

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN PSIQUIATRIA: ÚS RACIONAL



**Javier Labad Arias
Virginia Soria Tomás
Narcís Cardoner Alvarez**



ÚS DE PROVES DE LABORATORI EN PSIQUIATRIA

- Valoració de l'estat general
- Diagnòstic de patologia mèdica que cursa amb símptomes psiquiàtrics o psico-conductuals
- Monitorització de dosis-nivells plasmàtics de fàrmacs
- Estudi de complicacions endocrino-metabòliques de psicofàrmacs



VALORACIÓ DE L'ESTAT GENERAL

➤ ANALÍTICA DE SANG

▪ Bioquímica

- Ionograma: Na, K, Ca, P
- Glicèmia
- Funció hepàtica: ALT, AST, GGT, FA, Bilirrubina
- Funció renal: Creatinina, Urea
- Paràmetres nutricionals: Albúmina (\pm prealbúmina), VitB12, Folat

▪ Hemograma

▪ Coagulació

➤ ECG, Rx tòrax, i altres proves segons cada cas



DIAGNÒSTIC DE PSICOPATOLOGIA DE CAUSA NO PSIQUIÀTRICA PRIMÀRIA

PATOLOGIA MÈDICA

- **Malalties endocrino-metabòliques**
 - Elevada prevalença de simptomatologia psiquiàtrica
 - La patologia tiroïdea és la més freqüent
- **Malalties infeccioses:** Lues, VIH, TBC, malalties priòniques, etc...
- **Malalties hematològiques i oncològiques**
 - Limfomes / leucèmies
 - Neoplàsies: oat cell pulmó, cancer pàncrees

INTOXICACIÓ PER SUBSTÀNCIES O FÀRMACS

- Tòxics en orina
- Nivells plasmàtics de liti, digital, etc...

CAUSES ENDOCRINO-METABÒLIQUES DE SÍMPTOMES PSIQUIÀTRICS

ANSIETAT	DEPRESSIÓ	PSICOSI / MANIA	DISFUNCIÓ COGNITIVA
Hipertiroïdisme	Hipotiroïdisme	Hipertiroïdisme	Hipotiroïdisme
Feocromocitoma	Cushing / Addison	Malaltia de Wilson	Dèficit vitB12, folat
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Porfíria	Hipercalcèmia
Insulinoma	Anticonceptius	Corticoides exògens	Cushing / Addison
		Agonistes dopaminèrgics	Diabetes mellitus

DIAGNÒSTIC DE PATOLOGIA MÈDICA COM A CAUSA DE PSICOPATOLOGIA

	SCREENING	DIAGNÒSTIC
HIPOTIROÏDISME	TSH	T4 lliure Ac anti-TPO, anti-Tg
HIPERTIROÏDISME	TSH	T4 lliure, T3 Gammagrafia tiroïdal
CUSHING	Cortisol lliure urinari 24h	Test supressió DXM RNM hipòfisi, TAC abd
INSUFICIÈNCIA SUPRARRENAL	Cortisol plasmàtic	Estimulació amb ACTH TAC abdominal
FEOCROMOCITOMA	Catecolamines orina 24h	TAC abdominal
HIPERPARATIROIDISME	Calci, Fosfat	PTH Gammagrafia paratiroides

DIAGNÒSTIC DE PATOLOGIA MÈDICA COM A CAUSA DE PSICOPATOLOGIA (II)

	SCREENING	DIAGNÒSTIC
MALATIA DE WILSON	Ceruloplasmina (plasma)	Anell Kayser-Flescher Biopsia hepàtica
PORFIRIA	Uroporfirines en orina	Estudis d'activitat enzimàtica i genètics
LES	Ac anti DNA, ANAs	4 criteris incloent Psicosi o Convulsions
ENCEFALITIS	Punció lumbar (cèl·lules)	Estudi microbiològic LCR (Cultiu, PCR)
NEUROLÚES	Serologies luètiques en plasma	VDRL, FTA-ABS en LCR

QUAN SOSPITAR PATOLOGIA MÈDICA COM A CAUSA DE SÍMPTOMES PSICO-CONDUCTUALS?

1. Quan “no quadra” la clínica psiquiàtrica...

Desorientació T-E – fluctuacions del nivell de consciència

Al·lucinacions visuals

Fluctuació de símptomes

Inici de certs quadres a edats avançades

2. Quan el pacient presenta comorbiditat mèdica important o signes / símptomes suggestius de malaltia

Febre

Sd. tòxic, pèrdua de pes molt important

Taquicàrdia o hipertensió important

Alteracions bioquímiques (anèmia, hiponatrèmia, etc).

Fenotip característic (p.ex: Cushing, hiperpigmentació de l'Addison)

Clínica neurològica extrapiramidal, alteració de la funció hepàtica i alteracions visuals en psicòtic jove (Malaltia de Wilson)

3. En alguns diagnòstics psiquiàtrics l'exclusió de patologia mèdica és fonamental (p.ex: trastorn conversiu)



MONITORITZACIÓ DE FÀRMACS

NIVELLS TERAPÈUTICS

Liti (freqüència 3 m, extracció 12 hs post-dosi, dosi estable durant 5d)

Anticomicials: Carbamazepina, Valproat

EFFECTES 2ARIS - COMPLICACIONS METABÒLIQUES

(controls pre-tractament i seriats)

ECG: Control del QT de tractaments antipsicòtics i antidepressius

Bioquímica

- Funció renal i ionograma en el tractament per liti
- Prolactina en el tractament antipsicòtic
- Funció tiroïdal: liti, valproat, carbamazepina
- Funció hepàtica: antidepressius, valproat i carbamazepina
- Calci: liti
- Glicèmia: antipsicòtics

Hemograma: Clozapina i altres AP, carbamazepina i valproat

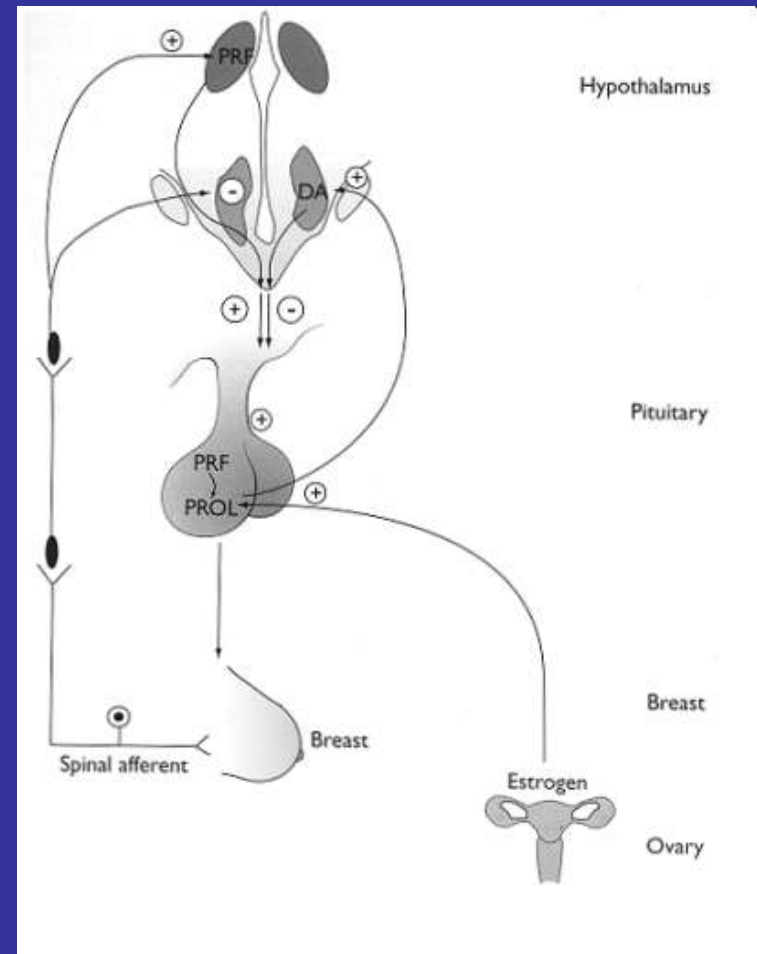
HIPERPROLACTINÈMIA PER ANTIPSICÒTICS

Risc elevat

Haloperidol i altres típics,
Risperidona, Amisulpride

Risc baix

Clozapina, Olanzapina,
Quetiapina, Aripiprazol,
Ziprasidona



SÍNDROME METABÒLICA I ANTIPSICÒTICS

Table 2

Relative metabolic effects of atypical antipsychotics

Drug	Weight gain	Risk for diabetes	Worsening lipid profile
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	D	D
Quetiapine	++	D	D
Aripiprazole ^a	+/-	-	-
Ziprasidone ^a	+/-	-	-

+ = increase effect; - = no effect; D = discrepant results.

Adapted from: J Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes, *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65:267-272.

^a Newer drugs with limited long-term data.

DIABETES MELLITUS I ANTIPSIÒTICS

Els antipsicòtics atípics poden causar diabetes amb risc de cetoacidosi que reverteix al treure l'antipsicòtic

Table 1 Case reports of new-onset diabetes and hyperglycaemia, diabetic ketoacidosis (DKA) and deaths from hyperglycaemia

	New-onset diabetes	DKA	Deaths
Clozapine	242	80	25
Olanzapine	225	100	23
Risperidone	131	36	5
Quetiapine	33	23	9
Ziprasidone	1	1	0

Number of cases based on a search of the literature up to July 2003 and unpublished post-marketing data up to September 2002.

COMPLICACIONS ENDOCRINOLÒGIQUES DEL TRACTAMENT CRÒNIC PER LITI

TIROIDES	Hipotiroïdisme (+ freq) Hipertiroïdisme
RENAL	Diabetes insípida nefrogènica
METABOLISME DEL CALCI	Hipercalcèmia (pot estar augmentada la PTH)
METABOLISME HIDROCARBONAT	Empitjorament de la glicèmia en diabetes



PROVES GENÈTIQUES

- **Malalties psiquiàtriques primaries són genèticament complexes: Herència poligènica multifactorial**

implicació de múltiples locus de susceptibilitat de petit efecte i la interacció amb l'ambient

- **Utilitat clínica**

- Diagnòstic de malalties neurodegeneratives amb símptomes psicoconductuals
- Diagnòstic etiològic de deficiència intel·lectual – retard psicomotriu
- Test genètics predictius: diagnòstics i farmacogenètics



PROVES GENÈTIQUES

➤ DIAGNÒSTIC DE MALALTIES NEURODEGENERATIVES AMB SÍMPTOMES PSICOCONDUCTUALS

▪ Malaltia de Huntington

HAD, expansió triplet CAG crom 4p

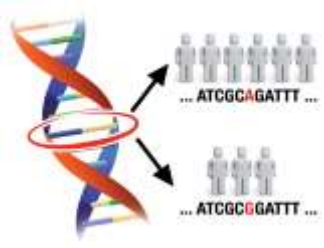
▪ Malaltia d'Alzheimer d'inici precoç familiar

(10% casos, mutacions gens APP, PS-1, PS-2)

No utilidad clínica actual de la determinació mutacions gen APO-E en la Malaltia d'Alzheimer d'inici senil

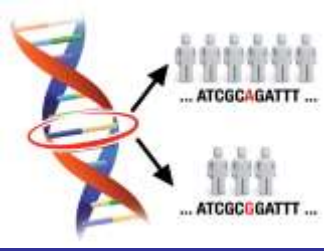
▪ Malaltia de Pick hereditària – Altres Taupatíes

Mutacions gens MAPT i PGRN



TESTS GENÈTICS PREDICTIUS I DIAGNÒSTICS

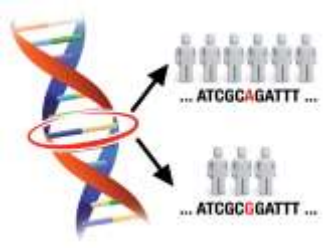
- **DETECCIÓ DE VARIANTS GENÈTIQUES DE SUSCEPTIBILITAT per malalties mentals**
 - Àmbit de la recerca
 - Manca d'evidència robusta actual per avalar el seu ús en la pràctica diària (majoritàriament considerats prematurs)
 - Exemples
 - **Psynome** (www.psynomics.com) : 2 SNPs en GRK3 associats a un risc x3 de TB
 - Psynomics is not currently accepting orders-
 - **SureGene** (www.suregene.net) : proposta inicial de comercialitzar marcadors de risc per SQZ, ha derivat cap als test farmacogenètics predictius.



TESTS GENÈTICS PREDICTIUS II FARMACOGENÈTICS I

➤ **MEDICINA INDIVIDUALITZADA**

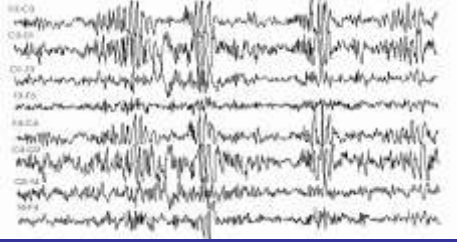
- Objectiu de personalitzar el tractament psicofarmacològic adaptant-lo al perfil genètic individual de cada malalt.
- Eficiència (anàlisi cost-efectivitat) encara controvertida.
- Permeten disposar d'informació adicional d'alguns medicaments per seleccionar el teòricament més òptim per cada malalt amb majors probabilitats d'eficàcia i de menys efectes secundaris.



TESTS GENÈTICS PREDICTIUS III

FARMACOGENÈTICS II

- Exemples:
 - **Psynome2** (www.psynomics.com): SLC6A4 i resposta a ISRS
 - **SureGene** (www.suregene.net): SureGene Test for Antipsychotic and Antidepressant Response (STA²R), *SureGene does not recommend STA2R for patients exhibiting an acceptable clinical response to current therapy*
 - **Neurofarmagen** (<http://www.neurofarmagen.es/>): anàlisi de SNPs en gens implicats en la farmacogenètica (aspectes farmacocinètics i farmacodinàmics) de psicofàrmacs incloent eutimitzants, anticòmicals, antidepressius antipsicòtics i MTD.
 - Orientat per a pacients amb depressió, epilepsia, esquizofrènia, trastorn bipolar i TDAH.
 - Línies: CORE ; Depressió i Epilepsia



EXPORACIONS NEUROFISIOLÒGIQUES (I)

- **EEG CONVENCIONAL:**
 - S'ha d'indicar quan hi ha una sospita clínica de quadres comicials, especialment en focus temporal
 - Demència, delirium, quadres metabòlics o tòxics
- **POTENCIALS EVOCATS:**
 - Mesura de les respostes elèctriques cerebrals davants estímuls sensorials determinats.
 - Poden ser visuals (PEV), auditius de tronc cerebral (PEATC), somatosensorials (PESS) i potencials cognitius.

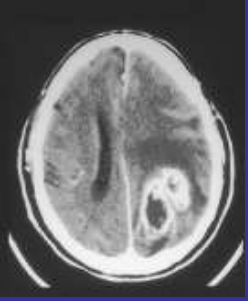
EXPLORACIONS NEUROFISIOLÒGIQUES (II)

- **REGISTRE POLIGRÀFIC DE LA SON:**
 - A més del EEG convencional es realitza electrooculogrames (EOGs), electromiogrames (EMG), ECG.
 - Estudi de la patologia de la son: Apnees de la son, narcolèpsia, REM behavior disorder.
 - Depressió: reducció de la latència REM o augment de la densitat o quantitat de la son REM.
- **ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTERITZAT:**
 - Informatització del traçat del EEG.
 - Localitza i permet calcular les freqüències mitges de cada



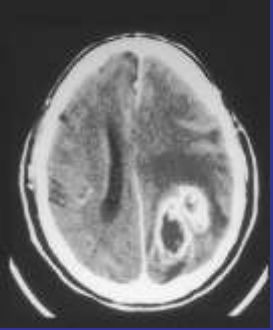
EXPLORACIONS DE NEUROIMATGE

- Ens permet l'estudi "in vivo" d'aspectes estructurals i funcionals del SNC
- **TÈCNIQUES DE NEUROIMATGE ESTRUCTURAL:**
 - Tomografia Axial Computeritzada (TAC)
 - Imatge per ressonància magnètica (IRM)
- **TÈCNIQUES DE NEUROIMATGE FUNCIONAL:**
 - Imatge mol·lecular PET, SPECT
 - RM funcional



POSSIBLES INDICACIONS DE NEUROIMATGE ESTRUCTURAL I

- Exploracions amb focalitat neurològica (afàsies, paresies, parestesies)
- EEG patològic
- Antecedent de convulsions
- Antecedent d'abús o dependència alcohòlica
- Traumatisme cerebral
- Deteriorament cognitiu detectat mitjançant exploració neuropsicològica
- Valoració de estats confusionals



POSSIBLES INDICACIONS DE NEUROIMATGE ESTRUCTURAL II

- Primer episodi psicòtic
- Catatonia perllongada
- Anorexia nerviosa
- Primer episodi depressiu / maníac en > 50 a
- Canvi de personalitat després dels 50 anys.

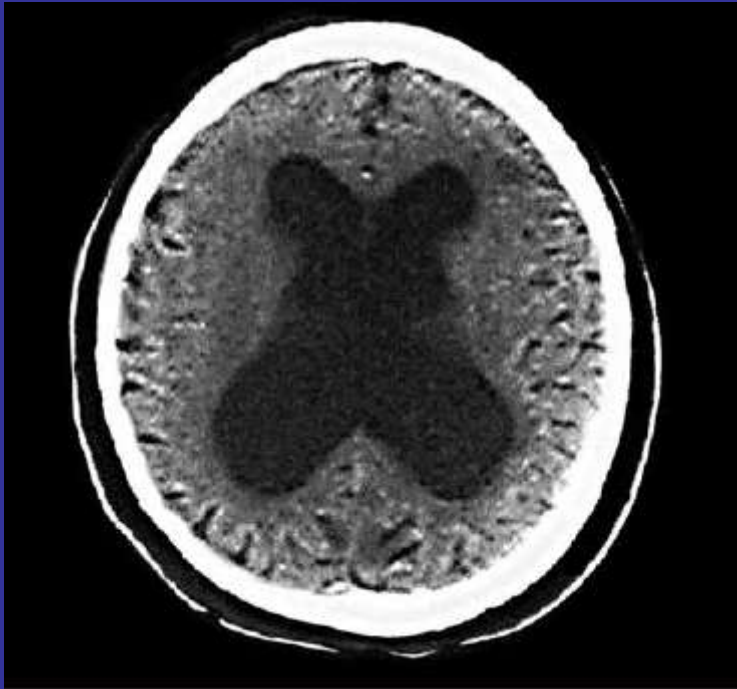


TÈCNIQUES DE NEUROIMATGE ESTRUCTURAL

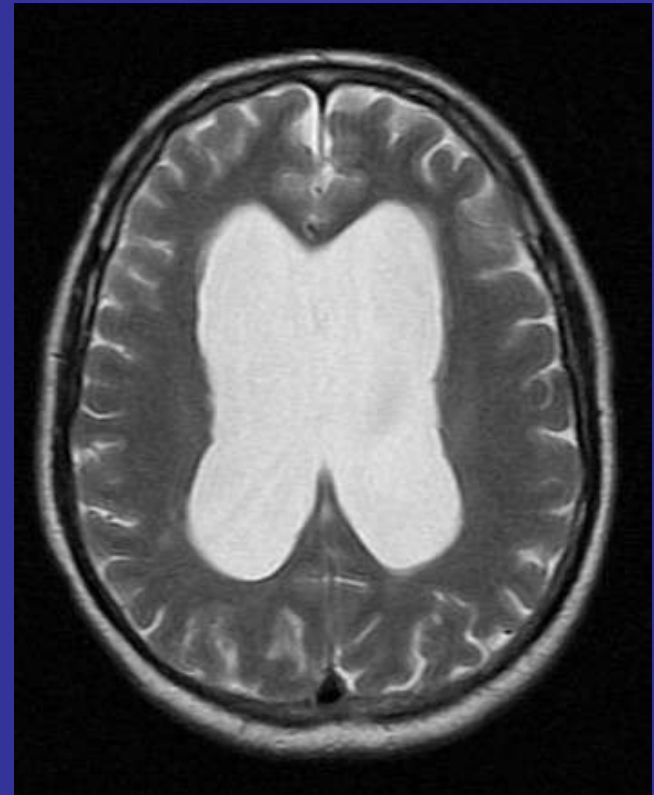
- **TAC cerebral indicat en:**
 - Simptomatologia confusional, clínica atípica, inici sobtat, nivell de consciència fluctuant, inici tardà.
- **IRM indicat en:**
 - Sospita de patologia desmielinitzant.
 - Valoració d'anomalies associades a focus epilèptics, detecció de neoplàsies no meníngees, malformacions vasculars, malalties degeneratives com la corea de Huntington o lesions localitzades en fosa posterior, traumatisme cerebral, àrees temporals i zones apicals.

Hidrocefalia normotensiva

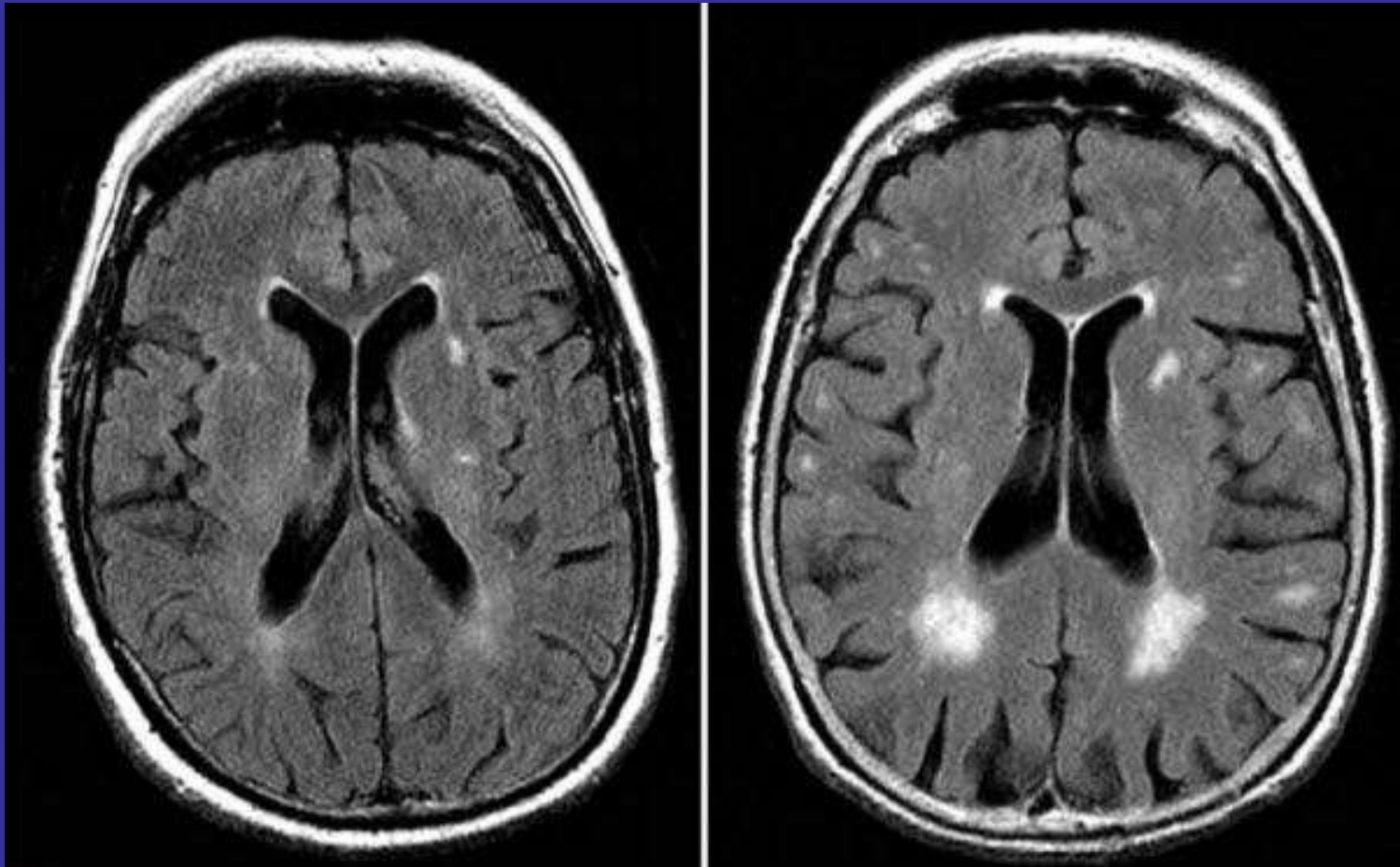
Imatge TAC



Imatge IRM



Lesions hiperintenses



Lesions hiperintenses



Sustancia
blanca
profunda

Periventriculars

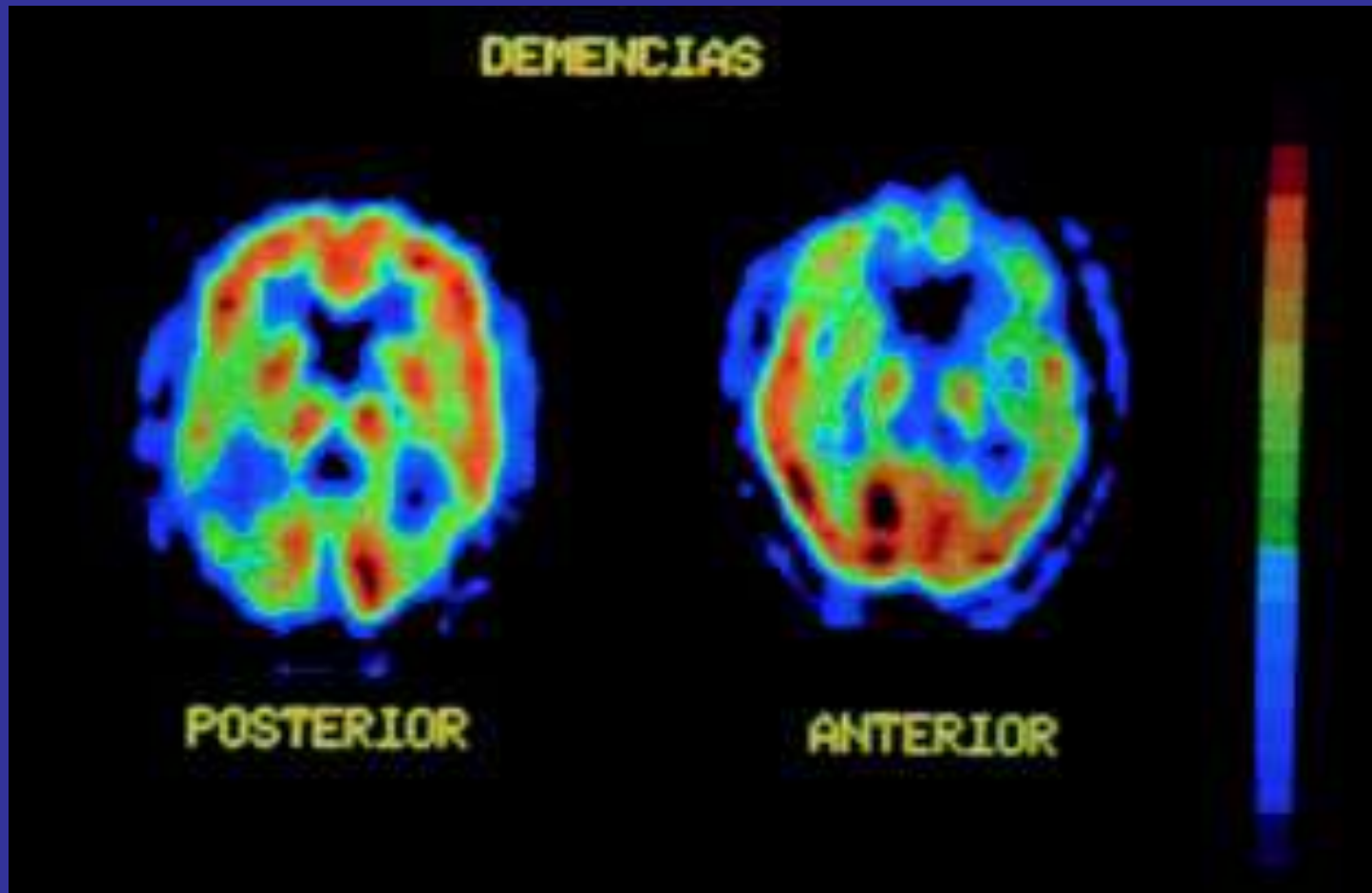
Substància
grisa
Subcortical

NEUROIMATGE FUNCIONAL

Diagnòstic diferencial de malalties neurodegeneratives com utilitat clínica principal actual

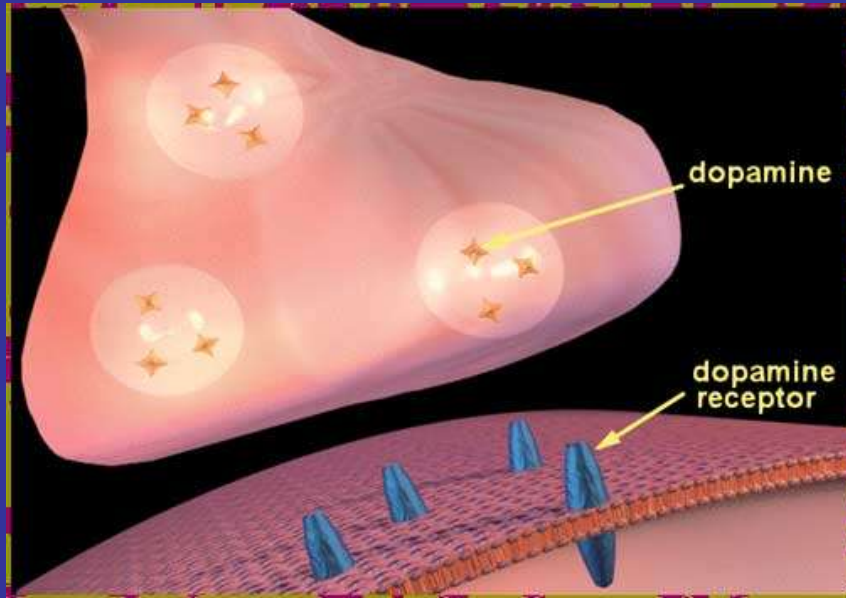
- **SPECT perfusió (HMPAO)**
 - Diagnòstic diferencial de demències
- **DatSCAN - SPECT (Transportador de dopamina)**
 - Diagnòstic diferencial Malaltia de Parkinson Vs Parkinsonisme 2^a fàrmacs o vascular
 - Diagnòstic diferencial Malaltia de Parkinson Vs tremolor essencial
 - Malaltia d'Alzheimer Vs Malaltia cosos de Lewy

SPECT - MHPAO

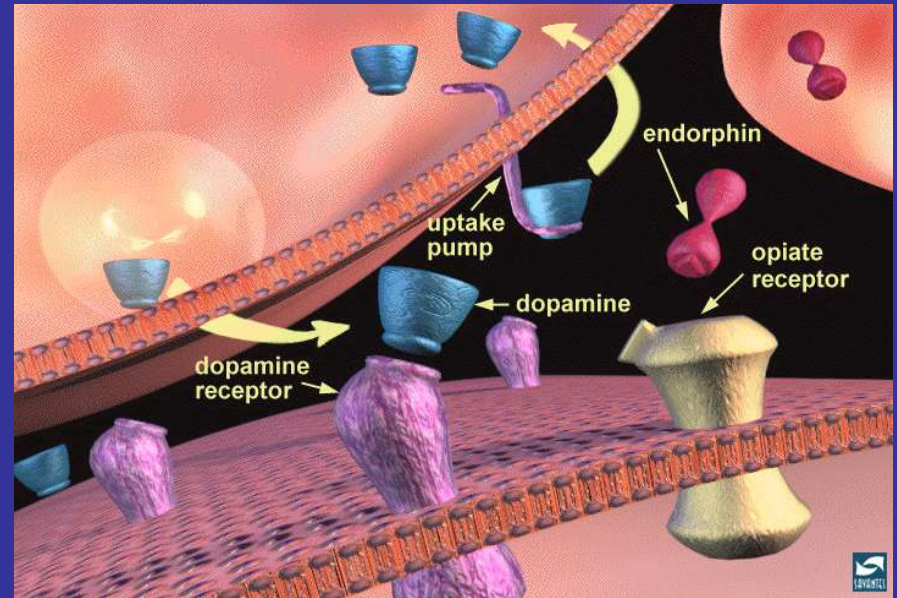


DatSCAN

Sinapsi dopaminèrgica



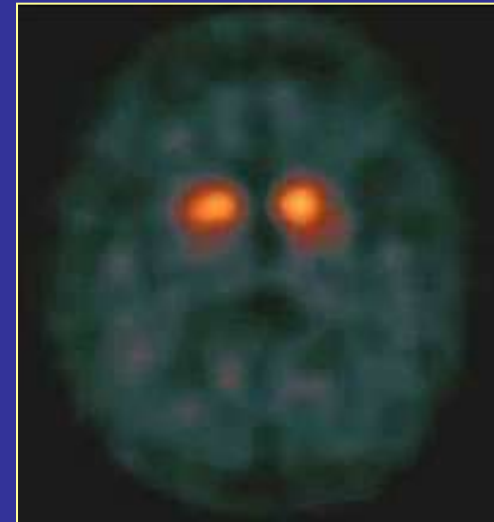
Transportadors dopamina presinàptics



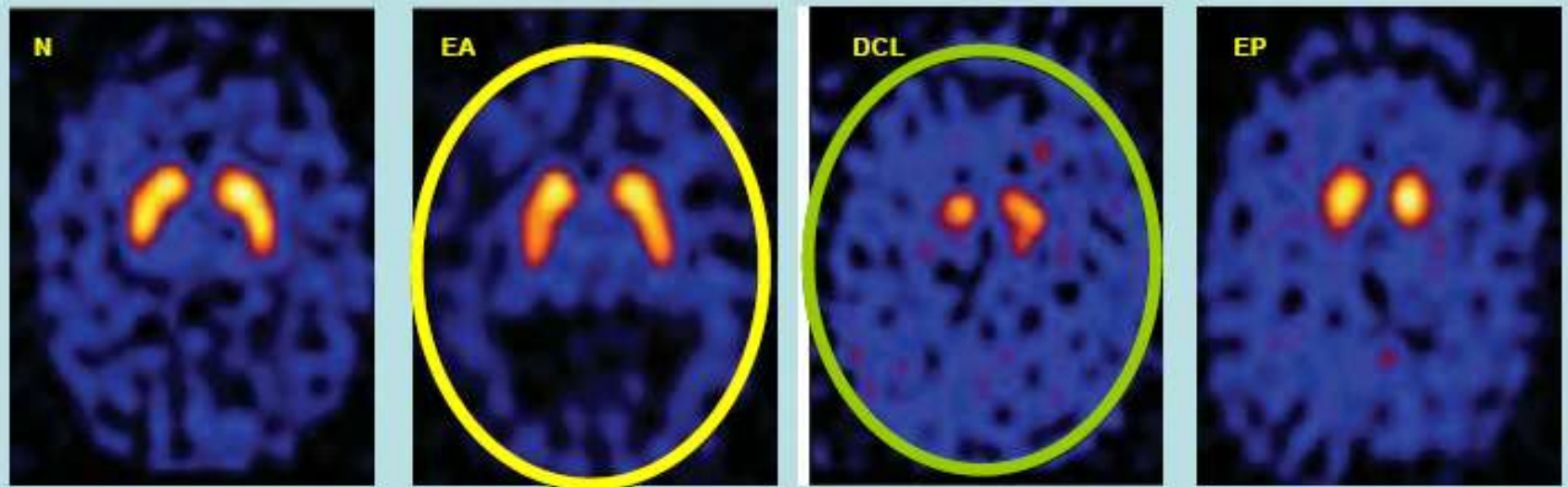
DatSCAN

DatSCAN normal

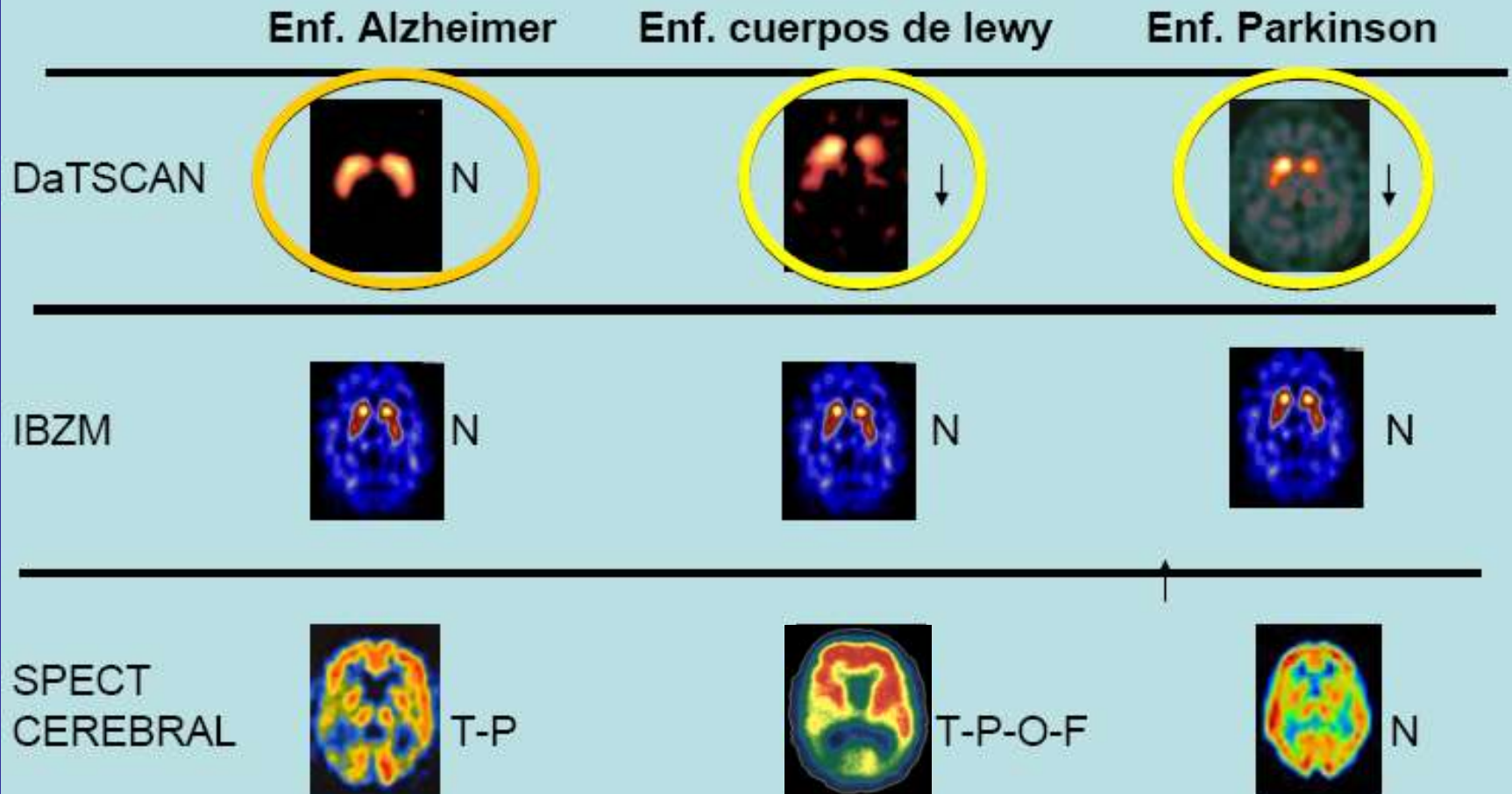
- Imagen en forma de "coma" bilateral que corresponde al putamen
- Imagen forma circular de "punto final" caudado (habitualmente conservado)



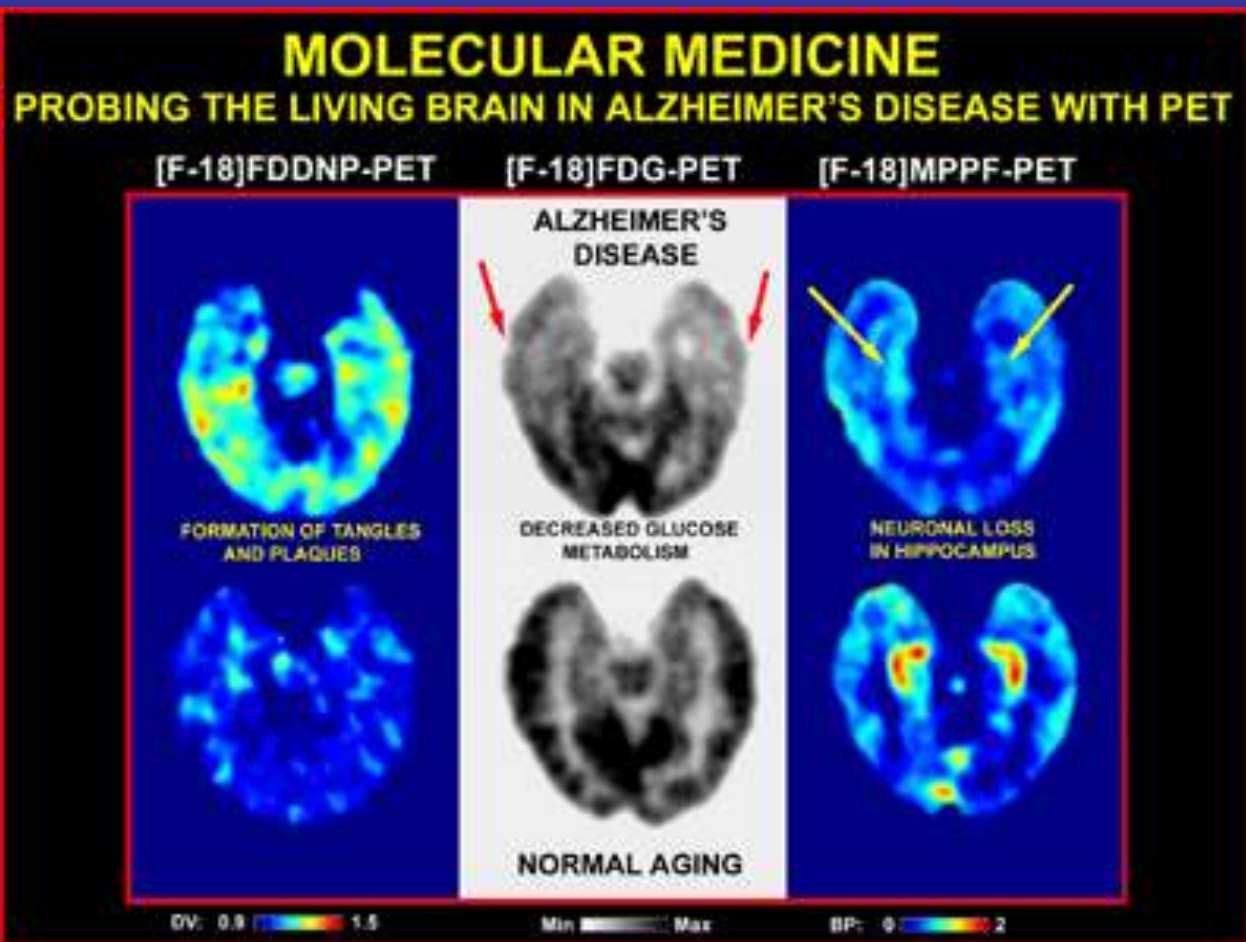
DatSCAN



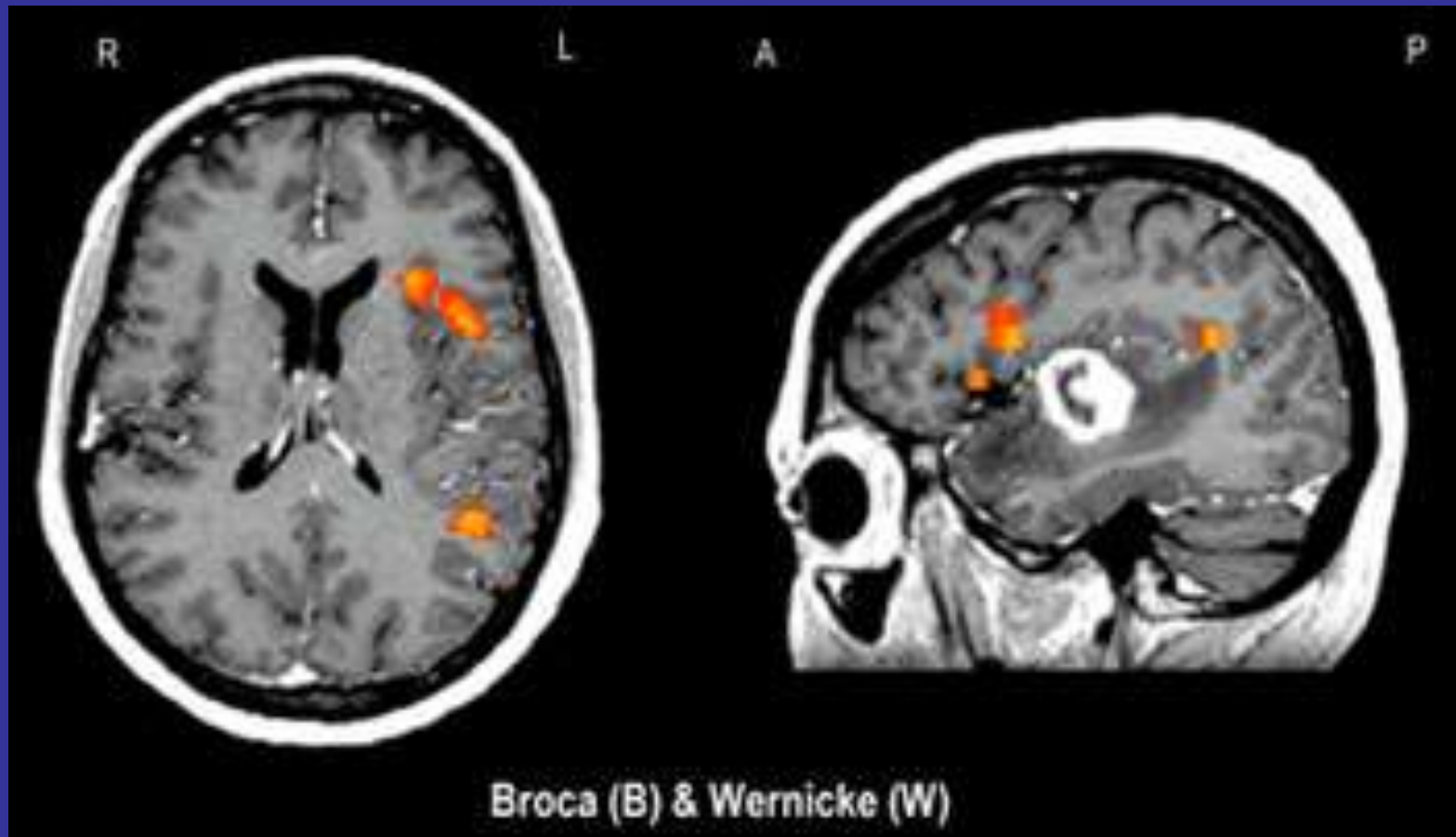
SPECT



PET



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL



CAS N°1

Pacient de 54 anys amb antecedents de consum habitual d'enol (40 gr/dia) que es portat a urgències per síndrome tòxica, algú vòmit i clínica confusional de 2 mesos d'evolució. La família explica que el pacient menja menys en els darrers mesos perquè havia referit molèsties abdominals de tant en tant.

A urgències presenta febreta (37.3°C). L'exploració física és normal exceptuant l'estat confusional.

A l'analítica d'urgències només destaca anèmia normocítica i hiponatrèmia lleu (130 mmol/L). Ingressa a Medicina Interna amb sueroteràpia.

Quines proves es demanarien inicialment?

CAS N°1

Es demanen les següents proves:

Bioquímica. Na⁺ 132 mmol/L K⁺ 4 mmol/L Glucosa 78 mg/dL, Calci 9.6 mmol/L, Creatinina 80 nmol/L. Perfil lipídic i funció hepàtica normals.

Funció tiroïdal normal.

Folats i cobalamines normals.

Hemograma: Hb 12.1 g/L; VCM 90; Leucocits: 12.500 amb fórmula normal.

Serologies lues, VIH, VHC, VHB negatives.

ECG, Rx tòrax i Rx abdominal: sense alteracions significatives.

Fibrogastroscoopia: Gastritis lleu.

Sediment urinari i urocultiu: negatiu

TAC cranial: Atrofia cerebral lleugera.

CAS N°1

Durant l'ingrés el pacient presenta progressiu empitjorament en la clínica cognitiva i conducta amb desorientació T-E, confabulació, llenguatge disgregat, verbalització de idees de perjudici poc estructurades i agitació psicomotriu. S'orienta el cas com a demència alcohòlica i es sol·licita derivació a centre sociosanitari.

Al mes de l'ingrés, mentre el pacient està en espera de derivació al centre, presenta crisi comicial tònico-clònica generalitzada. Es realitza una analítica d'urgències que mostra hiponatrèmia greu (118 mmol/L) i leucocitosi (16.000 leucos) amb neutrofilia i eosinofilia. El pacient mostra malestat general i es troba hipotens.

Quina és la sospita diagnòstica?

CAS N°2

Pacient de 70 anys d'edat amb antecedents de trastorn depressiu major recurrent des de fa 20 anys. A nivell mèdic destaca història de càncer de mama que la pacient refereix que va requerir IQ i tractament amb QT posterior, amb bona resposta.

La porta el fill perquè porta dues setmanes amb ànim trist, anhedònia, apatia, enllitament progressiu, disminució de la gana i ideació de mort. També està inestable a la marxa, havent-se caigut en dues ocasions en la darrera setmana.

Quina seria la conducta inicial a urgències?

CAS N°2

Es decideix realitzar analítica, que no mostra alteracions destacables, radiografia de tòrax (normal) i ECG (normal).

Es sol·licita valoració per Neurologia donat que la pacient presenta alteració a la marxa, per la possibilitat de realitzar TAC cranial.

El neuròleg orienta l'alteració de la marxa com de causa conversiva i no creu justificat realitzar un TAC cranial d'urgències. Es decideix ingrés a Psiquiatria?

Quines proves complementàries sol·licitaria a PSQ?

CAS N°2

A l'ingrés de Psiquiatria es realitza analítica complerta, incloent funció tiroïdal, vit B12 i folats, que resulta normal.

Es demana un TAC cranial, que mostra lesió ocupant d'espai a nivell frontal suggestiva de lesió metastàsica. Es revisa la història oncològica i tot i que no existia constància de recidiva, s'objectiva la presència d'un gangli centinela + en el darrer estudi de fa 1 any.

CAS N°3

Dóna de 34 anys, sense antecedents d'interès, que acut a urgències per presentar episodi d'ansietat amb palpitations, suoració, cefalea, dolor toràcic i sensació de mort imminent.

No refereix desencadenant de l'episodi. De fet, estava dormint quan s'ha despertat amb la clínica anterior.

Quines proves demanaria a urgències?

CAS N°3

Es demana una analítica, que mostra glicèmia de 110 mg/dL, sense altres alteracions destacables.

L'ECG mostra signes d'isquèmia miocàrdica. Es demana un anàlisi de troponines que mostra xifres elevades. S'orienta com a infart de miocardi i es decideix ingressar a Cardiologia.

Realitzen interconsulta a Psiquiatria.

Quines proves recomanaria demanar a Cardiologia?

CAS N°3

El psiquiatra recomana descartar causa somàtica que pugui justificar la clínica. Recomana en un primer estudi demanar TSH (que resulta normal) i posteriorment demanar catecolamines en orina.

Després de realitzar dieta de preparació per a catecolamines es sol·liciten catecolamines i metanefrines en orina de 24h, que resulten elevades.

Es completa l'estudi amb un TAC abdominal (lesió suprarrenal esquerra de 4 cm de diàmetre) i es realitza interconsulta a Endocrinologia.

CAS N°4

Pacient dona de 74 anys amb TDMr de 6 anys d'evol (2 episodis previs, 1er resolt amb TEC) que ingressa per a tractament de recurrència depressiva amb símptomes malencònics sense símptomes psicòtics de uns mesos d'evolució amb important repercussió funcional i diversos reajustaments terapèutics inefectius o mal tolerats.

Com a AP destaquen clínica vertiginosa de llarga evolució, hiponatremia secundària a venlafaxina que va requerir ingres a MIR, FRV i ictus minor al 2005 que va cursar amb disartria amb TAC normal i sense seqüeles funcionals. Mala tolerància a varis AD als darrers anys.

Quines proves recomanaria demanar a l'ingres?

CAS N°4

- **Analítica a l'ingrés:** sense alteracions significatives
- **Hormones tiroidees:** normals.
- **ECG:** RS a 80x', PR 0.16, QRS estret, sense alteracions de la repolarització.
- **Rx de tòrax:** sense alteracions destacables

Durant l'ingrés presenta diversos episodis de desorientació pel que es retira amitriptilina, benzodiacepines, es retira aripiprazol per mala tolerància i es disminueix la dosi de duloxetina de 120mg/dia a 60mg/dia. Es programa TEC

Evolució tòrpida a nivell psicopatològic, amb abundants queixes somàtiques, entre elles cefalea gairebé diària, sensació de debilitat generalitzada, alteració de la marxa fluctuant, inestabilitat cefàlica, desvaiments, etc

Demanaria proves addicionals?

CAS N°4

RMN: Ocupació selar i supraselar per lesió expansiva, d'uns 2cm de diàmetre màxim de senyal homogènia intermèdia en totes les seqüències. Lateralment presenta relació amb els sifons carotidis amb invasió de si cavernós esquerre i superior-lateral amb trajectes prequiasmàtics dels nervis òptics estenent-se anteriorment per regió subfrontal mitja.

Tija hipofisaria discretament desplaçada a l'esquerra, no es pot identificar parènquima d'adenohipofisis en el estudi no contrastat. Neurohipofisis d'aspecte i senyal de resonància normal.

Àrees hiperintenses juxtaventriculars, confluents en seqüències DP, T2 i FLAIR de disposició bilateral i simètrica junt a alguna imatge aïllada a substància blanca de corona radiata, centres semiovals i subcorticals bilaterals.

Lesió isquèmica necròtica lacunar a genoll de càpsula interna esquerra.

CAS N°4

Conclusió IRM: Lesió expansiva selar i supraselar amb invasió de si cavernós esquerre i íntima relació amb nervis òptics, compatible amb macroadenoma hipofisari. Canvis involutius a parènquima encefàlic amb afectació de substància blanca.

Dx: Meningioma del planum esfenoïdal con extensi3n selar
IQ octubre 2010; (Dx AP meningioma meningotelial grado I
de la OMS del planum esfenoïdal)

CAS N°5

Mujer de 32 años en observación en NII Urgencias desde hace 32 hs por cuadro de alteración de conducta de 5 días de evolución con mutismo y negativismo.

Antecedentes somáticos destacables: Disminución de la AV bilateral a los 8 años orientada como neuritis óptica bilateral y tratada con corticoides con recuperación ad integrum: Familiares refieren que presentó un episodio de amaurosis bilateral breve autolimitado hace unos 2 meses.

Sin antecedentes PSQ de interés. Familiares refieren ansiedad y preocupaciones no sobrevaloradas congruentes con situación de salud de los padres en los últimos meses sin repercusión funcional ni necesidad de tratamiento especializado. Padre requirió ingreso durante 3 meses en HUB, dado de alta hace un mes; madre en HD pendiente de Tx renal.

CAS N°5

Verbalización de sensación de malestar y episodio brusco de caída al suelo con probable disminución del nivel de conciencia y mordedura lingual con recuperación completa excepto amnesia de algunas situaciones previas.

Valorada en hospital comarcal con TAC Cr y analítica dentro de la normalidad.

En domicilio presenta empeoramiento con mareos, vómitos y alteración de conducta con nerviosismo, movimientos de EE anormales sin pérdida de conciencia, suspicacia y verbalización de ideación e interpretaciones autorreferenciales del entorno. Empeoramiento con conductas negativistas y mutismo, así como fluctuación del nivel de conciencia.

CAS N°5

Valorada nuevamente en MIR/NRL Htal comarcal se realizan EECC que resultan dentro de la normalidad (se repite TAC Cr con dudosa imagen isquémica no confirmada en RMN ni TAC posteriores y PL)

Valorado por PSQ en hospital comarcal se orienta como cuadro psicótico y se deriva a Htal PSQ de area para ingreso, desde donde la derivan a Hospital terciario de referencia para revaloración NRL.

En observación en Urg ha presentado fluctuaciones en el estado clínico, no ha vuelto a mostrarse paranoide con familiares como en domicilio, ha emitido lenguaje en contadas ocasiones articulando con dificultad y ha colaborado en algunas ingestas.

CAS N°5

EPP: Paciente vigil. Mutista.

Orientación no valorable. Negativista.

Reactiva a estímulos del entorno de forma errática, responde a algunas órdenes verbales.

No desconexión del medio durante la entrevista.

No incremento del tono muscular ni diaforesis.

No suspicacia ni actitud atemorizada.

No actitudes de escucha que sugieran actividad alucinatoria. No agitación psicomotora, no auto ni heteroagresividad.

Resto de exploración reglada no valorable.

Recomanaria demanar alguna prova complementaria?

CAS N°5

Comentario valoración PSQ:

Historia previa, clínica y exploración actual no compatible con trastorno conversivo.

En cuanto a la clínica psicótica si bien la paciente ha verbalizado preocupaciones hipocondríformes e ideación autorreferencial de consistencia delirante previa al inicio del cuadro de mutismo y negativismo, la fluctuación de los síntomas con fluctuaciones en el nivel de conciencia y el inicio brusco de todo el cuadro de alteración conductual con episodio con clínica de semiología comicial en paciente sin antecedentes PSQ no apoyan una etiología PSQ primaria inequívoca del cuadro y no permite descartar un origen comicial, inmunológico o metabólico.

En este momento no consideramos indicado ingreso en PSQ ni iniciar tratamiento psicofarmacológico antipsicótico.

Recomendamos realización de **EEG** y observación.

CAS N°5

EEG ANORMAL, por presencia de actividad epileptiforme continua que ha respondido eléctrica y clínicamente a la administración de 1mg de clonazepam

Sugestivo de status que ha respondido a la administración de clonazepam, persistiendo una posible focalidad irritativa temporal derecha.



Qüestions d'avaluació

1. Quina prova complementaria serà més informativa pel diagnòstic diferencial d'un home jove sense antecedents psicopatològics ni tractaments previs amb símptomes psicòtics, elevació dels enzims hepàtics i moviments distònics, sense cap altra focalitat neurològica?
 - 1) Dopamina plasmàtica.
 - 2) Ceruloplasmina plasmàtica.
 - 3) Serologia luètica.
 - 4) Calci plasmàtic.
 - 5) Resonància magnètica.



Qüestions d'avaluació

2. Quina prova de neuroimatge demanaríeu per fer el diagnòstic diferencial de parkinsonisme secundari a antipsicòtics envers Malaltia de Parkinson?
 1. Imatge per Ressonància Magnètica.
 2. SPECT-HMPAO.
 3. DatSCAN.
 4. TAC amb contrast.
 5. PET.



Qüestions d'avaluació

3. El quadre clínic produït amb més freqüència per malalties metabòliques, tòxiques o infeccioses i que requerirà l'ús de proves complementaries pel seu diagnòstic etiològic és?
 - 1) La demència.
 - 2) L' estat confusional agut.
 - 3) El trastorn esquizofreniforme.
 - 4) La reacció paranoide aguda.
 - 5) Els estats d'ansietat.



Qüestions d'avaluació

4. Davant un cas d'un home de 50 anys amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i símptomes maniformes amb important repercussió conductual sense cap antecedent previ de episodis semblants ni d'altres depressius...
 1. Demanaríem serologies de lues i VIH.
 2. Faríem una ressonància magnètica funcional.
 3. Interrogaríem sobre tractaments recents amb corticoides.
 4. Demanaríem una determinació ràpida d'antígen de Legionella en orina.
 5. Les opcions 1 i 3 són correctes.



Qüestions d'avaluació

5. Davant un cas d'una dona que ha presentat de forma sobtada un episodi de sensació d'ofec i mort imminent, palpitations, opressió precordial i tremolors sense cap desencadenant aparent...
 1. Faríem un diagnòstic de crisi d'angoixa - trastorn de pànic.
 2. Demanaríem una analítica amb funció tiroïdal i anticossos anti-tiroïdals.
 3. Faríem un TAC cranial urgent.
 4. Demanaríem una Rx torax.
 5. Demanaríem un EKG i una analítica amb hemograma, bioquímica i TSH.



Qüestions d'avaluació

6. Porten al servei d'urgències un home de 60 anys amb disminució del nivell de consciència sense resposta a estímuls verbals ni al dolor, febrícula, lleu fetor enòlic i signes de traumatisme al cap i al tòrax, hemodinàmicament estable, quina actuació sembla més recomanable?
 1. Deixar-ho al passadís a un racó fosc perquè pugui dormir 'la mona' sense que el molestin.
 2. Posar-li una via perifèrica amb sèrum glucosali i una injecció de tiamina.
 3. Demanar una analítica urgent amb hemograma, bioquímica i un TAC amb contrast.
 4. Demanar una analítica urgent amb hemograma, bioquímica, determinació qualitativa de tòxics en orina, alcoholèmia, un TAC cranial i una Rx de tòrax.
 5. Les opcions 2 i 4 són correctes.



Qüestions d'avaluació

7. Què esperarem trobar al EEG d'una síndrome confusional de causa metabòlica?
 1. Morfologia amb complexos punta-ona.
 2. Ritmes ràpids de probable origen medicamentós.
 3. Alentiment del traçat.
 4. Focus irritatiu temporal esquerre.
 5. Cap de les anteriors.



Qüestions d'avaluació

8. Quina prova de neuroimatge sol·licitarem per descartar una malaltia desmielinitzant en una dona jove amb ansietat, episodis pèrdua de visió monocular i parestèsies a un braç?
 1. PET.
 2. SPECT-MHPAO.
 3. TAC cranial amb contrast.
 4. DatSCAN.
 5. Ressonància magnètica estructural.



Qüestions d'avaluació

9. Quines exploracions complementàries demanaríem amb caràcter d'urgència a un pacient de 55 anys amb els diagnòstics d' HTA, DM tipus I i trastorn bipolar en tractament amb liti des de fa vint anys, antihipertensius, insulina i antiinflamatoris des de fa una setmana arran d'una caiguda, amb símptomes de desorientació, debilitat, ansietat i tremolors?
1. Demanaríem un TAC cranial d'entrada per filiar la síndrome confusional.
 2. Una analítica general amb ions, funció renal i litèmia.
 3. Una determinació ràpida de glucosa capil·lar.
 4. Cap de les anteriors.
 5. La 2 i la 3 són correctes.



Qüestions d'avaluació

10. Quina exploració serà específica pel diagnòstic etiològic d'un home jove amb trastorn de conducta amb símptomes depressius, i un trastorn del moviment amb rigidesa, hipocinèsia i moviments ràpids i involuntaris d'extremitats? El pare va morir fa 30 anys institucionalitzat per demència amb trastorns de conducta i moviments involuntaris.
 1. Un PET per veure atrofia als nuclis caudats.
 2. Una prova de neuroimatge estructural per descartar un tumor cerebral.
 3. Un estudi genètic que determinarà l'expansió de triplets CAG al braç crut del cromosoma 4.
 4. Una analítica amb nivells de coure i ceruloplasmina plasmàtica.
 5. Una ressonància magnètica funcional.