

Manifestaciones psiquiátricas de las enfermedades neoplásicas

Autor Germán Gómez Bernal y Alejandra Reboreda Amoedo

INTRODUCCIÓN:

Antes de realizar cualquier diagnóstico psiquiátrico, los sistemas actuales de clasificación diagnóstica y codificación de trastornos mentales, obligan a descartar una etiología médica o tóxica de dicha sintomatología. Descartar una etiología médica, es una de las tareas más difíciles e importantes. Muchos individuos con enfermedades médicas presentan síntomas psiquiátricos secundarios a dichas enfermedades, del mismo modo que muchos individuos con enfermedad psiquiátrica presentan enfermedades médicas. No son pocos los pacientes en los que tras largos periodos de tratamiento psicofarmacológico se descubre una entidad médica latente de difícil o imposible diagnóstico precoz y que da la cara en el momento menos esperado.

DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA:

Existen cuatro elementos fundamentales que dificultan el diagnóstico diferencial entre el origen médico y psiquiátrico de la sintomatología presentada por algunos pacientes:

- La sintomatología de muchas enfermedades médicas y psiquiátricas es muy similar (por ejemplo, la sintomatología general secundaria a un tumor de páncreas y a un trastorno depresivo puede ser muy similar).
- A veces los síntomas que primero se manifiestan en una enfermedad médica son psiquiátricos (trastornos psiquiátricos del LUPUS).
- La relación entre la enfermedad médica y psiquiátrica puede complicarse, haciéndose imposible diferenciar si la sintomatología que padece el paciente es directamente secundaria a los efectos fisiopatológicos de su enfermedad médica en el sistema nervioso central, o es una reacción psicológica reactiva a vivir esa nueva realidad de enfermedad.
- En muchas ocasiones los pacientes son visitantes de centros de salud mental, cuyos clínicos tienen menos expectativas y menos capacidad de establecer un diagnóstico médico que otros profesionales.

A pesar de las dificultades antes mencionadas, existen ciertos elementos que nos deben llevar a sospechar un origen orgánico de sintomatología psiquiátrica:

- Antecedentes de consumo de tóxicos.

- Formas atípicas de presentación de enfermedades psiquiátricas (por ejemplo ausencia de antecedentes familiares, edad de aparición atípica…).
- Pérdida excesiva de peso en trastornos depresivos en los que no aparece anorexia, o ésta no es tan importante como para justificarla.
- Formas atípicas de evolución de sintomatología psiquiátrica, con respuesta parcial o nula a tratamiento.
- Alteraciones que nos hagan pensar en presencia de “delirium” (entidad médica por definición).
- Falta de estudios médicos previos en pacientes con antecedentes psiquiátricos, que refieren sintomatología física de mala evolución que ha sido directamente atribuida a su patología psiquiátrica.

MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS DE LAS ENFERMEDADES MÉDICAS:

Cualquier manifestación psiquiátrica puede ser causada por una enfermedad médica. De hecho, tal y como antes se ha señalado, los manuales de clasificación actuales exigen descartar enfermedad médica para realizar cualquier diagnóstico psiquiátrico. Así pues, y a modo de listado, se hace referencia a:

- Delirium debido a enfermedad médica.
- Demencia debida a enfermedad médica.
- Trastorno amnésico debido a enfermedad médica.
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica.
- Trastorno sexual debido a enfermedad médica.
- Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica.
- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica.
- Cambio de personalidad debido a una enfermedad médica.
- Trastorno mental no especificado secundario a enfermedad médica.

Desde un punto de vista fisiopatológico, nos parece importante hacer referencia a los sistemas cuya afectación se manifiesta con mayor frecuencia ligada a sintomatología psiquiátrica:

- ALTERACIONES
ENDOCRINOLÓGICAS:

Ø
Enfermedades
tiroideas.

Ø
Enfermedades de las glándulas paratiroides.

Ø
Enfermedades de las glándulas suprarrenales.

Ø
Enfermedades pancreáticas.

Ø
Síndromes paraneoplásicos endocrinos.

- ALTERACIONES
HEMATOLÓGICAS:

Ø
Anemia.

Ø
Porfirias.

- ALTERACIONES
DIGESTIVAS:

Ø
Alteraciones hepáticas.

- ALTERACIONES
REUMATOLÓGICAS:

Ø
Lupus.

- ALTERACIONES
DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Ø
Enfermedades desmielinizantes.

Ø
Enfermedades por
ocupación de espacio.

Ø
Síndromes paraneoplásicos que afectan al SNC.
Fundamentalmente

Ø
Encefalopatía límbica paraneoplásica.

MANIFESTACIONES
PSIQUIÁTRICAS DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS:

Una
vez conocidos los sistemas cuya alteración origina más frecuentemente
sintomatología psiquiátrica, podemos intuir las localizaciones neoplásicas que pueden
manifestarse de este modo. En la siguiente tabla podemos observar las
principales entidades clínicas que se manifiestan con síntomas psiquiátricos:

Hipertiroidismo

Ansiedad, depresión,
comportamiento grandioso o hiperactivo ocasional.

Hipotiroidismo

Letargo, ansiedad,
irritabilidad, trastornos del pensamiento, delirios somáticos, alucinaciones,
comportamiento paranoide.

Hiperparatiroidismo

Anorexia y astenia semejante a
depresión involutiva.

Hipoparatiroidismo

Ansiedad, hiperactividad,
irritabilidad, depresión, apatía y retraimiento.

Hiperadrenalismo

Depresión, ansiedad, trastornos
del pensamiento con síntomas somáticos. En raras ocasiones comportamiento
aberrante.

Insuficiencia corticosuprarrenal

Depresión, negativismo, apatía, trastorno del pensamiento,
desconfianza, psicosis.

Hipoglucemia

Temor y terror, depresión con astenia, agitación y confusión.

Sin

embargo, de todas las posibles localizaciones vamos a centrarnos en tres, que por su presentación, resultan más difíciles de diferenciar de entidades psiquiátricas puras:

A) TUMORES CEREBRALES:

Muchos de los síntomas y signos neurológicos clásicos, pueden ser mínimos o estar ausentes en los pacientes con neoplasias intracraneales. Incluso en pacientes con tumores de tamaño considerable, dicha sintomatología puede pasar inadvertida dado el lento crecimiento de los mismos. Tumores del lóbulo frontal y tumores no obstructivos periventriculares pueden tener presentaciones sutiles sin focalidad neurológica.

Se

debe sospechar en esta entidad en pacientes mayores de 40 años, que presenten alteraciones comportamentales difíciles de explicar, o en el que se evidencie deterioro cognitivo, síntomas afectivos o psicóticos, así como cambios de personalidad. La presencia de síntomas físicos como dolor de cabeza, náuseas y vómitos, edema de papila, crisis comiciales o sintomatología focal, ayuda ampliamente a orientar el diagnóstico.

B) CARCINOMA DE PANCREAS:

Este tumor es más frecuente en hombres, con una relación de 3 pacientes varones por cada paciente mujer. La edad de aparición más frecuente esta entre los 50 y los 70 años, al igual que en el caso de las depresiones involutivas.

Es uno de los tumores que más frecuentemente se manifiesta con sintomatología psiquiátrica, destacando la pérdida de empuje y motivación, sentimientos depresivos y sentimientos de fatalidad inminente sin culpa

severa. Esta sintomatología suele aparecer antes de que el tumor manifieste síntomas físicos como dolor abdominal, ictericia, pérdida de peso y debilidad.

Es frecuente la falta de diagnóstico durante periodos prolongados de tiempo.

C) FEOCROMOCITOMA:

Es un tumor poco frecuente, con una incidencia aproximada de 0.8 a 2 casos por cada 100.000 habitantes y año. No parecen existir diferencias significativas entre sexos y se presenta con una frecuencia similar en todas las edades aunque con un pico de incidencia en las décadas tercera y cuarta de la vida.

La clínica es secundaria a la activación de los receptores adrenérgicos, siendo frecuentes las crisis hipertensivas que se asocian a cefalea y sudoración. En cuanto a los síntomas psiquiátricos destacan la ansiedad, angustia, temor, opresión, temblores e incapacidad de funcionar durante las crisis. Son síntomas clásicos de las crisis de ansiedad. En muchas ocasiones es posible que no se realicen estudios más profundos por los niveles normales de presión arterial que se registran intermitentemente.

ENCEFALITIS LÍMBICA:

PARADIGMA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE ORIGEN PARANEOPLÁSICO NEUROLÓGICO:

Los síndromes paraneoplásicos neurológicos son enfermedades infrecuentes del sistema nervioso central que ocurren como complicaciones no metastásicas secundarias al cáncer. Han sido descritos unos 20 síndromes paraneoplásicos neurológicos secundarios a enfermedades tumorales y entre ellos hacemos mención especial a la encefalitis límbica debido a la frecuencia de sintomatología psiquiátrica de la que se acompaña.

La encefalopatía límbica, puede aparecer aislada o acompañándose de otros síndromes paraneoplásicos como por ejemplo, la degeneración paraneoplásica cerebelar. Sus síntomas pueden desarrollarse de manera repentina o lenta y progresiva y en muchas de las ocasiones pueden preceder meses al diagnóstico de la enfermedad neoplásica primaria. El 75% de los casos, el tumor originario es un tumor pulmonar de células pequeñas, describiéndose en otras localizaciones como timomas, linfomas, adenocarcinomas de colon o tumores testiculares. El síntoma principal es la amnesia que aparece aislada o asociada a otros síntomas como crisis comiciales o síntomas psiquiátricos (alucinaciones, confusión y agitación). El curso suele ser rápido y nefasto, aunque existen en la literatura descritos algunos casos de remisión espontánea y mejoría secundaria al tratamiento antineoplásico.

BIBLIOGRAFÍA:

1.

Linda

G. Peterson, Mark Perl: Psychiatric presentations of cancer. Psychosomatics. 1982 ,23 : 601-604.

2.

Christopher

filley et al: Neurobehavioral presentations of brain neoplasm. West j Med 1995;163:19-25.

3.

T H

Bak et al: Memory lost, memory regained: Neuropsychological findings and neuroimaging in two cases of paraneoplastic limbic encephalitis with radically different outcomes: J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;71:40-47.

4.

Psiquiatría clínica. Benjamin Sadock y Virginia Sadock. Ed. Waverly hispanica. 2003.

5.

DSM IV-TR. Guía de uso. Michael B.First. Ed. Masson. 2005.

Autores: Germán Gómez Bernal* y Alejandra Reboreda Amoedo**. *FEA Psiquiatría Hospital psiquiátrico San Juan de Dios, Teruel. **FEA Psicología Clínica Hospital psiquiátrico San Juan de Dios, Teruel.