



## Reporte de caso

# La importancia del cribado orgánico. A propósito de un caso clínico



Guillermo Velarde-Pedraza\*, Agustín Sánchez-Gayango y Marta Núñez-Garces

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 17 de diciembre de 2020

Aceptado el 19 de mayo de 2021

On-line el 6 de julio de 2021

#### Palabras clave:

Diagnóstico diferencial  
Trastornos disociativos  
Trastornos neurocognitivos  
Trastornos de conducta  
Vasculitis

### RESUMEN

**Introducción:** Antes de catalogar un proceso morboso como trastorno mental, es imprescindible tener presente la importancia del diagnóstico precoz de causas de origen no psiquiátrico para una posible presentación clínica. Por ello, trataremos de reflejar este hecho, que se antoja necesario recordar aunque sea bien sabido, ya que puede pasarse por alto en situaciones de urgencia en el ámbito hospitalario, con las consecuencias derivadas de un cribado incompleto y con el potencial riesgo vital para el paciente.

**Presentación del caso:** Adolescente mujer, de 13 años, que presentó un cuadro clínico agudo sugestivo de carácter disociativo. Se precisó su ingreso hospitalario para la aclaración diagnóstico-terapéutica, y mediante neuroimagen se diagnosticó inicialmente como lesión neoplásica en el tronco del encéfalo y, finalmente, como lesión isquémica de origen vasculítico en dicha localización.

**Discusión:** Se planteó un diagnóstico diferencial a través de las diferentes etiologías tanto psíquicas como no psíquicas del cuadro clínico, pero fue necesaria la intervención del servicio de pediatría hospitalario para la orientación y filiación definitiva, ante la sospecha de enfermedad no psiquiátrica tras una evolución tórpida a pesar de intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.

**Conclusiones:** A través de la presentación y revisión de un caso clínico que sucedió en nuestro hospital de trabajo, se debe insistir en un adecuado abordaje integral del paciente, especialmente con población infanto-juvenil, ante una presentación clínica aguda y sin previas evaluaciones físicas de relevancia.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [guillermo.velarde.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:guillermo.velarde.sspa@juntadeandalucia.es) (G. Velarde-Pedraza).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.002>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## The importance of organic screening, regarding a clinical case

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Differential diagnosis  
Dissociative disorders  
Neurocognitive disorders  
Conduct disorders  
Vasculitis

*Introduction:* Before cataloguing a morbid process as a “mental disorder”, it is essential to bear in mind the importance of early diagnosis of causes of non-psychiatric origin for a possible clinical presentation. For this reason, we will try to reflect this fact, which it seems necessary to remember even though it is well known, since it can be overlooked in emergency situations in the hospital setting, with the consequences derived from an incomplete diagnosis and with the potential life-threatening risk for the patient.

*Case presentation:* A 13-year-old female adolescent, who presented an acute clinical picture suggestive of dissociative disorder. She required hospital admission for diagnostic-therapeutic clarification, and neuroimaging findings led to an initial diagnosis of a neoplastic lesion in the brain stem and, finally, as ischaemic lesion of vasculitic origin in said location.

*Discussion:* A differential diagnosis was proposed through the different psychic and nonpsychic aetiologies of the clinical picture, being the intervention of the hospital’s paediatric service necessary for orientation and definitive affiliation, given the suspicion of non-psychiatric illness after a torpid evolution in spite of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions.

*Conclusions:* Through the presentation and review of a clinical case that happened in our hospital, we must insist on an adequate comprehensive approach to the patient, especially with the child-adolescent population, when faced with an acute clinical presentation and without previous studies at a relevant physical level.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La pertinencia de la redacción de este reporte de caso clínico se apoya en un hecho por todos bien sabido en nuestro campo, como puede ser el cribado de trastornos no psiquiátricos antes de diagnosticar un proceso como «trastorno mental». Sin embargo, en otras especialidades médicas o incluso a veces en nuestro propio terreno, podemos pecar de etiquetar precozmente eventos y procesos morbosos que pueden suponer un riesgo vital para la persona y, por ello, ha de tenerse en cuenta su origen somático en todo momento hasta haberlo descartado razonablemente.

Con este caso clínico y a través de una revisión del tema, se pretende recordar esta obviedad que puede ser olvidada en ciertas situaciones, especialmente cuando nos encontramos actuando en situaciones clínicas «de urgencia» o en fase aguda, y es apremiante la toma de una decisión diagnóstico-terapéutica, sea por causas asistenciales o por diferentes factores externos que pueden confluír.

## Presentación del caso

Adolescente mujer, de 13 años de edad, que acudió al servicio de urgencias hospitalario por una crisis de ansiedad incoercible en su domicilio, mientras se encontraba junto a la pareja de su madre.

Antes de este suceso, 5 años atrás, se registró en su historia clínica digital una atención previa en consulta de un

área sanitaria distinta de la nuestra, donde se orientó como «problema emocional en familia separada», codificado como Z63.8 según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>1</sup>. Además, se recomendaba derivación a una unidad especializada de Psiquiatría Infantil, para elaboración del proceso de separación de sus progenitores. No se continuó con dicho seguimiento hasta un nuevo contacto con psiquiatría a través de atención en urgencias de nuestro hospital.

Tras la valoración de la paciente en el circuito de urgencias pediátricas por el motivo clínico señalado, no era capaz de reconducirse y solo lograba verbalizar: «no recuerdo nada», entre crisis de llanto e inquietud psicomotriz manifiesta.

Tras intervención de esclarecimiento y contención con la paciente y su acompañante, y sin poder aclararse el desencadenante de la situación actual, hubo una respuesta parcial al tratamiento con benzodiazepinas (clorazepato dipotásico 5 mg vía oral) y la ausencia física de sus tutores legales; se acordó con pediatría el ingreso hospitalario para continuar el estudio de los síntomas que presentaba.

A la exploración psicopatológica, la paciente estaba consciente, orientada en las 3 esferas y parcialmente colaboradora en relación con los síntomas ansiosos y atenta. Mostraba clínica ansiosa importante en relación con el conflicto familiar, de larga evolución según la historia clínica digital, un estado de ánimo bajo, que en ocasiones había llegado a motivar conductas autolesivas (semanas antes), según refirió. No se evidenció apatía ni anhedonia. Había un pensamiento conservado en curso, contenido y propiedad. El lenguaje estaba entrecorrido por el llanto. No había alteración en la psicomotricidad

(permaneció en una camilla durante la entrevista) o en la sensoropercepción. No se objetivaron clínica de estirpe psicótica ni alteraciones groseras en las funciones vegetativas. Tenía dificultad en la relación con iguales y en el ámbito escolar, según nos comentó, así como dificultad en la relación familiar, de larga evolución.

Cuando su madre y acudió a la entrevista para esclarecer la historia clínica, solicitó si era posible ampliar el estudio de enfermedad no psiquiátrica, ya que la paciente no sufría asiduamente episodios de ansiedad similares al descrito. La paciente hizo alusión a nuevos síntomas de origen precoz, de carácter neurológico, con cefalea, hemiparesia izquierda, dificultad en la fluencia verbal y alteraciones del comportamiento (alternancia de episodios de risa inmotivada con crisis de llanto, junto con relajación de esfínteres). Tras exploración física y valoración por el equipo de pediatría de guardia, se orientó el cuadro como clínica neurológica incongruente, sin evidencia de focalidad neurológica que lo explicara, por lo que se amplió el estudio con tests de tóxicos en orina (únicamente positivo a benzodiazepinas, tras administración). Por lo tanto, se decidió una actitud expectante y tratamiento conservador del cuadro clínico de la paciente.

En los días siguientes, valorada por facultativos de psiquiatría infantil, se describió una actitud regresiva de la paciente en el domicilio, tras la marcha de su madre por motivos laborales 5 días antes. El día que acudió a urgencias, había vomitado en el domicilio, dejó de andar y mantenía un lenguaje balbuceante y rechazo a la ingesta. De los datos de la entrevista, destacan la llegada a consulta en silla de ruedas, la persistencia del contacto heboide con lenguaje expresivo regresivo, además de risas inmotivadas entrelazadas con crisis de llanto, al igual que la incapacidad para relatar lo sucedido. Por otro lado, su madre la describía como una niña sociable, inteligente y con buenos resultados académicos, con muy buena relación con una hermana 2 años mayor, sin alteración de biorritmos ni alteraciones de conducta.

Tras objetivarse la persistencia de la clínica de cefalea, hemiparesia y pérdida de control de esfínteres, se realizó interconsulta urgente con el servicio de pediatría para continuar el cribado de causas no psiquiátricas del cuadro. Volvió a reflejarse la incongruencia de los síntomas, aunque se decidió solicitar una prueba de neuroimagen (resonancia magnética craneal).

En ese momento, la exploración psicopatológica de la paciente tras 2 días de ingreso hospitalario mostraba en primer plano una marcada labilidad afectiva, risas inmotivadas y ambivalencia; fallos mnésicos, con fallos de evocación, que impresionaban de dismnesias; pensamiento inhibido, perseverante, con respuestas sobre desconocimiento e incertidumbre por el cuadro clínico y sus antecedentes. Se mostraba angustiada, refería como posibles factores desencadenantes de estrés, situación de aislamiento, con escasa integración y burlas reiteradas por compañeros de clase, y verbalizaba asimismo una posible situación estresante vivida con 6 años que ha puesto en conocimiento de su madre hace unos días. No se evidenciaron otras alteraciones en forma, propiedad ni contenido de pensamiento. No se objetivaron trastornos sensoroperceptivos ni trastornos del sueño.

Se orientó el cuadro clínico como posibles síntomas disociativos. En consonancia, se consensuó con ambos progenitores instaurar un tratamiento psicofarmacológico con risperidona (solución oral, 0,5 mg/8 h), dada la situación clínica descrita y la evolución tórpida del caso. Se registró respuesta al tratamiento en cuanto al comportamiento, a la espera de la prueba de neuroimagen solicitada.

Volvió a ser necesaria la intervención del equipo de psiquiatría de guardia por disminución de la ingesta alimentaria e hídrica de la paciente, de 24 h de evolución, junto con una tendencia a la sedación y la sialorrea que ya se registraban antes de iniciarse la risperidona. Además, persistían los déficits neurológicos de similares características a los días previos. Volvió a precisarse la valoración por el equipo de pediatría de guardia, que detectó nuevamente incongruencia de hallazgos en la exploración física, por lo que se mantuvo una actitud conservadora, a pesar de completarse la valoración con analítica urgente (sin hallazgos destacables), sueroterapia e indicaciones de registro de ingesta tanto hídrica como alimentaria y diuresis.

Se sustituyó la toma nocturna y diurna de risperidona por petición de los progenitores, y se introdujo clonazepam en solución hasta una nueva valoración por referentes de psiquiatría infantil.

Finalmente, al quinto día de ingreso en nuestro hospital, se le realizó una prueba de neuroimagen (resonancia magnética craneal sin contraste intravenoso), que informó una lesión en el tronco del encéfalo, de características neoplásicas, con etiología por filiar. Se la trasladó a la unidad específica de pediatría de un hospital especializado de referencia, donde se diagnosticó una lesión sugestiva de vasculitis, con signos de isquemia aguda/subaguda tras una resonancia magnética craneal con contraste y una angiorrsonancia craneal en menos de 1 mes.

---

### Breve revisión del tema

En primer lugar, podemos encontrar la asociación de síntomas ansiosos y disociativos en infantes/adolescentes como formas de expresión de un proceso traumático vivido, lo cual implicaría intervenir clínicamente para mitigar el riesgo de psicopatología en su desarrollo<sup>2</sup>. El maltrato y la exposición a traumas complejos, que incluyen el daño directo (abuso físico, sexual o emocional)<sup>3,4</sup>, pueden desencadenar estrategias disociativas en el sujeto<sup>5</sup>, con la repercusión negativa que supondría cuando interfiere en su funcionamiento habitual y se torna como mecanismo desadaptativo<sup>6,7</sup>. Por otro lado, el cuadro clínico que presentaba la paciente podía motivar la sospecha de síntomas psicósomáticos<sup>8</sup>, ya que los hallazgos físicos no eran congruentes con la exploración física o los resultados analíticos, al igual que la escasa respuesta a las medidas terapéuticas que se establecieron<sup>9</sup>.

No obstante, es preciso recordar que hablamos de un tipo de trastorno mental que se define por ser de exclusión<sup>10</sup>. Por lo tanto, hay que tener siempre presente la posibilidad de un proceso morboso de etiología no psiquiátrica ante un cuadro clínico de inicio tan precoz y, especialmente, en población infanto-juvenil<sup>11</sup>.

En segundo lugar, los tumores de tronco infantiles, en concreto los de tipo difuso, corresponden al subtipo de tumores más numerosos en esta localización, de especial predilección en edad infanto-juvenil<sup>12</sup>. Respecto a la presentación clínica habitual, encontraríamos rápida aparición de ataxia, afección de vías piramidales y de los pares craneales VI y VII<sup>13</sup>. Además habrá cefalea, en relación con la hipertensión intracraneal secundaria al proceso neoplásico, así como signos neurológicos focales como la referida ataxia, que sería de tronco y de la marcha, y riesgo de convulsiones y meningismo<sup>14</sup>. En cuanto al curso, suelen ser neoplasias malignas con un pronóstico infausto<sup>15</sup>.

Sin embargo, conviene detenerse en las posibles manifestaciones neuropsiquiátricas del proceso, como podrían ser llanto y risas inapropiadas y exageradas como alteraciones de la conducta producidas<sup>16</sup>. Además, estas manifestaciones también han podido evidenciarse en otros procesos como, por ejemplo, los de tipo isquémico en estas zonas del sistema nervioso central<sup>17</sup>.

## Discusión

Así pues, se puede encontrar similitudes entre la presentación clínica de nuestra paciente y los diferentes procesos revisados en la bibliografía.

Por un lado, puede haber síntomas compatibles con un posible origen disociativo, ya que la paciente se presentó en urgencias con una crisis de ansiedad incontrolable a pesar de la contención verbal y farmacológica realizada, y se podía sospechar un posible evento traumático en relación con una disfunción familiar de base<sup>2,5</sup>. Del mismo modo, según transcurrió su ingreso hospitalario para filiación del cuadro clínico, presentó conductas regresivas, contacto pueril/heboide a la entrevista, al igual que episodios de risas y llanto inadecuados al contexto<sup>3,7</sup>.

En contra, la nula respuesta a nuestras intervenciones tanto psicoterapéuticas como psicofarmacológicas hacía sospechar un proceso concomitante, más allá de la necesidad de la asistencia de salud mental, dada la presentación del caso clínico.

Por otro lado, la aparición progresiva y en poco tiempo de síntomas de carácter neurológico, como fueron la ataxia, la paresia de extremidades, la cefalea<sup>13,14</sup> y la incontinencia del esfínter urinario, a pesar de que a la exploración se filiaron como hallazgos incongruentes con un cuadro neurológico, fue de evolución tórpida, por lo que se hizo necesario ampliar el estudio de la paciente con pruebas complementarias de neuroimagen. Una vez realizada la resonancia magnética craneal, pudo orientarse el cuadro inicialmente como de origen neoplásico en el tronco encefálico<sup>15</sup>, para después diagnosticarlo definitivamente como un proceso isquémico en el tronco encefálico dentro de un proceso vasculítico<sup>16</sup>.

## Conclusiones

El propósito de presentar este caso clínico es recordar nuevamente la importancia del diagnóstico precoz y preciso respecto a afecciones no psiquiátricas, más aún si cabe en

población infanto-juvenil, antes de diagnosticar un «trastorno mental» y derivarlo a nuestra especialidad. Sin embargo, no siempre es sencillo tenerlo presente, ya que en numerosas ocasiones otras especialidades médicas nos solicitan valoración en situaciones de urgencia, y es sencillo caer en la precipitación y derivar a nuestro servicio sin haber realizado un estudio exhaustivo y completo de las afecciones médicas que pueden ocasionar manifestaciones psiquiátricas.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Agradecimientos

Al Hospital Universitario Virgen de Valme, en concreto a los servicios de Psiquiatría y Pediatría.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación Internacional de Enfermedades-10.<sup>a</sup> Revisión Modificación Clínica. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018.
2. Choi K, Seng J, Briggs E, Munro-Kramer M, Graham-Bermann S, Lee R, et al. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder (PTSD) among adolescents: co-occurring PTSD, depersonalization/derealization, and other dissociation symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56:1062-72.
3. Briere J, Runtz M, Eadie E, Bigras N, Godbout N. Disengaged parenting: Structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. *Child Abuse Neglect*. 2017;67:260-70.
4. Dorahy M, Middleton W, Seager L, Williams M, Chambers R. Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *J Trauma Dissoc*. 2016;17:223-36.
5. Schimmenti A, Caretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanal Psychol*. 2016;33:106-28.
6. Ranjan R, Mehta M, Sagar R, Sarkar S. Relationship of cognitive function and adjustment difficulties among children and adolescents with dissociative disorder. *J Neurosci Rural Pract*. 2016;7:238-43.
7. Krüger C, Fletcher L. Predicting a dissociative disorder from type of childhood maltreatment and abuser-abused relational tie. *J Trauma Dissoc*. 2017;18:356-72.
8. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric somatic symptom disorders. *Curr Psychiatr Rep*. 2017;19(2).
9. Tamás R, Perczel-Forintos D, Máté O, Gyenge Z. Szomatizációs zavarok kezelése gyermekkorban: bizonyítottan hatékony pszichoterápiás módszerek [Treatment of somatic symptom disorder in childhood: evidence-based psychotherapy interventions]. *Orvosi Hetilap*. 2020;161:1050-8.
10. Spiegel D, Loewenstein R, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28:824-52.
11. Kozłowska K, Palmer D, Brown K, Scher S, Chudleigh C, Davies F, et al. Conversion disorder in children and adolescents: A disorder of cognitive control. *J Neuropsychol*. 2015;9:87-108.

- 
12. Epstein F, Constantini S. Practical decisions in the treatment of pediatric brain stem tumors. *Pediatr Neurosurg*. 1996;24:24-34.
  13. Guillamo J, Doz F, Delattre J. Brain stem gliomas. *Curr Opin Neurol*. 2001;14:711-5.
  14. Otayza F. Tumores de la fosa posterior en pediatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017;28:378-91.
  15. Sousa P, Hinojosa J, Muñoz M, Esparza J, Muñoz A. Gliomas del tronco encefálico. *Neurocirugía*. 2004;15:56-66.
  16. Aquino Gondim F, Thomas F. Pathological laughter and crying in patients with brainstem tumors. *World Neurosurg*. 2019;126:699.
  17. Gondim F, Thomas F, Oliveira G, Cruz-Flores S. Fou rire prodromique and history of pathological laughter in the XIXth and XXth centuries. *Revue Neurologique*. 2004;160:277-83.