

# CASO CLINICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 14 años, mayor de dos hermanos y que cursa 8º con adaptación y rendimientos escolares correctos y sin antecedentes personales somáticos o psiquiátricos de interés. Su familia es de un nivel sociocultural medio sin que existan antecedentes psiquiátricos relevantes en la misma. Seis meses antes de su ingreso, estuvo atemorizado y acosado durante varios días por muchacos vecinos de su barrio, teniendo que intervenir la policía para que cesaran dichos incidentes. Dos semanas antes de su ingreso, falló un penalty en un partido decisivo en un torneo local de fútbol lo que le afectó anímicamente según el relato de los padres. Una semana antes de su ingreso, se inició un cuadro febril con cefalea leve, vómitos y heces blandas. Tras estos acontecimientos, el paciente desarrolló un cambio marcado de conducta con decaimiento, somnolencia, lentitud de ideación, confusión e irritabilidad habiendo cesado la fiebre y el cuadro gastrointestinal. Por estos motivos es llevado al servicio de urgencias siendo ingresado en el servicio de Neurología donde permaneció 72 horas en observación. A su ingreso, la exploración psicopatológica muestra un sujeto desinteresado en la entrevista, evita el contacto, rechazando la posibilidad de levantarse de la cama para ser entrevistado, se muestra irritable y manifiesta un claro negativismo activo. Se halla vigil pero con tendencia al sueño, lo cual impide realizar una reexploración adecuada de su orientación temporospacial y funciones superiores.

Expresa quejas reiteradas y vagas de encontrarse mal distanciándose constantemente de la entrevista. Se aprecia una conducta psicomotriz desorganizada, y fluctuante. No se objetivan alteraciones sensorio-perceptivas ni alteraciones del juicio de realidad. Tampoco se aprecian, posibles beneficios secundarios de su cuadro clínico. La exploración neurológica resultó difícil por la escasa colaboración del paciente, que se hallaba alerta e irritable. Respondía órdenes correctamente. Fondo de ojo, normal. Pares craneales, función motora y sensibilidad, normales. Funciones cerebelosa y vestibular, normales. No presentaba rigidez de nuca. La exploración general era normal. La exploración complementaria presenta hemograma y bioquímica sanguínea habituales, analítica sistemática de orina, estudio de coagulación, amoníaco, función tiroidea, aglutinaciones, serología de hepatitis B y C, calcio, fósforo, prueba de Mantoux, sistema de complemento, plumbemia, serología viral, rickettsias, micoplasmas y legionella: normales o negativos, LCR normal. Citología normal. Porfirinas negativas. Mantuvo hipoosmolaridad durante una semana normalizándose en posteriores determinaciones. Radiografía de tórax y ECG, normales. EEG normal. TAC y RMN cerebrales normales. Pruebas endocrinológicas del eje hipotálamo-hipofisario, normales. En su evolución hospitalaria, durante los primeros días de hospitalización, presentó un comportamiento anómalo con frases incoherentes, oposicionismo, irritabilidad (especialmente al ser despertado), desinhibición y somnolencia llamativa. Hipersexualidad (incluidos episodios de masturbación) con exhibición no ocultada. Accesos compulsivos de hiperfagia. No hubo episodios de pérdida de conciencia evolucionando espontáneamente hasta la total normalidad.

En cuanto a la evolución extrahospitalaria, fue dado de alta a los 16 días de su ingreso, citándosele para revisiones posteriores sin tratamiento farmacológico alguno. Ingresó de nuevo a los 30 días de su alta por un cuadro clínico similar aunque de menor intensidad. Se inició entonces tratamiento con carbonato de litio a dosis de 400 mg/día con litemias en de control de 0,25-0,29 mEq/l, permaneciendo asintomático en la actualidad tras 18 meses de evolución.

### DISCUSION DEL CASO:

1.- HAGA SU IDX Y CITE LOS CRITERIOS PRESENTES QUE LO CONLLEVAN A REALIZARLO.

2.- ESTABLEZCA LOS DXS DIFERENCIALES A TENER EN CUENTA PARA LLEGAR A ESTE DIAGNOSTICO.