



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON INSUFICIENCIA SUPRARENAL Y LOS DESAFÍOS PARA LA MEDICINA FAMILIAR Y LA PSIQUIATRÍA

Autores: Paulina Sepúlveda R, Becada Medicina General Familiar, Universidad de Chile / Bernardita Martínez O., Médico Familiar, Universidad de Chile / Cecilia Vera, Médico Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco. CesFam San Joaquín, Contacto: Paulina Sepúlveda Ríos - Paulina.millaray@gmail.com

Resumen: A continuación se reporta un caso clínico de un adulto de sexo masculino de 20 años que se presenta con marcada inapetencia, apatía, despropositividad vital, retraimiento social y un aparente quiebre vital descrito por sus progenitores. Dentro del examen físico destaca un estado nutricional enflaquecido y examen neurológico dentro de límites normales, todo lo

cual lleva a sospechar la presencia de un cuadro psiquiátrico y como primera posibilidad a descartar un primer brote de esquizofrenia simple. A través del médico de familia se realizó la coordinación con el nivel secundario de atención y se mantuvo la continuidad en la atención. Finalmente dentro del estudio para descartar patología orgánica se encontró un cortisol

plasmático muy disminuido con lo cual cambio drásticamente el enfrentamiento de nuestro paciente, pues ahora estábamos frente a una patología médica y tratable, una insuficiencia suprarrenal.

Palabras claves: insuficiencia suprarrenal, síntomas psiquiátricos, diagnóstico diferencial

Summary: We present a clinical case of a 20 years old male, who showed inappetence, languishment, no life purpose, social withdrawal and life changes described by his parents; within the physical examination we detected an underweight patient with a neurological exam without abnormal findings. All of above lead us to suspect a psychiatric illness and as a first possibility a first-break schizophrenia. The family physician made the coordination with the Secondary Health Care system and kept the continuity of care. Finally the lab test results, ordered to rule out an organic cause within the differential diagnosis, showed a low cortisol level which drastically changed the approach of our patient, because now we were facing a treatable medical illness, an adrenal insufficiency.

Key words: adrenal insufficiency, psychiatric symptoms, differential diagnosis

1. Introducción

La insuficiencia suprarrenal primaria (ISRP) o Enfermedad de Addison debe su nombre a Thomas Addison quien fue el primero en describirla en 1855. En su descripción original, él consideró manifestaciones psiquiátricas como la "fascie de ansiedad" y el delirio. Posteriormente, Klippel introdujo el concepto de "la encefalopatía addisoniana", al notar que hay síntomas psiquiátricos comunes en la insuficiencia suprarrenal. Esta es una enfermedad de poca frecuencia, con una prevalencia que varía entre 0,45 a 11 casos por 100.000 habitantes. Hay varios informes en la literatura de perturbaciones psicológicas asociadas con la enfermedad de Addison, encontrándose un predominio de síntomas psiquiátricos entre el 64% a 84%. El objetivo de este reporte es dar a conocer la presentación de un caso clínico de ISRP visto en atención primaria en el cual inicialmente lo que destacó fueron los síntomas psiquiátricos y que como veremos, se transformó en un desafío para todo el equipo de salud, donde fue de gran relevancia, entre otros, el trabajo en equipo, la continuidad en la atención y la coordinación de la red asistencial. Todo lo cual traduce el rol que juega el médico de familia como potenciador del trabajo del equipo de atención primaria para brindar una atención de calidad, oportuna y con una mirada más allá, con enfoque biopsicosocial.

2. Caso clínico

Paciente de 20 años soltero, sin historia psiquiátrica previa. Consulta espontáneamente en nuestro CECOF (Centro comunitario familiar), en enero de 2008. Viene acompañado por su madre, quien refiere que lo trae por marcada disminución de la ingesta alimentaria y por encontrarlo muy delgado. En esa oportunidad se objetiva un IMC: 16,5, PA: 90/60, FC: 68 por minuto; el resto del examen físico no reporta hallazgos. El médico sospecha una anorexia nerviosa, asociado a un síndrome depresivo, por lo cual se cita a nuevo control en el CECOF y se realiza interconsulta a Psiquiatría. El paciente no vuelve a control, por lo cual en reunión de equipo en mayo del 2008 se acuerda realizar rescate del caso a través de una visita domiciliar por asistente social, citándolo para seguimiento del caso. Finalmente es traído por su madre a una segunda entrevista de salud mental en el CECOF, esta vez realizada por el médico residente de medicina familiar, en junio de 2008. Se indaga, en conjunto con los padres, sobre sus antecedentes médicos (no refiere), quirúrgicos (no refiere), familiares (HTA crónica abuela materna) y antecedentes del crecimiento y desarrollo (RNT, con buen incremento ponderal, hitos del desarrollo acordes a lo esperado). Mantuvo un buen rendimiento académico durante la Enseñanza básica, con un progresivo deterioro durante la Enseñanza media. Termina cuarto medio el año 2005, obtiene 560 puntos en la Prueba de selección universitaria (PSU), el año 2006 asiste a preuniversitario y el año 2007 cursa un semestre en un instituto la carrera de Soporte en computación, retirándose por sus problemas de salud. En relación a sus hábitos se descarta consumo de tabaco, alcohol y drogas. En la entrevista con el paciente, al inicio se intenta definir los problemas en conjunto y al parecer hay una autodefinición de dos situaciones "que esta delgado y come poco" y que es su hermana quién tiene conductas purgativas (esto último después de preguntar explícitamente por el tema).

En la segunda fase se exploran aspectos específicos del desarrollo del adolescente y elementos que identifiquen un trastorno del ánimo o un trastorno de la conducta alimentaria.

Hasta aquí, luego de estas dos entrevistas con los padres y con el paciente impresiona que la sospecha de anorexia nerviosa planteada al inicio pierde fuerza, la baja de peso es egodistónica, no hay conductas purgativas y por otro lado la inapetencia del paciente es real. Sin embargo, lo que si llama la atención en el curso de la entrevista es su perfil psiquiátrico, esto lleva a explorar más detalladamente el examen mental y neurológico frente a la necesidad



de descartar la presencia de un cuadro Psicótico u alguna otra patología orgánica.

En el examen mental destaca un paciente que representa una edad cronológica menor, con su psicomotricidad enlentecida y con escaso contacto ocular. En el discurso un tono bajo, monótono, sin prosodia y velocidad muy enlentecida, sin llegar a perder la lógica de este. Muestra un vocabulario muy disminuido, con escaso contenido, concreto y un diálogo circunstancial. La afectividad es neutra, impresiona como aplanamiento afectivo. Se indaga dirigidamente la presencia de ilusiones y alucinaciones, que no están presentes. Las funciones cognitivas, memoria, inteligencia y atención están conservadas con un test minimental dentro de lo normal. El examen neurológico se encuentra dentro de límites normales al igual que el examen de tiroides; el resto del examen físico sin cambios. Por el perfil del paciente se lleva a consultoría psiquiátrica en la Universidad de Chile como parte de una actividad docente asistencial, destacando en esta entrevista un desarrollo de personalidad tímido, con inhibición y pobreza social, con un perfil que impresiona como evitativo. En los últimos dos años se presenta un quiebre con mayor retraimiento social y desproposidad vital. Lo que más destaca es un quiebre vital, referido por el paciente y sobre todo por los padres, sin embargo, no existen o no se logran pesquisar en la entrevista síntomas positivos.

De acuerdo a esto se plantea la sospecha diagnóstica de primer brote de esquizofrenia y el diagnóstico según el eje multiaxial es el siguiente:

- Eje I: Sospecha primer brote esquizofrenia simple vs Síndrome depresivo severo.
- Eje II: Rasgos de personalidad evitativo.
- Eje III: Baja de peso progresiva.
- Eje IV: No se logran pesquisar estresantes ambientales hasta el momento.
- Eje V: 41-60

Se propone citar a los padres del paciente para plantear la sospecha diagnóstica e interconsulta AUGE a Psiquiatría - Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT). Además se decide aplicar algunos instrumentos de familia para determinar algunos elementos que ayuden a configurar el diagnóstico y ver el contexto en que se encuentra el paciente. El genograma estructural (Figura 1), muestra a una familia nuclear biparental, con hijos adolescentes. En el apgar familiar, aplicado al caso índice y su madre, obtienen entre 9 y 10 puntos lo que habla de una familia funcional, que concuerda con lo visto durante las entrevistas. En la línea de vida (figura 2) realizada por el caso índice, destaca lo concreto de su relato y diseño y la importancia que él da a su enfermedad. Se decide realizar seguimiento del caso índice a través de controles seriados en el centro de salud, citar al resto de la familia para examen de salud preventivo y en especial para evaluar antecedente de vómitos autoprovocados en hermana del caso índice. En Julio de 2008, se realiza evaluación en Psiquiatría -HBLT, donde se solicita estudio incorporado dentro de la garantía GES para descartar patología orgánica, dónde destaca: hemograma, glicemia, uremia, bilirrubina total y fosfatasas alcalinas dentro de rangos normales; Electroencefalograma (EEG): dentro de límites normales; TAC de cerebro: sin hallazgos patológicos; Test de Elisa para VIH: Negativo; TSH: 8.68 uIU/ml; Cortisol basal 7-10 AM: 0,036 ug/dl. (Valor de referencia: 6.2-19.4 ?g/dl); ACTH: 415 pg/ml. (Valor de referencia: 9-65 pg/ml).

El resultado de estos exámenes plantea la sospecha de una insuficiencia suprarrenal (ISR). Finalmente se confirma el diagnóstico con el segundo cortisol basal que resulta estar valores similares y con la ACTH elevada, con la cual además se confirma su origen primario.

En control en el centro de salud se busca dirigidamente manifestaciones de ISR. En la anamnesis dirigida refieren que en enero el paciente presentó episodios de náuseas, vómitos y dolor abdominal autolimitados por lo cual no consultan a médico. Además

han notado una coloración oscura de la piel, especialmente en las manos.

En el examen físico dirigido destaca: PA: 80/50, hiperpigmentación de piel mayor en nudillos y mucosa oral. El vello axilar es escaso y el vello genital tiene distribución ginecoide y fino. Los genitales masculinos normales. Sin otros hallazgos.

En resumen se pudo pesquisar en forma retrospectiva que el paciente presentaba algunas manifestaciones compatibles con una ISR. Además durante esta consulta de seguimiento se realiza psicoeducación acerca de la ISR y de las medidas a tomar frente a situaciones de estrés y eventos desencadenantes de una insuficiencia suprarrenal aguda (por ejemplo alcohol, pérdidas de volumen, trauma, fiebre, dolor). Se da información sobre el pronóstico. Se realiza la interconsulta a endocrinología, con carácter de urgencia. Actualmente paciente mantiene controles en el centro de salud, está en seguimiento en endocrinología del HBLT, donde se inició tratamiento con prednisona y se está realizando estudio etiológico.

3. Discusión.

En consultoría psiquiátrica del Cesfam San Joaquín fue presentado el referido adolescente de 20 años por sospecha de primer brote de esquizofrenia. Dado que la historia clínica y el examen mental revestían elementos de duda diagnóstica, se deriva al departamento de psiquiatría ambulatoria del Hospital Barros Luco Trudeau, donde se efectúa una anamnesis detallada que coincide con lo relatado por médico de familia. Durante esta evaluación, al examen mental se observa un joven que representa menor edad que la cronológica, muy enflaquecido, vestido adecuadamente, pero con ropa varias tallas mayor que lo que le correspondería. Impresiona severamente asténico, debilitado. Refiere tener episodios psicóticos con alucinaciones auditivas y agitación psicomotora concordante con el contenido de aquellas. Si bien impresionaba como un cuadro esquizomorfo, llamaba la atención que el contacto afectivo estaba conservado, y que parte de la sintomatología era egodistónica. Se solicitan algunos exámenes de laboratorio orientados al diagnóstico diferencial de un síndrome asténico severo, vale decir: glicemia e insulina, hemograma, perfil tiroideo, perfil renal, cortisol, entre otros. Debido al bajísimo nivel de cortisol plasmático encontrado, el laboratorio da la alerta inmediata. Se repite y valida el examen. Se coordina con médico del CesFam el poder acceder al examen de ACTH, que confirma el diagnóstico de una Insuficiencia suprarrenal primaria. Se solicita evaluación endocrinológica, siendo derivado para el tratamiento por especialista.

Como comentario, podemos decir que existe una gran cantidad de enfermedades que presentan manifestaciones en la esfera psíquica, muchas veces severas, que confunden al clínico. Las de origen endocrino son muy frecuentes: el hipotiroidismo que simula una depresión, el síndrome de Cushing que se presenta en la forma de una manía incluida la agitación psicomotora, el hipertiroidismo que se manifiesta como un trastorno de pánico, las hipoglicemias, frecuentes en las personas con hiperinsulinemia pueden ser confundidas con depresión y/o trastornos ansiosos y, lo que nos convoca, la insuficiencia suprarrenal, que en fases tempranas puede aparentar una depresión, y que por las alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, particularmente la hiponatremia, llegará a adoptar formas psicóticas de índole deliriosa.

Es imprescindible estar atentos, tanto a los criterios presentes para llegar al diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, como a los ausentes imprescindibles, que pueden dar pistas vitales en el proceso de diagnóstico diferencial.

Finalmente, aunque resulte reiterativo: siempre hay que hacer diagnóstico diferencial de los cuadros depresivos, aunque el cuadro parezca "de libro", dado que, en más de una ocasión pueden aparecer otras patologías que obligan a cambiar el enfrentamiento en forma drástica.



Figura 1

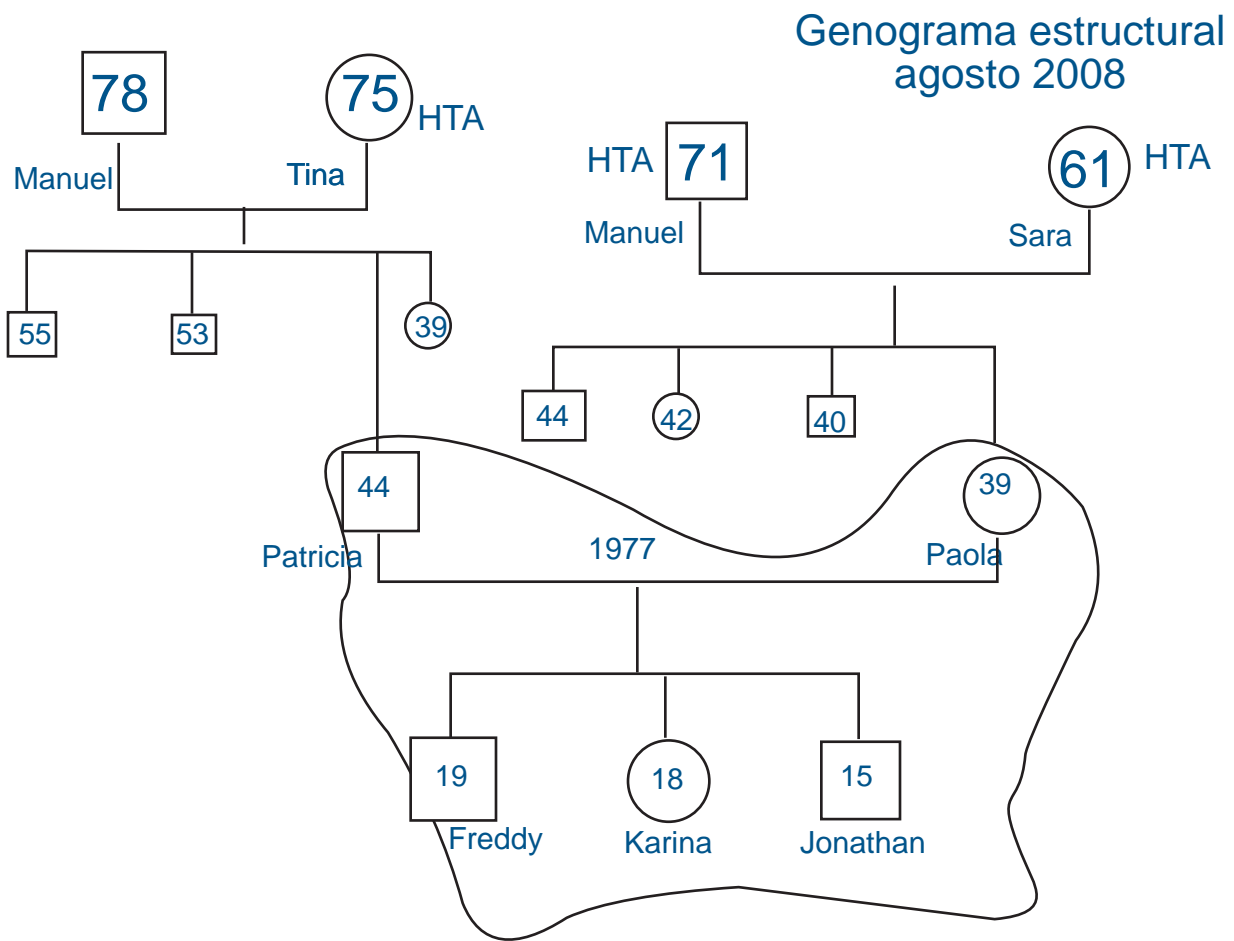




Figura 2

Línea de vida Freddy

