

## **DEPRESION Y MOVIMIENTOS ANORMALES**

Dres. G. Pereira, E. Norton, C. Menéndez y P. Kestelman (Editores)

### **CASO CLINICO**

#### *Presentador:*

En Noviembre de 2005 un joven de 13 años de edad consultó al Servicio de Salud Mental por presentar angustia y depresión de cuatro meses de evolución.

Como antecedentes de la enfermedad actual se registran desde el mes de Mayo episodios de vómitos de contenido gástrico, dolor abdominal y aumento de las transaminasas. En Julio se le efectuó la apendicectomía. Durante la convalecencia persistieron los vómitos, a los que se sumaron astenia, angustia y labilidad emocional. En Octubre aparecieron sacudidas cefálicas y movimientos anormales en los cuatro miembros, trastornos en la marcha y dolores en las manos.

Antecedentes personales: Nacido de parto natural de un embarazo controlado, con edad gestacional de 39 semanas y peso 3600 gramos. Sin antecedentes perinatales. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; al quinto mes incorporó los alimentos semisólidos. Vacunación completa. Bronquitis obstructiva recurrente sin hospitalizaciones durante los primeros tres años de vida; varicela a los siete años. Al comenzar su enfermedad actual cursaba 8° grado con muy buen rendimiento y estaba preparando su ingreso a un colegio de mayor exigencia; jugaba al fútbol con sus amigos dos veces por semana. Actualmente no desea concurrir al colegio ni juntarse con sus amigos.

Antecedentes familiares: el padre de 41 años, empleado en una empresa de correo, la madre de 45 años empleada administrativa y su hermana de 11 años son sanos. Residen en una localidad del partido de Matanza. Dos tíos maternos padecen diabetes e hipotiroidismo. Su abuelo materno se había suicidado en el año 2001; su bisabuelo materno tuvo corea de Huntington.

En el momento de su ingreso el paciente estaba en buen estado general, hemodinámicamente compensado y orientado en tiempo y espacio. En la entrevista no se incorporaba del asiento y presentaba las manos húmedas al estrecharlas en el saludo. Despeinado, con vestimenta de colores oscuros limpia. Si bien se mostraba colaborador frente a nuestra anamnesis, hablaba

en voz baja, lentamente, arrastrando las palabras y con frases cortas.

Peso 43,500 kilogramos (p 50), talla 158 cm (p 75), perímetro cefálico 54 cm (p 50). Al examen físico: FC 110 por minuto, TA 110 / 70 mm Hg, FR 18 por minuto. Temperatura axilar 36 °C. Hábito atlético y facies agradable. Dos cicatrices de BCG en hombro izquierdo. Boca, fauces y amígdalas normales. Cuello sin adenomegalias patológicas y tiroides sin particularidades. Tórax elástico con precordio activo, sin frémitos y ruidos cardíacos normales con silencios libres en los cuatro focos. Pulsos periféricos presentes, simétricos y regulares, con buen relleno capilar. Buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Abdomen blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes. Cicatriz pequeña en fosa ilíaca derecha. No se palpaban organomegalias. Genitales externos acordes a su sexo y edad. Articulaciones alineadas, estables, móviles e indoloras. Examen neurológico normal.

Los exámenes complementarios al ingreso mostraron: Hemoglobina 11,9 g/dl. Hematocrito 35 %. VCM 81 fl. GB 5300 por mm<sup>3</sup>: NS 62, E 2, L 33, M 3. Plaquetas 144.000 por mm<sup>3</sup>. Glucemia 91 mg/dl. Suero anicéptico. TGO 122 UI/l, TGP 197 UI/l, FAL 445 UI/l, GGTP 69 UI/l. Tasa de protrombina 69%, APTT 47 segundos. Na<sup>+</sup> 145 mEq/l, K<sup>+</sup> 5 mEq/l y Cl<sup>-</sup> 114 mEq/l. Uremia 34 mg/dl. Creatininemia 0,88 mg/dl. Calcemia 9,9 mg/dl. Fosfatemia 4,7 mg/dl. Magnesemia 1,9 mg/dl. ASTO negativo. Serologías para hepatitis A, B, C y HIV no reactivas. Orina: Color ámbar, aspecto límpido, densidad 1025, pH 5, proteinuria +, sedimento sin hematíes y con 2 leucocitos por campo.

La radiografía de tórax frente era normal sin cardiomegalia; la radiografía de abdomen frente de pie mostraba buena distribución del aire gastrointestinal. La ecografía abdominal era informada como normal. La TAC y la RMN de cerebro con y sin contraste paramagnético no presentaban alteraciones.

El electrocardiograma era normal y el electroencefalograma (EEG) de vigilia no mostraba focos ni paroxismos.

*Lic. Eduviges Norton\**

Durante la entrevista psiquiátrica inicial el paciente reveló un gran miedo a enfermarse, quedar internado y morir. Refería estar muy angustiado, asténico, y no desear tener contacto con sus amigos. Inicialmente había presentado alteraciones en la atención, pero últimamente no tenía deseos de asistir a clases. Tenía labilidad emocional, estando por momentos muy irritable. Presentaba cambios en el ritmo nictameral. Finalmente, comentó padecer alteraciones perceptivas, presuntas alucinaciones de tipo cenestésico y visual o percepciones erróneas.

**DISCUSION CLINICA**

*Dr. Luis Urrutia\*\**

¿Quedan aspectos de la historia clínica que deseen aclarar? ¿Cuáles son los diagnósticos posibles? ¿Con qué plan de estudios evaluarían al paciente?

*Dr. Gustavo Pereira\*\*\**

¿Podrían describirse semiológicamente los movimientos anormales que presentaba el paciente?

*Presentador*

Los movimientos anormales en los cuatro miembros se presentaban en reposo o durante un movimiento voluntario. No comprometían la postura del paciente como sucede en la acatisia o en los movimientos distónicos. Eran asimétricos, bruscos y breves, pero no instantáneos como en las mioclonías. No eran permanentes y no tenían ritmo.

*Dr. Claudio Racana\*\*\*\**

Resumiendo los datos de la historia clínica hasta aquí expuesta, se trata de un adolescente de 13 años de edad que consultó por angustia y depresión de cuatro meses de evolución. Luego de un comienzo con vómitos, dolor abdominal y aumento de las transaminasas, fue apendicectomizado. Manifestó posteriormente astenia, angustia y labilidad emocional; más tarde el joven presentó sacudidas cefálicas, movimientos coreoatetósicos en los cuatro miembros, trastornos en la marcha y dolores en las manos, perdiendo el deseo de asistir a la escuela y a la actividad deportiva. De los antecedentes familiares, rescato el suicidio de su abuelo materno y la corea de Huntington de un bisabuelo.

Al examen físico el paciente, de hábito atlético, estaba en buen estado general, lúcido, colaborador durante la entrevista, presentando un examen neurológico normal, una anemia leve con VCM normal, una discreta elevación de las transaminasas y de la GGTP con suero anictérico, y una cruz de proteinuria en el examen de orina con

creatininemia normal. Por último, los estudios de imágenes de SNC, tórax y abdomen efectuados al paciente fueron todos normales.

*Lic. Eduviges Norton*

Para completar esta síntesis de la historia clínica, me gustaría destacar el aspecto y la actitud de este adolescente durante la entrevista psiquiátrica. Estaba despeinado, vestía con colores oscuros, y hablaba en voz baja empleando frases cortas. También tenía mucho miedo a enfermarse, de quedar internado y morir. Se le notaba muy angustiado y fácilmente irritable, comprometiendo su ritmo de vida habitual. Este joven ya no tenía deseos de ir al colegio, habiendo sido muy buen alumno hasta cuatro meses atrás. Por último, en la historia clínica son referidas algunas alteraciones perceptivas.

*Dr. Pedro Kestelman\**

Para comenzar con la discusión de este paciente me planteo cinco diagnósticos posibles: en primer lugar una alteración del estado del ánimo, un trastorno por estrés postraumático, un primer brote esquizofrénico, un trastorno delirante de tipo somático o, por último, una psicosis orgánica o delirium.

Las alteraciones del estado de ánimo son el primer diagnóstico a considerar en este paciente. Normalmente los estados de ánimo oscilan entre la euforia y el desánimo, siendo sus extremos patológicos la manía y la depresión. La alteración del estado de ánimo es patológica cuando los cambios son continuos, muy intensos, o pasan de un polo al otro, comprometiendo el ritmo de vida habitual de una persona, tal como sucedía con este joven. Este grupo de trastornos son las alteraciones psiquiátricas de mayor prevalencia en la población general, constituyendo casi dos tercios de las consultas ambulatorias en los servicios de Salud Mental. Las diferentes variantes de episodios depresivos son las más frecuentes, predominando en general en el sexo femenino. No están referidas en la historia clínica del paciente en discusión características distímicas o ciclotímicas de su temperamento. Con frecuencia, un trastorno del estado de ánimo surge asociado a otro trastorno no afectivo, como las enfermedades cardiovasculares debilitantes, el hipotiroidismo y el SIDA. Nuestro paciente no padecía ninguna enfermedad diagnosticada previamente. Se llega al diagnóstico de depresión cuando la tristeza es notoriamente intensa y va más allá de lo que cabría esperar como efecto de un factor estresante de la vida, o cuando surge en ausencia de un estímulo, como sería la situación del caso actual. Al joven se lo notaba muy angustiado y fácilmente irritable, síntomas que pueden presentarse en los

\* Psicóloga Asistente del Servicio de Salud Mental.

\*\* Coordinador del Área de Emergencias.

\*\*\* Jefe de Clínica del CIM 42.

\*\*\*\* Jefe de Clínica del CIM 63.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

\* Médico Principal del Servicio de Salud Mental.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

pacientes pediátricos enmascarando una depresión. Por último, actualmente debemos pensar en los trastornos del estado de ánimo inducidos por el alcohol y el consumo de drogas en los adolescentes, dos aspectos que no están explicitados en la historia clínica presentada. (Tabla 1)

El segundo diagnóstico a considerar en este caso es el trastorno por estrés postraumático (TEPT). En la literatura, la noción de los efectos de un trauma en el funcionamiento mental estuvo presente con conceptos como la neurosis de combate, el síndrome de los campos de concentración o el síndrome del trauma de la violación. Recién en el año 1980 el TEPT fue incorporado en el DSM III. Este síndrome es de aparición brusca, pudiendo presentarse hasta años después de producido el hecho traumático. En las clasificaciones actuales ya no es necesario que el acontecimiento traumático se encuentre fuera del marco habitual de la experiencia humana, pero sí debe ser una experiencia extrema. Clínicamente el paciente experimenta tres clases de síntomas: de re-experimentación del hecho traumático, de evitación y de embotamiento psíquico, y de hiperactivación. Entre los síntomas de hiperactivación se pueden nombrar la hipervigilancia, los trastornos de la concentración y los del sueño. El TPET es un diagnóstico relativamente fácil de hacer cuando el pa-

ciente refiere la existencia del hecho traumático.

En el caso del paciente que estamos discutiendo no hay antecedentes de experiencias extremas recientes ni pasadas. La apendicectomía es el único trauma que se puede reconocer fácilmente en su historia vital, pero no precedió a la aparición de las manifestaciones clínicas, haciendo desestimar este diagnóstico. (Tabla 2)

El tercer diagnóstico posible es que estemos frente al primer brote de una esquizofrenia. La esquizofrenia es una compleja enfermedad psiquiátrica, de naturaleza crónica y herencia multifactorial, tratable farmacológicamente pero no curable. Afecta por igual a hombres y mujeres pero los síntomas en los hombres se inician antes que en las mujeres. En los hombres aparece en los últimos años de la adolescencia, una edad algo mayor que la que tiene el paciente en discusión. Una de las características más perturbadoras y desconcertantes de esta enfermedad es la aparición repentina de los síntomas. Los síntomas de la esquizofrenia suelen clasificarse como positivos y negativos. Los síntomas positivos hacen referencia a las alucinaciones, el comportamiento extraño y los delirios. Los niños presentan con mayor frecuencia alucinaciones auditivas y típicamente no experimentan delirios ni trastornos de pensamientos formales hasta que llegan a la mitad de la ado-

**TABLA 1: CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGUN EL DSM IV.**

<p><b>A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</b></p> <p><i>Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</li><li>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).</li><li>3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.</li><li>4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.</li><li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).</li><li>6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.</li><li>7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).</li><li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).</li><li>9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</li></ol>
<p><b>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</b></p>
<p><b>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</b></p>
<p><b>D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).</b></p>
<p><b>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</b></p>

lescencia o más tardíamente. Los síntomas negativos son el aislamiento, la poca afectividad y la indiferencia emocional, haciendo referencia a las alteraciones en el lenguaje. El aumento del espacio subaracnoideo, la ventriculomegalia, el aumento del volumen de los ganglios basales y la disminución del tamaño del hipocampo y el lóbulo temporal están descriptos como anomalías estructurales del SNC presentes en los pacientes esquizofrénicos, pero no son alteraciones específicas.

En este caso clínico los síntomas aparecieron bruscamente, pero el paciente no presentaba conductas extrañas, delirios o alteraciones en su pensamiento formal según surge de la entrevista psiquiátrica. En la historia clínica, entre los síntomas positivos de una posible esquizofrenia están referidas las alucinaciones perceptivas, pero no de tipo auditivo. Además, las perturbaciones en el lenguaje y la tendencia al aislamiento se pueden considerar entre los síntomas negativos de esta

enfermedad psiquiátrica. En este momento no puedo descartar en forma absoluta este diagnóstico y la evolución clínica será un elemento fundamental para confirmarla o rechazarla como enfermedad que sufra este joven. (Tabla 3)

Un trastorno delirante de tipo somático es el cuarto diagnóstico posible. En este tipo de alteración el paciente muestra una conducta aparentemente normal con tendencia al aislamiento. Presenta un área de delirio que gira alrededor del cuerpo, que mientras no sea mencionado el sujeto funciona bien. La familia es quien se da cuenta que algo anda mal.

Un cuadro específico, debido a una patología preexistente, con impacto en el SNC, es el delirium, que incluye una variada combinación de alteraciones del estado de conciencia, sensorio-perceptivas y cognitivas, (Tabla 4)

Finalmente, frente a un paciente pediátrico con un cuadro psiquiátrico siempre nos debemos plan-

**TABLA 2: CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESTRES POSTRAUMATICO SEGUN EL DSM IV.**

<p><b>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</li><li>2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.</li></ol> <p><i>Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</i></p>
<p><b>B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. <i>Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.</i></li><li>2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar. <i>Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.</i></li><li>3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). <i>Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.</i></li><li>4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li><li>5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li></ol>
<p><b>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.</li><li>2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.</li><li>3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.</li><li>4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.</li><li>5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.</li><li>6. Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).</li><li>7. Sensación de un futuro desolador (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).</li></ol>
<p><b>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.</li><li>2. Irritabilidad o ataques de ira.</li><li>3. Dificultades para concentrarse.</li><li>4. Hipervigilancia.</li><li>5. Respuestas exageradas de sobresalto.</li></ol>
<p><b>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.</b></p>
<p><b>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</b></p>

**TABLA 3: CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA SEGUN EL DSM IV.**

<p><b>A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes o menos si ha sido tratado con éxito:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ideas delirantes.</li> <li>2. Alucinaciones.</li> <li>3. Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia).</li> <li>4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.</li> <li>5. Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia o abulia.</li> </ol> <p><i>Nota: Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</i></p>
<p><b>B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</b></p>
<p><b>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</b></p>
<p><b>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.</b></p>
<p><b>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</b></p>
<p><b>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes o menos si se han tratado con éxito.</b></p>

**TABLA 4: CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DELIRIUM SEGUN EL DSM IV.**

<p><b>A. Alteración de la conciencia (por ejemplo, disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.</b></p>
<p><b>B. Cambio en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.</b></p>
<p><b>C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.</b></p>
<p><b>D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.</b></p>

tear si el cuadro clínico corresponde a una enfermedad mental o son síntomas y signos de una enfermedad orgánica. En el mismo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido habitualmente como DSM IV, se exige descartar enfermedades orgánicas para hacer el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas en muchas oportunidades.

*Dr. Pablo Barbosa\**

Otro aspecto clínico que el paciente presentaba eran los movimientos cefálicos bruscos, los movimientos anormales en los cuatro miembros y los trastornos en la marcha. Semiológicamente los mo-

vimientos de los brazos y las piernas corresponden a los de tipo coreico y, en este sentido, debemos considerar algunos diagnósticos diferenciales.

El primero de ellos es la infrecuente enfermedad de Huntington, por el antecedente familiar positivo. Comienza habitualmente en forma inicio entre los 35 y los 50 años de edad, si bien existen formas de inicio antes de los veinte años. La forma juvenil puede comenzar con trastornos de conducta simplemente. También hay que mencionar que el trastorno motor dominante en esta forma clínica es el síndrome rígido-acinético, que no estaba presente entre las manifestaciones clínicas del caso en discusión. La epilepsia es frecuente en la corea de Huntington pediátrica, pero el paciente no presentaba convulsiones y el EEG era normal. Genéticamente se transmite en forma autosómica dominante con una penetrancia com-

\* Médico Asistente de Clínica Pediátrica. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

pleta. El hecho de que los padres sean clínicamente asintomáticos no excluye que el hijo haya heredado la enfermedad, dado que ésta puede expresarse en el hijo antes que en el progenitor. En el caso que estamos discutiendo la corea de Huntington se descarta fácilmente porque el afectado fue el bisabuelo materno.

Otra posibilidad diagnóstica es la corea reumática de Sydenham, de naturaleza más benigna que la anterior. Predomina en el sexo femenino y su mayor incidencia se da entre los 5 y los 15 años. Generalmente su comienzo es insidioso con cambios en el carácter e irritabilidad, a los que siguen movimientos coreicos generalizados de expresión muy variable, como están referidos en la historia clínica de este paciente. Al examen físico, los reflejos osteotendinosos tienen una respuesta pendular y se pueden percibir las contracciones musculares repetitivas al introducir el dedo del examinador dentro del puño del paciente, conociéndose este signo como "puño del ordeñador". Este diagnóstico lo podemos excluir en principio por la falta del antecedente de infecciones estreptocócicas, el sexo del paciente, la ausencia de otras manifestaciones reumáticas y el ASTO negativo.

Otra posibilidad diagnóstica es la entidad conocida con el acrónimo PANDAS, derivado de Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections. Este término es utilizado para describir a niños, desde los tres años y hasta la pubertad, en quienes a partir de una infección estreptocócica desarrollan en forma aguda desórdenes obsesivo-compulsivos y/o tics asociados a angustia, irritabilidad y alteraciones en el sueño. Se sospecha un mecanismo inmunológico similar al de la fiebre reumática. El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, utilizando cinco criterios que se detallan en la tabla siguiente (Tabla 5). Nuestro paciente no tenía un antecedente de infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A ni historia de faringitis a repetición. Por otro lado el laboratorio mostraba una determinación del ASTO negativa. También ayudan a desestimar este diagnóstico la falta de síntomas obsesivos y/ o tics a pesar que el joven de 13 años presentaba angustia, irritabilidad, alteraciones en el sueño y movimientos anormales.

**TABLA 5: CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PANDAS.**

1. Presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo y/o tics.
2. Aparición de los síntomas entre los 3 años y la pubertad.
3. Evolución por brotes de la sintomatología.
4. Asociación con infección estreptocócica previa por cultivo de fauces o historia de escarlatina.
5. Asociación con anormalidades neurológicas: hiperactividad o movimientos anormales.

Un cuarto diagnóstico a considerar es la enfermedad de Wilson (EW). Es una intoxicación crónica con cobre debida a su deficiente excreción biliar y su defectuosa incorporación a la ceruloplasmina. Generalmente antes de los 20 años de edad el cobre se deposita en el hígado, produciendo una discreta hepatomegalia y un moderado aumento de las transaminasas. Después de los 20 años las manifestaciones neurológicas y psiquiátricas son frecuentes, incluyendo temblores, movimientos coreiformes y distónicos, palabra disártrica o escandida y marcha inestable. Los síntomas psiquiátricos son iniciales en casi el 20 % de los casos y pueden verse elementos de demencia orgánica, ideas paranoides, cuadros ciclotímicos, esquizofrénicos o síndromes maniaco-depresivos. El anillo de Kaiser-Fleischer es un halo opaco verdoso-pardusco en el limbo esclero-corneal y está presente en todos los casos con sintomatología neurológica. También pueden presentar anemia hemolítica con prueba de Coombs negativa.

El paciente en discusión presentaba movimientos coreiformes, alteraciones en el lenguaje, trastornos en la marcha, manifestaciones psiquiátricas y transaminasas elevadas. En contra del diagnóstico de la EW no tenía hepatomegalia, anemia hemolítica ni anillo de Kaiser-Fleischer en la evaluación oftalmológica. Para tener una absoluta certeza se debería solicitar la cupremia y la determinación de la ceruloplasmina sérica.

*Dr. Roberto Rocco\**

Después de las exposiciones de los doctores Kestelman y Barbosa solo resta rescatar un síntoma que no fue considerado hasta este momento: los dolores en las manos sin expresión semiológica de inflamación según el examen físico presentado. Todas estas manifestaciones clínicas comprometiendo tan variados aparatos y sistemas del organismo pueden unirse en una enfermedad autoinmune como el lupus eritematoso sistémico (LES). Me gustaría disponer de algunos exámenes complementarios como un proteiograma electroforético, la determinación de las fracciones C3 y C4 del complemento y un FAN.

*Presentador:*

A raíz de una emergencia de fin de semana el paciente fue interconsultado con un Servicio de Psiquiatría ajeno a nuestra institución. Se planteó la posibilidad que el cuadro clínico fuera una simulación, considerando una personalidad fácilmente sugestionable y una prueba con medicación placebo con la desaparición transitoria de los movimientos anormales y una crisis de llanto.

\* Médico Principal del Servicio de Mediano Riesgo. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

En el quinto día de internación apareció un eritema sobre las mejillas que atraviesa el puente nasal y respeta los surcos nasogenianos, con distribución en alas de mariposa. También se observó el aumento del diámetro de las articulaciones interfalángicas proximales y distales de algunos dedos de ambas manos.

Los exámenes complementarios de laboratorio mostraron: Hemoglobina 12,6 g/dl, hematocrito 38 %, VCM 75 fl. Leucocitos 7500 mm<sup>3</sup>: NS 72, E 3, L 21, M 4. Plaquetas 141.000 mm<sup>3</sup>. Eritrosedimentación 70 mm 1° hora. Suero anictérico. TGO 80 UI/l, GPT 138 UI/L, FAL 445 UI/L. Proteinemia total 7,2 g/dl, albuminemia 3,8 g/dl, alfa1 0,2 g/dl, alfa2 0,7 g/dl, beta 0,8 g/dl y gammaglobulinemia 1,78 g/dl. Tasa de protrombina 96 %, APTT 64 segundos. Factor VIII 60 %. Fibrinogenemia 309 mg/dl. C3 60 mg/dl (VN: 95-135 mg/dl), C4 8 mg/dl (VN: 18-30 mg/dl). FAN positivo 1/500, anti DNA positivo 1/320. Cupremia 121 mg/dl (VN: 70-140 mg/dl), ceruloplasmina 58 (VN: 15-54 mg/dl). Proteinuria de 24 horas: significativa.

También se realizó un estudio inmunohematológico con los siguientes resultados:

Prueba de Coombs directa positiva, autoanticuerpos panaglutinantes positivo +++++, anti Ig G positivo +++, anti C3bd 2 positivo ++.

## DISCUSION – SEGUNDA PARTE

*Dr. Roberto Rocco*

El eritema facial y el compromiso inflamatorio de las pequeñas articulaciones en ambas manos son manifestaciones clínicas características de LES. El primero es el signo más reconocido de esta enfermedad, pero no es patognomónico de ésta y se lo puede observar también en la dermatomiositis. Por otro lado, la mayoría de los niños que padecen LES experimentan artralgiyas o artritis no erosivas, comprometiendo tanto pequeñas como grandes articulaciones. Después de la enfermedad renal, las patologías del SNC son la segunda causa de morbimortalidad en esta enfermedad. Las manifestaciones más frecuentes son las cefaleas, las convulsiones y los trastornos psiquiátricos, como los que presentaba este adolescente. Pueden ser debidas a cerebritis lúpica, pero también por las consecuencias de sobrellevar una enfermedad crónica o el efecto del tratamiento con corticoides. La corea, las neuropatías y la mielitis transversa son menos frecuentes, pero se asocian más claramente con enfermedad activa del SNC.

La mejor prueba de laboratorio para la detección de LES es el anticuerpo antinuclear, porque es positivo en casi todos los pacientes con enfermedad activa. Si bien es una prueba sensible, no es específica. Los anticuerpos contra el ADN son más específicos para LES porque rara vez son

positivos en sujetos sanos o en otras enfermedades reumatológicas.

Resumiendo, los criterios que aportan para el diagnóstico de LES en este paciente son el eritema malar con distribución “en alas de mariposa”, los trastornos neuropsiquiátricos, el compromiso inflamatorio de las pequeñas articulaciones de las manos, la elevación de las transaminasas, la proteinuria significativa sin alteración de la creatinemia, la aceleración de la eritrosedimentación, la hipergammaglobulinemia, el consumo de complemento, el FAN y el anti ADN positivos.

## EVOLUCION

El Servicio de Salud Mental del hospital mantuvo entrevistas periódicas con el joven y su madre para brindar contención y acompañamiento durante la internación y al momento del diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas psiquiátricas se controlaron con medicación. La angustia y las alucinaciones cenestésicas y visuales fueron tratadas con alprazolam 0,75 mg/día y risperidona 1 mg/día por vía oral durante la internación. En forma ambulatoria se cambió el esquema farmacológico por citalopram 20 mg/día y lorazepam 1 mg/día por vía oral, haciendo hincapié en el control de la ideación depresiva y los trastornos del sueño. La respuesta a este esquema terapéutico fue excelente.

## DIAGNÓSTICO FINAL

- Delirium
- Lupus eritematoso sistémico (LES).

## Agradecimientos

Agradecemos los aportes de la Dra. C. Menéndez (Salud Mental) quien participó en la asistencia del paciente.

## LECTURA RECOMENDADA

- Toro J. Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 3° ed. México. Editorial Salvat; 1996: 735- 757.
- Mattson A, Diamond J. Trastornos afectivos en niños y adolescentes. En: Hoekelman R, Friedman S, Nelson N, Seidel H, Weitzman M. Atención Primaria en Pediatría. 3° ed. Bogotá. Editorial Harcourt Brace; 1998: 815- 819.
- Rahl D, Brent D. Trastornos afectivos y suicidio. En: Rudolph C, Rudolph A, Hostetter M. Pediatría de Rudolph. 21° ed. Bogotá. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España; 2003: 541-544.
- Volkmar F. Esquizofrenia infantil. En: Rudolph C, Rudolph A, Hostetter M. Pediatría de Rudolph. 21° ed. Bogotá. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España; 2003: 549-550.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV.
- Fernández Álvarez E. Trastornos del movimiento. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E. Neurología pediátrica. 2° ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 1997: 447-460.
- Chamoles N. Trastornos del transporte del cobre. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E. Neurología pediátrica. 2° ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 1997: 348-350.
- Silverman E. Lupus Eritematoso Sistémico Pediátrico. En: Rudolph C, Rudolph A, Hostetter M. Pediatría de Rudolph. 21° ed. Bogotá. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España; 2003: 917-921.