

M. Arrojo Romero
A. Ferreira Silva
A. Pacheco Palha

Hipocondría y enfermedad de Huntington

Departamento de Psiquiatria
Hospital São João
Facultad de Medicina
Oporto (Portugal)

Los síntomas psiquiátricos son frecuentes en la enfermedad de Huntington y pueden preceder en años a los síntomas motores. Presentamos un caso inusual que se inició como trastorno hipocondríaco 14 años antes de la aparición de los movimientos coreicos.

Palabras clave:

Hipocondría. Espectro obsesivo-compulsivo. Enfermedad de Huntington.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(1):65-66

Hypochondriasis and Huntington's disease

Psychiatric symptoms are common in Huntington's disease and can occur years before the motor symptoms. We present an unusual case that presented as a hypochondriac disorder fourteen years before the appearance of choreic movements.

Key words:

Hypochondriasis. Obsessive-compulsive spectrum. Huntington's disease.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Huntington es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central caracterizado por movimientos coreicos y demencia progresiva que se transmite por herencia autosómico dominante.

Los síntomas psiquiátricos son frecuentes y aparecen en cualquier fase de la enfermedad, pudiendo preceder en años a los síntomas motores. En el estudio de Di Maio et al. un 31 % de los 510 pacientes se inició con síntomas psiquiátricos¹.

Predominan los trastornos afectivos, aunque también es común el desarrollo de psicosis, obsesiones y compulsiones, alteraciones del comportamiento y de la personalidad, irritabilidad y agresividad.

Correspondencia:

Manuel Arrojo Romero
Departamento de Psiquiatria
Hospital São João
Alameda Professor Hernani Monteiro, s/n
4200 Oporto (Portugal)
Correo electrónico: marrojo3@hotmail.com

La enfermedad de Huntington ha sido considerada como una patología encuadrable dentro del espectro obsesivo-compulsivo teorizado por Hollander² basado en las similitudes existentes entre las compulsiones y los movimientos repetitivos presentes en algunos procesos neurológicos.

La hipocondría también tendría lugar en este espectro obsesivo-compulsivo debido a la presencia de pensamientos focalizados en el padecimiento de enfermedades con apariencia semejante a las obsesiones².

En cuanto a la aparición de la psicosis en la enfermedad de Huntington, un pequeño porcentaje de pacientes desarrolla cuadros de esquizofrenia *like*, aunque aproximadamente un 30 % de los pacientes presenta síntomas psicóticos aislados, generalmente asociados a deterioro cognitivo, demencia y trastornos afectivos³.

CASO CLÍNICO

Es un varón caucásico, de 66 años, casado, internado en el departamento de Psiquiatria del Hospital Universitario São João para estudio diagnóstico de cuadro caracterizado por alteración del comportamiento, agresividad, deterioro cognitivo e incapacidad para la realización de tareas básicas.

El paciente está jubilado y vive con su esposa y su hija de 15 años. Es de biotipo atlético y tiene una edad aparente muy superior a la real, con aspecto general y vestuario que reflejan descuido personal. Presenta una postura curvada con movimientos estereotipados de miembros superiores e inferiores y marcha arrastrada de base alargada de pequeños pasos. Trae con él una bolsa llena de diferentes fármacos, principalmente vitaminas y placebos, que muestra uno a uno exigiendo su prescripción.

Es seguido en consultas psiquiátricas desde hace 14 años por quejas somáticas inespecíficas («presión en la cabeza y en la cara», «falta de fuerza en las piernas», «neuritis», «disminución de presión en el cerebro»), irritabilidad fácil, episodios frecuentes de insomnio, tristeza y desinterés global.

A pesar de ser seguido en nuestro centro, frecuente simultáneamente otros cuidados psiquiátricos y de atención

primaria, con discurso permanentemente centrado en las mismas quejas, sin cumplir las terapéuticas prescritas y optando, siempre por iniciativa propia, del abuso de suplementos vitamínicos y placebos. Se le internó en un centro psiquiátrico, exigió el alta voluntaria a los pocos días, volviendo al mismo ciclo de comportamientos, centrados en preocupaciones hipocondríacas.

Utiliza todos los recursos médicos a su alcance, especialmente servicios de urgencia, a los que recurre continuamente porque piensa que puede tener una enfermedad grave, siendo sometido a los más diversos exámenes, sin que nunca se detectase causalidad orgánica alguna.

En los últimos meses sufre un agravamiento franco de su estado físico, con disminución de peso de más de 20 kg, episodios frecuentes de agitación psicomotriz con heteroagresividad, movimientos estereotipados de miembros, sialorrea, alteraciones cognitivas y comportamientos desadaptados.

Nació de parto a término y sin complicaciones, tuvo un desarrollo psicomotor normal. Su infancia y adolescencia estuvieron marcadas por inestabilidad afectiva ambiental motivada por la ausencia de figura paterna, padre que no conoció. Entre sus antecedentes médicos destaca un nódulo pulmonar calcificado. No tiene antecedentes médicos o psiquiátricos relevantes conocidos en su familia.

En la exploración psíquica del ingreso está vigil y se encuentra orientado en tiempo, espacio y situación. No deja lugar al entrevistador a realizar preguntas, dominando la entrevista con discurso pobre y circunstancial, centrado en quejas somáticas inespecíficas, con sugerencias terapéuticas y sospechas de patologías. Se le insta a contestar de forma concreta a lo que se le pregunta, insiste en el discurso atrás descrito, con una permanente preocupación y convicción de tener una enfermedad grave en la que «neuritis», «sudores fríos», «disminución de presión en el cerebro» y «falta de fuerzas» son aspectos dominantes.

Se evidencia una marcada interferencia de esta clínica en su nivel de funcionamiento global. Al rebatirse estos aspectos parece existir una irrefutabilidad total frente a la lógica. Su humor es discretamente depresivo. No presenta actividad alucinatoria evidenciable. Las capacidades de atención y concentración son deficientes, con alteraciones mnésicas marcadas, especialmente en la memoria de recuperación. Pobre introspección.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma, bioquímica con ácido fólico y vitamina B₁₂, VDRL, TPHA, serología VIH, serología de hepatitis B y C, hormonas tiroideas: negativos o en valores normales.
- EEG: ritmo de base alfa de baja amplitud, con períodos a 8-9 Hz y moderada actividad theta intermitente en regiones frontotemporales, de predominio derecho.
- TC y RM cerebrales: atrofia corticosubcortical.

Se pautó tratamiento con valproato sódico 200 mg (1-1-1), risperidona 3 mg (1/2-0-1/2), fluoxetina 20 mg (1-0-0) y biperideno 2 mg (1-1-0).

Durante el ingreso mantuvo el cuadro de características hipocondríacas de dimensión delirante, con discreta mejoría de la agitación psicomotora y de la heteroagresividad, manteniendo un marcado deterioro cognitivo. Se pidió interconsulta al servicio de neurología, que confirmó movimientos coreoatetósicos en miembros superiores e inferiores y tras el estudio genético se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Huntington. En los meses posteriores se agravó la sintomatología y en la actualidad (1 año después) se encuentra francamente demenciado.

DISCUSIÓN

En este caso, durante años, se plantearon dificultades de diagnóstico diferencial, fundamentalmente entre trastorno afectivo, hipocondría y trastorno obsesivo-compulsivo.

Aunque la tristeza, insomnio y desinterés global podrían ser etiquetados como síntomas depresivos, la evolución del cuadro clínico, la ideación persistente de padecer una enfermedad y la intensidad extrema con la que el paciente vive esto descartó un trastorno afectivo primario.

Siguiendo a Barsky⁴ encontramos más datos a favor del diagnóstico de hipocondría que de trastorno obsesivo-compulsivo: las sensaciones corporales son interpretadas por el paciente como síntomas de una enfermedad grave, no opone resistencia a ello, publicita el trastorno y considera su conducta apropiada.

Progresivamente, las dudas se convierten en convicciones irrefutables, recordando a un trastorno delirante de tipo somático. Posteriormente, el marcado deterioro cognitivo y los trastornos motores orientaron hacia el diagnóstico de enfermedad de Huntington.

El inicio de un cuadro de características hipocondríacas en un individuo de 52 años sin antecedentes psiquiátricos conocidos resulta sugestivo de patología orgánica subyacente. Pese a ello, únicamente la aparición de los trastornos motores 14 años después permitió el diagnóstico correcto y la comprensión longitudinal de la psicopatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Maio L, Squitieri F, Napolitano G, Campanella G, Trofater JA, Conneally PM. Onset symptoms in 510 patients with Huntington's disease. *J Med Genet* 1993;30:289-92.
2. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatr Ann* 1993;23:355-8.
3. Naarding P, Kremer HP, Zitman FG. Huntington's disease: a review of the literature on prevalence and treatment of neuropsychiatric phenomena. *Eur Psychiatry* 2001;16:439-45.
4. Barsky A. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:791-801.