



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/600 - Ingesta medicamentosa autolítica y calcio ¿tienen algo que ver?

P. Benito Ysamat<sup>a</sup>, Á. Abril Fernández-Palacios<sup>b</sup>, R.E. Gómez de la Mata Galiana<sup>c</sup>, J. Ortiz Romero<sup>d</sup> y C. González Becerra<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla. <sup>c</sup>Médico del UCCU. Centro de Salud de Sanlúcar la Mayor. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. <sup>e</sup>Médico especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 65 años con AP de hipotiroidismo e hipoparatiroidismo posquirúrgicos a los 9 años por bocio disenzimático familiar tipo II en tratamiento, convulsiones en la infancia y síndrome ansioso-depresivo con varios intentos de autolisis en seguimiento por Salud Mental de zona, que es encontrada inconsciente tras 3 días incomunicada en su domicilio. Se desconoce si ha realizado ingesta medicamentosa. La familia refería que últimamente estaba más huraña que de costumbre y con síntomas psicóticos, no permitiendo el paso a su casa. Las emergencias la encuentran febril (38,5°), con SatO<sub>2</sub>: 67% y sin respuesta a flumazenilo con Glasgow de 3/15 por lo que proceden a IOT y trasladan al hospital de referencia donde fallece 17 días después.

**Exploración y pruebas complementarias:** GCS: 3/15. Arreactiva. normoglucemia y TA normales. Pupilas mióticas simétricas arreactivas. ACR: MVC sin ruidos. tonos cardiacos rítmicos a buena frecuencia. Analítica: leucocitosis de 12.400 cel/mm<sup>3</sup> (87% de PMN), creatinina 1,73 mg/dl, urea 113 mg/dl, LDH 406 U/L, CPK 2.803 U/L, ácido láctico 2,6 mmol/l, ionograma normal, T4LL y TSH normales. ECG: RS a 91 spm, sin hallazgos. Rx de tórax: infiltrado perihiliar derecho sugestivo de broncoaspirado. TAC cráneo: marcada calcificación de ganglios basales, así como en sustancia blanca periventricular y subcortical y ambos hemisferios cerebelosos y núcleos dentados. PL: presión normal, líquido claro, glucosa 73 mg/dl (normal), proteínas 119, ausencia de celularidad, cultivo negativo.

**Juicio clínico:** Exitus por posible ingesta medicamentosa. Enfermedad de Fahr.

**Diagnóstico diferencial:** Del proceso agudo: meningitis o encefalitis infecciosas, coma metabólico del proceso crónico: hipoparatiroidismo, pseudohipoparatiroidismo, síndrome de Kenny-Caffey tipo 1, síndrome de Kearns-Sagre, brucelosis, toxoplasmosis, neurocisticercosis.

**Comentario final:** La enfermedad de Fahr es un desorden neurodegenerativo, habitualmente con asociación familiar (aunque también existen casos esporádicos) con depósito de calcio en los ganglios basales y otras zonas del SNC. Generalmente comienza clínicamente en la 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> década de

la vida con síntomas psiquiátrico (dificultad para la concentración, cambios de personalidad y comportamiento, psicosis y demencias) desordenes del movimiento (parkinsonismos, etc.). Nuestra paciente tenía AP de síndrome ansioso-depresivo con rasgos paranoides y cambios de comportamiento en los últimos meses, y varios intentos de autolisis, estando en seguimiento tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos por Salud Mental de zona. Es encontrada inconsciente en domicilio presumiéndose un posible nueva ingesta medicamentosa. La importancia y peculiaridad de este caso reside en que creemos que la enfermedad de Fahr no diagnosticada previamente a la paciente posiblemente haya influido en la evolución de su trastorno psiquiátrico. Quizás el diagnóstico más temprano pudiera haber cambiado la evolución del cuadro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lemos RR, Ferreira JB, Keasey MP, Oliveira JR. An update on primary familial brain calcification. *Int Rev Neurobiol.* 2013;110:349-71.
2. Mufaddel AA, Al-Hassani GA. Familiar idiopathic basal ganglia calcification (Fahr's disease). *Neurosciences (Riyadh).* 2014;19(3):171-7.