hasta que se practicó glucemia en una de las crisis, esto sumado a la **historia de violencia familiar, omisión y negación de datos por parte del paciente y cónyuge, la interconsulta en forma tardía, la falta de historia vital y anamnesis mas detenida por urgencia de crisis y la ausencia una buena comunicación interdisciplinaria de datos.**

Por ello debemos tener un alto índice de sospecha y realizar glucemia capilar ante cualquier síntoma-signo neurológico o psiquiátrico agudo así como poner énfasis en anamnesis, observación clínica y transmisión de hallazgos en reuniones periódicas entre servicios interconsultados.

Reflexión:

Queda planteada nuevamente la cuestión: ¿hay enfermos y no enfermedades?

BIBLIOGRAFIA:

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Factores psicológicos que afectan al estado físico. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Sinopsis de psiquiatría, 8ª edición. Madrid: Médica Panamericana, 1999. p. 906-44.
2. Blanco C, Soto JA, García Toro M, Serrano P. Enfermedades endocrinas y metabólicas inductoras de psicopatología. In: García Toro M, González Guillén A, editors. Psicopatología y agentes biológicos. Barcelona: Masson, 1998. p. 89-124.
3. Urretavizcaya M, Marsal F, Crespo JM. Sistemas endocrino y metabólico. In: Rojo Rodes JE, Cirera Costa E, editors. Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson; 1997, p 233-71.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. Barcelona: Masson, 1995.
5. Vila M, Villavicencio D, Guillem M. et al. La manía secundaria. In: Livianos L, Rojo L. El tipo clínico maniaco. Madrid: IM & C; 1999. p. 101-32.
6. Gelder M, Gath D, Mayou R. Psiquiatría orgánica. In: Gelder M, Gath D, Mayou R, editors. Psiquiatría, 2ª edición. México DF: Interamericana McGraw-Hill; 1993. p. 340-99.
7. Valls JJ, Dolz M. Psiquiatría orgánica II. Enfermedades médicas con presentación psiquiátrica. In: Cervilla J, García-Ribera C, editors. Fundamentos biológicos en psiquiatría. Barcelona: Masson; 2000. p. 117-30.
8. Cecil: Tratado de medicina interna: hipoglucemia y trastornos relacionados: J.F FLIER. Mc Graw-Hill. Ed. Interamericana 20º edición vol 2 1476-1477.
9. Stern RA, Prange AJ. Aspectos neuropsiquiátricos de las neuroendocrinopatías. In: Kaplan HI Sadock BJ, editors. Tratado de psiquiatría, 6ª ed, Vol.1. Buenos Aires: Intermédica; 1997. p. 221-30.
10. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Trastornos endocrinos y psiquiatría. In: Ey H, Bernard P, Brisset CH, editors. Tratado de psiquiatría, 8ª ed. Barcelona: Masson; 1992. p. 690-707.
11. Richard Bringham F, Demay MB, Kronenberg HM. Hormones and disorders of mineral metabolism. Williams textbook of endocrinology. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998. p. 1155-209.
12. R. Albero Gamboa: hipoglucemias. Medicine vo08 n 20 sept. 2000
13. H. Ferrari y col: Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta medico-psicológica.