



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1773 - ALTERACIÓN CONDUCTUAL EN SÍNDROME KLINEFELTER

L. Patiño Jiménez¹, J. Campos Moreno², V. Muñoz Martínez³ y R. García Tejada⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daimiel 2 CEDT. Daimiel. Ciudad Real. ²Residente de 4^o año de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete. ³Especialista en Psiquiatría. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daimiel 2 CEDT. Daimiel. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años diagnosticado de síndrome de Klinefelter cariotipo XYY, en seguimiento por Unidad de Salud Mental por trastorno del desarrollo del lenguaje, dificultades sociales y ansiedad. Sin tratamiento actualmente. Acudió a consultas externas de atención primaria por episodios de agresividad coincidentes con el inicio del curso académico. Referían los padres que creían que sufría rechazo por parte de sus nuevos compañeros y que en consecuencia lo veían irritable, alterado y verbalizaba ideas de autolesiones. Iniciamos tratamiento con clonazepam y se citó revisión a la espera de cita de psiquiatría infantojuvenil. En revisión, mostraba disconformidad con su nueva clase. En ocasiones, refería encontrarse solo, ver a una amiga con él y temía que le hiciesen daño. Además, recurrentemente, soñaba con ataques de espíritus. Esto le ocurría cuando se encontraba más nervioso y mejoraba si estaba tranquilo. Se remitió a Urgencias Hospitalarias para valoración por Psiquiatría, que decidieron ingreso hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración psicopatológica: consciente y orientado, aspecto cuidado, colaborador. Contacto ocular adecuado. Atento, buena expresividad facial. Discurso parco. Ansiedad recurrente. Hipotimia. Ideas deliriosas de perjuicio centradas en un único personaje. Pensamientos puntuales de muerte en momentos de tensión. No ideación autolítica estructurada. Biorritmos conservados. Verbalizaba planes de futuro. Analítica sanguínea y tóxicos: no alteraciones significativas. Positivo para benzodiazepinas.

Orientación diagnóstica: Síndrome Klinefelter. Retraso mental.

Diagnóstico diferencial: Trastorno psicótico. Trastorno del espectro autista (TEA).

Comentario final: Durante su hospitalización, realizaron TAC craneal y electroencefalograma, con hallazgos de focos epilépticos en este último, y se interconsultó a Neurología. En la evaluación, se detectó límite y se descartó autismo. Se observaba que la clínica no correspondía a psicosis, sino que era una respuesta ante su angustia y situación personal. Al alta, tratamiento con ácido valproico 1.000 mg y asenapina 5 mg. Destacar la importancia de la correlación entre patología mental y el síndrome de Klinefelter, así como valorar una coordinación adecuada entre el servicio de psiquiatría y atención primaria, para un seguimiento y tratamiento temprano.

Bibliografía

1. López-Siguero JP. Manejo del paciente con síndrome de Klinefelter. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2014;5:85-90.

Palabras clave: Síndrome de Klinefelter. Trastorno psicótico.