

PSICOPATIAS TIROTOCICAS

DR. HERNAN MENDOZA-HOYOS (*) DR. LUIS MANZANILLA (**)
y DR. MAURO TORRES (***)

La aparición de trastornos mentales, neuróticos o psicóticos, en el curso del hipertiroidismo, es un hecho conocido en la literatura médica. Entre los años de 1871 a 1892, Andrews (1), Meynert (2), Robertson (3), Boettger (4), Cane (5), y Boeteau (6), publican casos que presentaban trastornos mentales junto con hiperfunción tiroidea. En 1899, Boinet (7) cita la aparición de la enfermedad de Basedow con trastornos psíquicos por la administración de extracto tiroideo. En el siglo actual se sigue hablando del problema y con frecuencia aparecen trabajos, hechos en su mayoría en clínicas tiroideas y psiquiátricas. Lidz y Whitehorn (8), por ejemplo, encuentran en 1951 un psicótico por cada cinco pacientes de una clínica de tiroides.

Si bien Selye (9) considera a las anomalías mentales del hipertiroideo como simple exageración de sus rasgos psíquicos, la mayoría de los autores habla de verdaderas psicosis, entre ellos Means (10), Azérad (11), Williams (12) y Lidz (13) y de que la hiperfunción tiroidea actúa como desencadenante, sobre una estructura mental pre-psicótica. En este sentido, Means establece una analogía con los pacientes cardio-tiroideos, en los cuales la enfermedad viene a descompensar un órgano con pocas reservas funcionales; encuentra que la forma de psicosis depende de la arquitectura mental del paciente. Mc Gavack (14), en cambio,

* Dr. Hernán Mendoza-Hoyos, Miembro Fundador de la Sociedad Colombiana de Endocrinología.

** Dr. Luis M. Manzanilla, Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Endocrinología.

*** Dr. Mauro Torres, Médico Psiquiatra Residente de la Clínica Montserrat, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

opina que las psicosis tirotóxicas son secundarias a lesiones hepáticas (?).

Al revisar la literatura no se encuentra cuadro psicótico alguno que pueda catalogarse como característico del hipertiroidismo; por el contrario, como dice Azérad, lo único típico es el polimorfismo de las alteraciones mentales. En 1935, Dunlap y Moersch (15) revisan las historias de diez años de la Clínica Mayo y encuentran ciento treinta y cuatro psicosis tirotóxicas, con cuadros de psicosis por agotamiento tóxico, delirios agudos y maníaco-depresivos; concluyen también en que no hay relación de enfermedad mental e hipertiroidismo. Man y Kahn (16) en 1945 no encontraron relación causal entre tiroides y cuadro psíquico, al estudiar la función tiroidea de cuarenta y tres enfermos maníaco-depresivos.

Es frecuente observar la mejoría mental consecutiva o coincidente con la mejoría del estado tiroideo (10, 12, 14, 17). Reiss y Col. (18) en el Bristol Mental Hospital, estudian en 1953 la función tiroidea de mil pacientes y vieron que, en general, la normalización de la función tiroidea se acompañó de mejoría mental. El mismo Reiss (19), al año siguiente, encuentra correlación significativa entre actividad tiroidea y mejoría mental después de tratamientos psiquiátricos (electro-shock, insulina).

Williams (12) recomienda el tratamiento médico o al menos mantener al paciente en estado eutiroideo durante varios meses antes de decidir la operación. McGavack (14) habla también de la conveniencia del tratamiento conservador por la mala tolerancia a la cirugía que encuentra en sus pacientes. Brockman y Whiteman (20), en el estudio de cinco casos de psicosis post-tiroidectomía, recomiendan una evaluación psiquiátrica previa a la intervención y un control prolongado del post-operatorio. También Lidz (13) comenta las consecuencias peligrosas que pueden aparecer en pacientes mal preparados para la intervención quirúrgica, a pesar de lo cual no es partidario de los tratamientos prolongados y aconseja la tiroidectomía o el Iodo radioactivo.

Ahora bien: no todos los pacientes mejoran y en todo caso, como dice Moschowitz (21), no desaparece la personalidad del enfermo, y Ruesch y Col. (22) mencionan los trastornos psicósomáticos que pueden observarse después de la normalización de la función tiroidea.

Entre nosotros la incidencia de psicosis tirotóxicas parece ser igual a la anotada por los diferentes autores en otras latitu-

des lo mismo que el polimorfismo de las alteraciones mentales. A continuación se presentan y se comentan tres historias, las dos primeras iniciadas en un hospital psiquiátrico en el que seguían tratamiento para sus alteraciones mentales y la tercera, de un paciente que consultó por tirotoxicosis y que presentó trastornos psíquicos severos en el curso del tratamiento.

G. B. 34 años. Casado y padre de dos hijos (tres y dos años). Trabaja con sales de amoníaco

Noviembre 1955: ingreso clínica psiquiátrica por Neurosis de Ansiedad y elementos hipocondríacos. Hiperestesia psico-física. Taquipsiquia. Desorientaciones temporales.

Evolución: Los anteriores fenómenos iniciaron su evolución progresiva desde cuatro meses antes.

Examen físico: Déficit del peso del veinticinco por ciento. Piel húmeda, caliente, temblor fibrilar de manos, miembros inferiores, lengua. Exoftalmía grado II. Eretismo cardíaco. Taquicardia de ciento veinte p. p. m.

Tiroides: Glándula uniformemente aumentada de volumen, aproximadamente cinco veces (100 gm), vascularizada, soplo moderado.

Metabolismo basal: + 52%.

Colesterolemia: 179 mg. %.

Se inicia tratamiento con Mercaptoimidazol 40 mg. por día en dosis fraccionadas.

Electroencefalograma: Normal.

Psicodiagnóstico de Rorschach: Componentes francamente neuróticos de la personalidad. Contacto inadecuado con el ambiente. Inseguridad profunda.

Febrero 21, 1956: Mejoría objetiva y subjetiva acentuadas.

Se suspende tratamiento con Mercaptoimidazol durante una semana y se practica prueba de captación de I-131 en marzo 1º de 1956.

Se suministran 93 microcuries: Retención en el cuello /24 horas: 87%.

Excreción orina /24 horas: 6.2%.

Debido a las alteraciones psíquicas del paciente y pese a su edad de treinta y cinco años, el paciente recibe dosis terapéutica de I-131.

Excreción orina /24 horas: 8.3%.

Marzo 8, 1956: Se suministran 14.5 millicuries.

Abril 2, 1956: Cuadro clínico de Eutiroidismo.

Metabolismo basal: Menos 5%.

Peso aproximado de la glándula 75 gm.

Control psiquiátrico: Control del estado de ansiedad, el paciente regresa a su trabajo.

B. D. Sesenta y siete años. Casado. padre de familia, agricultor, ganadero.

Enero 23, 1956: Ingresa a clínica psiquiátrica con cuadro de depresión ansiosa, de tipo involutivo: alteraciones del carácter, llanto, astenia, decaimiento progresivo, confusión mental.

Al mismo tiempo presenta: Polidipsia. Polifagia episódica, cefalea.

Evolución: Los fenómenos anteriores iniciaron su progresivo desarrollo desde cuatro meses antes. Las alteraciones psíquicas fueron inmediatamente precedidas de las mencionadas polidipsia y polifagia.

Paciente indiferente, deprimido, postrado en cama, apático. La depresión es reemplazada ocasionalmente por franco estado de ansiedad. Comportamiento extravagante, rememoración enbotada, bradipsiquia, desorientación en el tiempo, indiferencia ante estímulos emocionales externos. El tratamiento por electroshock lo lanza a un estado hipomaniaco.

Examen físico: Déficit de peso del veinticinco por ciento. Piel húmeda, caliente, temblor fibrilar, especialmente notorio en manos y lengua. Eretismo cardíaco. 130 pulsaciones por minuto, presión arterial de Sist. 180 Diast. 70 mm. Hg. Hipoacusia bilateral. Hiperestesia cutánea.

Tiroides: Glándula aumentada de volumen aproximadamente en cuatro veces (80 gm.) y a expensas de formaciones nodulares bilaterales, de consistencia aumentada y turgentes.

Metabolismo basal: + 48%.

Líquido céfalo-raquídeo: Normal.

Serología: Negativa.

Curva de tolerancia a la glucosa en febrero 6 de 1956:

En ayunas: 74 mg%

30 minutos después de suministrar 1.75 gm. Glucosa oral por kilogramo de peso : 137 mg%.

60 minutos después de suministrar 1.75 mg. Glucosa oral por kilogramo de peso : 353.

120 minutos después de suministrar 1.75 gm. Glucosa oral por kilogramo de peso : 158.

180 minutos después de suministrar 1.75 gm. Glucosa oral por kilogramo de peso : 164.

240 minutos después de suministrar 1.75 gm. Glucosa oral por kilogramo de peso: 205 y aparición de glicosuria.

Después de esta prueba inicia tratamiento con Metil-Tiou-racilo. 500 miligramos por día.

Curva de tolerancia a la Glucosa en febrero 28, 1956:

En ayunas: 80 mg%.

30 minutos después de suministrar 1.75 gm. glucosa oral por kilogramo de peso : 150 mg%.

60 minutos después de suministrar 1.75 gm. glucosa oral por kilogramo de peso : 120.

120 minutos después de suministrar 1.75 gm. glucosa oral por kilogramo de peso : 95.

180 minutos después de suministrar 1.75 gm. glucosa oral por kilogramo de peso : 90.

240 minutos después de suministrar 1.75 gm. glucosa oral por kilogramo de peso : 75.

Con veinte días de tratamiento antitiroideo se logra una modificación completa de la Curva de Tolerancia a la Glucosa, de francamente diabética se hace ligeramente hipoglicémica. Al mismo tiempo desaparecen la polifagia y la polidipsia, el paciente gana peso rápidamente, las alteraciones psíquicas regresan a la normalidad, los fenómenos de tirotoxicosis ceden gradualmente.

El paciente sale de la clínica en buenas condiciones generales de salud.

Controles en marzo 6 y abril 10: Mejoría progresiva. Eutiroidismo. Ausencia de manifestaciones psiquiátricas. Comportamiento normal.

C. M. Mujer, 50 años, casada y madre de un hijo. Climaterio a los cuarenta y ocho años.

Agosto, 1955. Metabolismo basal: + 52%.

Yodoproteinemia: 12 microgramos %.

Inestabilidad acentuada, enflequecimiento con déficit de peso del quince por ciento. Intolerancia al calor, temblor fibrilar de manos, lengua, miembros inferiores, exoftalmía muy moderada (grado I), cabello muy débil, escaso; piel húmeda, caliente. Eritismo cardíaco, 120 p. p. m.; edema maleolar discreto; atrofia muscular discreta en muslos (cuádriceps) con fatigabilidad y claudicación (se atribuye a tirotoxicosis).

Tiroides: Volumen aumentado en dos veces aproximadamente (50 gm.) a expensas de tres formaciones nodulares, móviles, de consistencia aumentada.

Soplo vascular discreto.

Se inicia tratamiento con Metil-Tiouracilo a la dosis de 300 mg. por día. Medidas de soporte e indicaciones higiénicas generales.

Septiembre 2: Mejoría objetiva moderada en el sentido de que se ha producido una reducción de la taquicardia, supresión del temblor fibrilar, disminución de la intolerancia al calor y reducción del metabolismo basal hasta + 32%.

Aparecen fenómenos confusionales, acentuación de inestabilidad emocional, ansiedad, irritabilidad, ideas paranoides y desorientación en el tiempo hasta el extremo de olvidar su asistencia a la consulta seis horas antes. El suministro de barbitúricos agrava los fenómenos psicológicos.

Continúa el tratamiento con Metil-Tioracilo y a medida que se logra el control de la tirotoxicosis, los síntomas mentales mejoran hasta desaparecer.

En febrero 20 y previa suspensión de antitiroideos se hace prueba diagnóstica con I-131:

Dosis 60 microcuries.

Captación en el tiroides veinticuatro horas: 79.4%.

Excreción urinaria: veinticuatro horas: 20.0%.

Febrero 21, 1956: Dosis terapéutica: 7.50 milicuries.

Excreción urinaria de cuarenta y ocho horas: 15.2% de la dosis terapéutica.

Abril 20, 1956: Moderado hipertiroidismo clínico. Met. Basal: + 25%.

Estado general muy satisfactorio. Normalización de alteraciones psíquicas.

COMENTARIOS

Polimorfismo: los tres pacientes presentados se caracterizan por alteraciones diferentes: neurosis de ansiedad, depresión ansiosa de tipo involutivo y estado paranoide. Sus edades pertenecen a tres grupos bien diferentes: treinta y cinco, sesenta y siete y cincuenta.

Evolución de las manifestaciones psíquicas: en los dos primeros pacientes las alteraciones psíquicas se desarrollaron paralelamente con las de tirotoxicosis; en la tercera historia, en cam-

bio, las alteraciones psíquicas severas se instauraron en el curso del tratamiento y cuando se había logrado un control parcial de la tirotoxicosis. Esta última observación muestra que las manifestaciones mentales y somáticas pueden disociarse en el tiempo y que no es el grado de severidad del hipertiroidismo el que condiciona la instauración de la psicopatía sino posiblemente la estructura mental previa del paciente. Así mismo vemos que se debe ser cauteloso en el empleo de sedantes de acción central, como los barbitúricos, so pena de agravar la alteración psíquica.

En los pacientes tratados fue evidente la mejoría mental, una vez alcanzado un estado de eutiroidismo.

Tratamiento: Considerando el carácter traumático del tratamiento quirúrgico en las esferas psíquica y somática y basados en las observaciones de alteraciones mentales post-quirúrgicas, pensamos que el tratamiento médico, al ser posible, debe ser el de elección.

El empleo de medicamentos antitiroideos en pacientes psicóticos puede ser extremadamente difícil ya que necesitan para su administración de un horario preciso y por ende de una colaboración estricta por parte del paciente. Esta dificultad puede resolverse con el empleo de Iodo radioactivo en los pacientes mayores de cuarenta años.

INCIDENCIA

La elevada incidencia de alteraciones psíquicas en el curso de la tirotoxicosis, justifica plenamente el estudio sistemático de los pacientes psiquiátricos desde el punto de vista de su función tiroidea.

No queremos omitir un breve comentario sobre los peligros de la psicoterapia intensiva iniciada antes de que se haya logrado el control adecuado de la tirotoxicosis. Se presume que los mecanismos defensivos de la personalidad pueden debilitarse considerablemente por razón de la toxicidad tiroidea (23). El estímulo, por medio de la psicoterapia, del trauma precipitante y el resquebrajamiento de los temores infantiles neuróticos, pueden llevar al tirotóxico debilitado al franco estado psicótico.

RESUMEN:

Se revisa la literatura sobre Psicopatías Tirotóxicas y se ilustra el tema con la presentación de tres casos.

Se hacen algunos comentarios sobre Polimorfismo de las alteraciones psíquicas, sobre su evolución, sobre su tratamiento y sobre su incidencia.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREWS J. B.—Exophtalmic goitre with insanity. *Am. J. Insan.* 27: 1 1870.
2. MEYNERT T.—Fall der Complication von Irrsinn mit Morbus Basedowii. *Psychiat. Centralbl.* 1:35, 1871.
3. ROBERTSON A.—On Graves'disease with insanity. *J. Ment. Sc.* 20:573, 1875.
4. BOETTGER.—Fall von Basedow'scher Krankheit mit Irrseis. *Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Eerln (1876)*, *Allg. Ztsch. f. Psychiat.* 33:3338, 1877.
5. CANE L.—Conection of exophtalmic goitre with mania. *Lancet.* 2:798 1877.
6. BOETEAU L.—Des troubles psychiques dans la goitre exophtalmique. Paris. G. Steinheil. 1892.
7. BOINET E.—Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyripides en excés. *Rev. neuro.* 7:564, 1899.
8. LIDZ T. y WHITEHORN J. C.—Psychiatric problems in a thyroid clinic. *J. A. M. A.* 139:698, 1951.
9. SELYE H.—*Endocrinologia*. Salvat. 1952.
10. MEANS J. H.—*The thyroid and its diseases*. Lippincott, 1948.
11. AZERAD E.—*Glande Thyroide, en Glandes Endocrines*. Enciclopedie Médico Chirurgicale. Paris. 1949.
12. WILLIAMS R. H.—*Texbook of Endocrinology*. Saunders. 1950.
- 13.—LIDZ T.—*Emotion and mentation in the Tnyroid*. Sydney C. Werrier. Ed. Hoeber & Harper. 1955.
14. MCGAVACK T. H.—*The thyroid*. Mosby Co. 1951.
15. DUNLAP H. F. y MOERCH F. P.—*Psychic manifestations associated with hyperthyroidism*. *Am. J. of Psychiat.* 91:1215, 1935.
16. MAN E. B. y KAHN E. B.—*Thyrod function of manic-depressive patient evaluated by determinations of serum iodine*. *Arch. Neurol. Psychiat.* 54:51. 1945.

17. De Courcy J. L.—Thyroidectomy in the mentally disturbed with exophthalmic goitre, with report of twelve cases in which the psychoses was relieved by operation. A. J. Surg. 6:21, 1929.

17. DE COURCY J. L.—Thyroidectomy in the mentally disturbed with exophthalmic goitre, with report of twelve cases in which the psychoses was relieved by operation. A. J. Surg. 6:21, 1929.

18. REISS M., HEMPHILL R. E. MAGGS R. HAIGH, C. P. y REISS J. M.—Significance of thyroid in psychiatric illness and treatment: routine examination with radioactive tracer method. Brit. M. J. 1:906, 1953.

19. REISS M. J.—Ment Sc. 100:687, 1954.

20. BROCKMAN D. D. y WHITEAN R. M.—Post-Thyroidectomy psychoses, J. nerv. & Ment. Dis. 116:340, 1952.

21. MOSCHCOWITZ E.—The nature of Graves'disease. Arch. Int. Med. 46:610, 1930.

22. RUESCH J.—Et al. Psychological invalidism in thyroidectomied patients, Psychosom. Med. 9:77, 1947.

23. DUGAN J. B.—Psychotic response to attend psychotherapy in a patient with nyperthyroidism, Psychosom. Med. 16: 252, mayo 1954.