

Un caso pseudopsiquiátrico por púrpura trombótica trombocitopénica

IMAZ RONCERO, C.* y SOTO LOZA, A.**

* Clínica Recoletos. ** Hospital Universitario de Valladolid.

Psychiatric symptoms in thrombotic thrombocytopenic purpura

Resumen

Presentamos el caso clínico de una mujer, de 25 años, que comienza con sintomatología neurológica inespecífica y alteraciones hematológicas que precisan de un apoyo psiquiátrico hasta el correcto diagnóstico de Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) y su adecuado tratamiento.

Las manifestaciones abigarradas e inestables inducen a «interpretar la enfermedad psicológicamente». No debemos olvidar la importancia que el estudio somático tiene en psiquiatría, para no sacar conclusiones precipitadas y erróneas, que den lugar a un retraso en el diagnóstico correcto y, por lo tanto, en su tratamiento.

Palabras clave: Cuadro confusional. Púrpura trombótica trombocitopénica. Tratamiento.

Summary

The present article describes the case of a woman, aged 25 years, who the non-specific and variable neurologic symptomatology and the confusional episodes observed at admission required psychiatric care until the diagnosis, and subsequent treatment, of thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) was done.

The variable and unstable manifestations induce «to interpret the disease psychologically», we must not forget the importance of the somatic assessment in psychiatry to prevent premature and mistaken conclusions that delay a correct diagnosis and, therefore, an adequate treatment.

Key words: Confusional state. Thrombotic thrombocytopenic purpura. Treatment.

La Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT), o enfermedad de Moschcowitz (1), es una enfermedad rara y de pronóstico grave (2) dentro de las anemias hemolíticas adquiridas (3).

Cursa con embolia difusa y trombosis de los pequeños vasos cerebrales (4), lo que da lugar a síntomas neurológicos cambiantes como afasia, ceguera, convulsiones... (5, 6). Los datos analíticos constan de trombocitopenia y anemia hemolítica asociada a microangiopatía, con hematíes deformados y fragmentados.

El diagnóstico de PTT se hace habitualmente por exclusión ya que la presencia de los síntomas clásicos trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, déficits neurológicos, fiebre e insuficiencia renal se dan solo en el 40% de los casos (7-9). No existe un test de screening (10-12) para la detección precoz de la PTT y, a veces, las primeras manifestaciones neurológicas (13, 14) que tiene el paciente, por su carácter cambiante, confunden al profesional que puede subestimar la importancia del cuadro sin buscar una causa orgánica que lo justifique.

Consecuentemente el diagnóstico y el tratamiento se retrasan y la vida del enfermo corre grave peligro (15-17).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 25 años de edad, casada, sin hijos y de raza gitana. Sin antecedentes de interés. Consulta por episodios de dos o tres meses de evolución de pérdida de fuerza y disestesias de distribución irregular en brazos, piernas, región perioral y hemifacies; acompañados de sensación de mareo, intensa astenia, visión borrosa y ocasionalmente de cuadros confusionales transitorios, sin objetivarse datos sugerentes de patología orgánica en sus múltiples visitas al servicio de urgencias. Mantenía tratamiento anticonceptivo que fue retirado y, tras la supresión, se añade polimenorrea y lesiones equimóticas espontáneas, sobre todo en extremidades inferiores e hiporexia, con una pérdida de peso de 5 kg en los últimos tres meses.

Consulta a psiquiatría por el cuadro de cansancio, tristeza... que instaura un tratamiento antidepresivo que no logra mejorar la sintomatología clínica. Se realiza hemacitometría en la que destaca anemia y trombocitopenia, por lo que se deriva a la paciente a su médico de cabecera y ginecólogo.

Por empeoramiento del cuadro acude al servicio de urgencias, descartándose patología ginecológica, e ingresa en el Servicio de Hematología con diagnóstico provisional de síndrome anémico y plaquetopenia (hematíes $2,18 \times 10^6/\mu\text{l}$; Hb 7,6 g/dl; plaquetas $19 \times 10^3/\mu\text{l}$. Hemostasia normal). Se practican Eco abdominal y TAC cerebral que son normales y a la exploración sólo se evidencian lesiones equimóticas aisladas en extremidades inferiores.

Ante la sospecha de púrpura trombótica idiopática (PTI) se comienza tratamiento con corticoides y se baraja la posibilidad de una personalidad histriónica, por lo que se interconsulta a Psiquiatría. Los psiquiatras por su parte rechazan pautar tratamiento al inclinarse a pensar que la etiología es orgánica. Sin embargo, la mala evolución de la paciente hace sospechar que ésta no esté realizando el tratamiento correctamente y/o en el trasfondo psiquiátrico del caso.

Por su parte los psiquiatras, en las múltiples ocasiones que la valoran, insisten en la posible etiología secundaria al cuadro hematológico que presenta y prescriben tratamiento sintomático (sujeción mecánica y haloperidol).

La persistencia de la trombocitopenia y la constatación de la existencia de anemia hemolítica más insuficiencia renal hace sospechar la PTT, realizándose plasmáferesis con mejoría clínica evidenciada a las 48-72 horas. La intensa fragmentación eritrocitaria con presencia de esquistocitos, con un test de Coombs directo negativo, finalmente confirma el diagnóstico de PTT. Se realizaron 24 sesiones de plasmáferesis y al alta, tras 55 días de ingreso, está asintomática y recuperada analíticamente (Hb 10,5 g/dl y plaquetas $195 \times 10^3/\mu\text{l}$).

CONCLUSIONES

- Ante cuadros atípicos existe una tendencia a intentar buscar justificaciones que nos pueden llevar a una mayor confusión:
 - De ahí la presunción de un trastorno de personalidad en un cuadro de comienzo brusco. La pertenencia de nuestra paciente a una minoría étnica (raza gitana) y las creencias sobre los comportamientos de esta minoría, inducen a catalogar el comportamiento de histriónico donde hay una clara patología orgánica subyacente.
 - Posteriormente se justifica la mala evolución clínica al incumplimiento terapéutico, en lugar de asegurar éste, dada la situación de ingreso y gravedad del cuadro.
- La abigarrada sintomatología con la presencia de unos episodios de agitación plantea la necesidad de un tratamiento sedante que básicamente se realiza con haloperidol y sujeción mecánica.
 - El recurso a la sobredosificación de sedantes, que fue utilizado en este caso (hasta 15 mg de haloperidol iv) es un mito: no siempre a más dosis más sedación.

- Desde el punto de vista psicopatológico el cuadro clínico, tanto en lo que hace referencia a la etiología como a la clínica y a su evolución, pertenece a lo que los autores clásicos denominaban Psicosis Somatógenas Sintomáticas, cuya expresión clínica más fiel es la Reacción Exógena de Bonhoeffer (18), presente en el caso que exponemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bell W. Thrombotic thrombocytopenic purpura. JAMA 1991;265:91-3.
2. Lawlor ER, Webb WM, Hill A, Wadsworth LD. Thrombotic thrombocytopenic purpura: A treatable cause of childhood encephalopathy. J Pediatr 1997; 130:313-6.
3. Anemias hemolíticas adquiridas. En: Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Castillo Cofiño, et al, eds. Hematología clínica. Barcelona: 3ª edic. Editorial Mosby/ Doyma Libros; 1994.
4. Byrnes JJ, Moake JL. Thrombotic thrombocytopenic purpura and the haemolytic-uremic syndrome: evolving concepts of pathogenesis and therapy. Clin Haematol 1986;15:413.
5. Bridgman J, Witting M. Thrombotic thrombocytopenic purpura. Presenting as a sudden headache with focal neurologic findings. Ann Emerg Med 1996;27: 95-7.
6. Garrett WT, Cherylee WJC, Bleck TP. Altered mental Status in thrombotic thrombocytopenic purpura is secondary to nonconvulsive status epilepticus. Ann Neurol 1996;40:245-6.
7. Amorosi EL, Ultman JE. Thrombotic thrombocytopenic purpura: report of 16 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1966;45:139-59.
8. De la Sayette V, Gallet E, Le Doza F, Charbonneau P, Morin P. Thrombotic thrombocytopenic purpura. A case diagnosed by MRI. Rev Neurol (Paris) 1991;147: 314-7.
9. Ridolfi RL, Bell WR. Thrombotic thrombocytopenic purpura. Report of 25 cases and review of the literature. Medicine 1981;60:413-28.
10. Ohlmann D, Hamann GF, Hassler M, Schimrigk K. Involvement of the central nervous system in hemolytic uremic syndrome/thrombotic thrombocytopenic purpura. Nervenarzt 1996;67:880-2.
11. D'Aprile P, Farchi G, Pagliarulo R, Carella A. Thrombotic thrombocytopenic purpura: MR demonstration of reversible brain abnormalities. Am J Neuroradiol 1994;15:19-20.
12. Urushitani M, Seriu N, Udaka F, Kameyama M, Nishinaka K, Kodama M. MRI demonstration of a reversible lesion in cerebral deep white matter in thrombotic thrombocytopenic purpura. Neuroradiology 1996;38:137-8.
13. Arboix A, Besses C. Cerebrovascular disease as the initial clinical presentation of haematological disorders. Eur Neurol 1997;37:207-11.

14. Derick HL, Wun T. Early manifestation of Thrombotic Thrombocytopenic Purpura. *Am J Med* 1993;95: 544-5.
15. García Castaño J, Pinilla Llorente B, García Román JM, Rollán Landeras A, Sánchez Sánchez E, Gelsanz Fernández C. Púrpura Trombocitopénica Trombótica: Necesidad de un tratamiento precoz. *An Med Interna* 1989;6:83-5.
16. Moake JL. Thrombotic Thrombocytopenic Purpura and the Hemolytic-Uremic Syndrome. En: Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, et al, eds. *Hematology*. Edit Broadway. New York: Churchill Livingstone; 1991.
17. Linklater DM, Voth A. Thrombocytopenic purpura. Importance of early diagnosis. *Can Fam Physician* 1996;42:1985-6, 1989-91.
18. Henry Ey, P. Bernard-Ch. Brisset. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ed Masson; 1992.

Correspondencia:
C. Imaz Roncero
Acera Recoletos 12, bajo
47004 Valladolid
E-mail: cimaz@arrakis.es