

Forma neuropsiquiátrica de la enfermedad de Graves a comienzo y predominio psiquiátrico

Ilustración de un caso

Por los Dres.:

ANTONIO GÓMEZ VALDÉS Y JORGE LÓPEZ VALDÉS

INTRODUCCION

En las manifestaciones clásicas de la Enfermedad de Graves se consideran entre otros, tres factores esenciales: dos extras tiroideos, el bocio y el exoftalmo, con otro esencialmente tiroideo, la tirotoxicosis, que es responsable del pleomorfismo clínico que caracteriza a esta afección, habida cuenta de la acción de las hormonas tiroideas sobre casi todos los tejidos del organismo.

La tirotoxicosis, que tiene variadas maneras de expresión clínica, denominadas en general como enfermedad de Graves, ya en formas frustes o parciales, en ocasiones oscuras, requiere del internista, digamos una sensibilidad diagnóstica, para identificarlas, a fin de aplicar el tratamiento adecuado y oportuno.

Precisamente, un caso de esta índole es el que presentamos, de nuestro Servicio de Medicina Interna, donde como veremos se hizo patente una verdadera integración entre el clínico y el psiquiatra.

EXPOSICION DEL CASO

S.P.C.; femenina, casada, de 38 años de edad, de la raza blanca, que ingresa en nuestro Servicio de Medicina Interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de octubre, el 28-VIII-71, con la historia siguiente:

Con antecedentes de padecer de trastornos dispépticos altos (intolerancia alimenticia variada.

náuseas, vómitos alimenticios y epigastralgias) acompañado de diarreas de tipo alto, esporádicas, fue vista en nuestra consulta externa, interpretándose como una disenteritis parasitaria, por protozoarios, tipo giardias lamblias, (pie se confirmó por tubaje duodenal, imponiéndose tratamiento de inicio con cloroquina y furodone, recibiendo el medicamento de modo incompleto por intolerancia gástrica, a pesar de lo cual experimentó una mejoría apreciable.

A los 3 meses (10-111-70) vuelve a la consulta con agravación del cuadro digestivo, pero ahora, muy excitada, ansiosa e intranquila, lo que apareció después de un trauma emocional violento para la enferma, por la fuga de su joven hija, del seno del hogar.

Desde entonces, con alternativas de mejoría y agravación, últimamente evoluciona de modo desfavorable, por lo que se ingresa.

Al examen físico: no se aprecian alteraciones. TA: 110/70, Pulso: 88/m. (los que siempre fueron normales). Exámenes complementarios: (Laboratorio habituales, R.X. estómago y duodeno, tórax, E.C.C.): normales.

Clínicamente se interpretó la enferma como portadora de diarreas crónicas de etiología infecciosa (giardiasis); gastritis medicamentosa con componente reaccional ansioso.

EVOLUCION

A) *En la Sala de Medicina:* Al inicio la enferma experimenta mejoría ostensible, sobre todo de sus molestias digestivas (fue posible tratarle con metronidazol) haciéndose manifiestas sus alteraciones emocionales, tristeza, llanto frecuente, excitabilidad, ansiedad, por lo que requerimos el concurso del psiquiatra.

que tuvo la impresión de una reacción depresiva ansiosa, prescribiendo el tratamiento correspondiente. En estos 10 primeros días no se apreció alteraciones en el examen físico, reportándose cifras tensionales y pulso normales.

A partir de entonces, coincidiendo con la práctica de una rectoscopia y manteniendo con igual intensidad los síntomas digestivos conocidos, es que la enferma se agrava, en cuanto a la esfera psíquica, agregándose entre otras alteraciones, afonía transitoria, evidenciándose un temblor en miembros inferiores permanente, grosero, amplio, rudo, con una suerte de movimientos coreiformes; detectándose esto, solicitamos nuevamente al psiquiatra, quien aprecia alteraciones de la conducta, que son interpretadas como fenómenos disociativos histéricos, por lo que se decide su traslado al Servicio de Psiquiatría. En este momento aparece al examen físico una taquicardia moderada y reflejos osteotendinosos hiperquinéticos.

B) *En la Sala de Psiquiatría:* Los primeros días de su traslado a la Sala de Psiquiatría, la paciente se muestra adaptada y aparentemente más tranquila, mostrando intranquilidad manifiesta y "deseos de irse para su casa, porque ella no tenía nada", sólo cuando recibe visita de algún familiar, por lo que se prohíben las visitas. En los días subsiguientes, coincidiendo con una toma cada vez mayor del estado general, los temblores se hacen más evidentes, reaparecen los edemas maleolares, cae al suelo con facilidad, su lenguaje comienza a hacerse, a veces, incoherente y aparece una marcada actividad delirante, con ideas de daño y confabulaciones.

En estas condiciones, el prof. *López Valdés*, ante la agravación con marcada toma del estado general de la enferma, por cuya vida temía, solicita nuestra presencia en el Servicio de Psiquiatría, ya que el cuadro psiquiátrico "in crescendo", le resultaba inexplicable en la evolución de una psicosis primaria e incongruente con el hecho de que el trauma emocional que le había dado origen, estaba hacía tiempo resuelto felizmente.

Frente a este estado de agravación de la paciente, nos hicimos la composición mental siguiente: que se tratase, como única oportunidad de afección orgánica, de una posible forma psicótica de enfermedad de Graves y que esos temblores groseros, amplios, rudos, con rasgos coreiformes, fuesen una forma rara de éstos en la tirotoxicosis.

Después, al examinar la enferma, que presentaba el intelecto algo embotado, aunque obedecía nuestras órdenes, pudimos precisar: una taquicardia marcada (que no existía al comienzo de su ingreso), infiltración en ambas piernas, elementos que después de analizados hicimos depender de su distiroidismo. También, al controlar manualmente, el temblor grosero y amplio, encontramos debajo el temblor fino, fibrilar, característico de la tirotoxicosis. Todo lo cual reforzaba nuestra primera impresión.

Este criterio diagnóstico, lo manifestamos al compañero psiquiatra, que lo compartió, exponiéndonos su planteamiento de psicosis sintomática de causa no precisada.

La enferma se trasladó nuevamente al Servicio de Medicina, en un estado deplorable, detectándose por primera vez el bocio. Rápidamente pudimos realizar en Medicina Nuclear, con la cooperación del Dr. Cárdenas, la captación de I^{131} , cuyo resultado fue el siguiente: a las 2 horas 30%; a las 12 horas 98% y a las 24 horas 97%.

Se comenzó de inmediato con 300 mil. diarios de Propiltiouracilo, obsei-vándose rápidamente una franca mejoría en la enferma, que fue dada de alta 10 días después, previo chequeo clínico y psiquiátrico. En efecto no se encontraron alteraciones en la esfera cognoscitiva y su afectividad era perfecta y adecuada.

Por otra parte el pulso era normal, no temblor, quedando sólo algunos rasgos de intranquilidad.

COMENTARIO

Del estudio de este caso reportado, en parte por la sola observación cronológica de su evolución, se derivan una serie de hechos interesantes, que juzgamos necesario destacar.

Primeramente, apreciamos que las molestias digestivas existían como un padecimiento crónico, perteneciendo a una afección digestiva orgánica precisada, que mejoraba con tratamiento específico y quizás se exacerbaron a la instalación de la tirotoxicosis.

También es posible observar, siguiendo la secuencia de los hechos, un co-

mienzo puramente con alteraciones psíquicas, antes de su ingreso y los 10 primeros días después de éste, sin otro elemento del cortejo sintomático de la enfermedad de Graves. En efecto, posteriormente apareció el temblor grosero, burdo, acompañado de taquicardia moderada e hiperreflexia hiperquinética lo que hacía estimar que la enfermedad entraba en una fase neuropsiquiátrica. A propósito, queremos destacar que el comienzo psiquiátrico puro, manteniéndose un tiempo considerable hasta la psicosis, sin otros rasgos de tirotoxicosis incluyendo taquicardia, ¹¹⁰ lo habíamos observado, sin embargo, no dudamos que esté reportado en la casuística de la literatura médica.

Bleuler, señala, que en las hipertiro-sis, sólo en una minoría de casos se intensifican los trastornos emocionales, hasta llegar a verdaderas psicosis; por el contrario, esto es frecuente en formas graves, de crisis o agónicas. Al respecto diremos que nuestro caso se aparta un tanto de este esquema, ya que comienza en forma de alteraciones psíquicas puras, y en este sentido predominante llega a la gravedad, con un estado psicóti* co paranoide.

Sin embargo, se cumplen ciertos conceptos establecidos por los distintos autores. Así la enferma hace evolutivamente el bocio factor, que *Williams* esencialmente siempre ha encontrado en la tirotoxicosis. Por otra parte, se destacan las diversas formas de alteraciones de la personalidad, evolutivamente, siendo rasgos típicos de la tirotoxicosis, cuando predominan las manifestaciones emocionales, todo lo cual podemos observar en el caso reportado, apareciendo sucesivamente manifestaciones depresivas ansiofas, disociativas y por último psicosis a forma paranoide.

Se confirma en esta enferma otro hecho establecido por los distintos autores, tal es, que el trauma desencadenante del hipertiroidismo ha de ser grave y frecuentemente la pérdida de una figura clave en la vida del paciente (en nuestro caso fuga de la hija del hogar materno).

Por último, queremos consignar la perfecta identificación, armonía e integración que existió entre internista y psiquiatra en el manejo de esta paciente, lo que redundó en beneficio de la misma, confirmando lo señalado al inicio de esta exposición.



Fig. 1. Antes del tratamiento.



Fig. 2 Después del tratamiento.

TESTIMONIOS DE GRATITUD

Agradecemos la cooperación de los colaboradores de los Servicios de Medicina y Psiquiatría del Hosp. Clínico Quirúrgico 1(1 de Octubre, donde se manejó este caso.

Nuestro agradecimiento al Dr. Edmundo Gutiérrez Agramonte, por los aportes en la revisión del tema.

ACLARACION

Pur omisión involuntaria del testimonio de gratitud, de nuestro trabajo, "La I.R.C.: otra causa de diabetes", publicado en la Rev. Cub. Medicina. 10: Ene.-Feb. 1971. queremos reiterar nuestro agradecimiento a los Dptos. de P.F.R. del Inst. Cardiovascular, Hosp. Doc. Gral. C. García, Hosp. J. Trigo y Polic. Reg. Marianao; a los Lab. Clínico y de Anatomía Patológica de los Hosp. C. García y Clin. Quirúrgico 10 de Oct., así como los Servicios de Cirugía de dichos hospitales, por la cooperación en los exámenes realizados. Nuestra especial deuda de gratitud a los Cos. del Hosp. Gral. Doc. C. García, por el calor y estímulo que nos brindaron.

BIBLIOGRAFIA

- Atschule, M. J.*: Bodily physiology in mental and emotional disorders. Ed. Grun? etc. Stratton. New York, 1953.
- Alexander, F.*: Medicina Psíeosomática. Edit. Cultural, S. A., 1954.
- Atkinson, R. P.*: Depressive reactions: The shrouded etiologic factor in many somatic syndromie. The Med. Clin of N. Am. 47: 199 Marcli, 1963.
- Bleuler, M.*: Psiquiatría Endocrinológica, 275-284. Edit. Manuel Funehelman y Cía. SRL, 1956.
- Bustamante, J. A.*: Psicología Médica, Pág. 62. Tomo II, Instituto del Libro.
- Caben, E. H.*: The Neuropsychic signs of Graves. Basedow disease and their psycho-somatic importance. Laval Bed. 36: 773-8. Oct. 65 iFr.1.
- Dumbar, F.*: Emotions and bodily changes. Ed. B. Book.
8. *Ey li.*: Tratado de Psiquiatría, 607. Edit. Española Toray-Masson. S. A., 1965.
9. —*Hermann, H. T.; Carden, C. Q.*: Psychological changes and psychogenesis in thyroid hormone disorders. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabol- ism 25, 227-38, March 1965.
10. *Hursthal, L. H.*: Clinical Endocrinology. Edit. J. B. Lippincott Companv 1953, Phil. London, Montreal.
11. —*Meng, J.*: Endocrinología Psicosomática. Psique y hormonas 200-1.
12. —*Noves, A.*: Psiquiatría Clínica 232-3. Inst. del Libro, 1969.
13. —*Paschkis, K. E.* et al.: Clinical Endocrinology. A. Hoeber Book. 1958.
14. —*Locke, W.*: Manifestaciones raras de la Enfermedad de Graves. 2. Clin. Med. 915. Jul. 1967.
15. *ff'illúims, R. II.*: Textbook of Endocrinology. Ed. W. B. Saunders Company Phil and London, 1963.