

## ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD DE CUSHING Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: EN RELACIÓN A UN CASO

### INTEGRANTES

Dra. Martina Elortegui, Residente 4to año;  
Dr. Luciano Acquafresca, Residente 3er año;  
Dr. Martin Ordenavia, Residente 2do año;  
Dra. Eugenia Basile Residente 1er año.  
Servicio de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

### OBJETIVOS

Analizar el curso y evolución de síntomas psiquiátricos presentes en una mujer de 39 años con diagnóstico de enfermedad de Cushing refractario a distintos tratamientos médicos.

### MÉTODOS

Exposición de caso clínico y revisión bibliográfica en plataforma PubMed e Intramed de los últimos diez años.

### BIBLIOGRAFIA

Sonino, N., Fava, G. A., Belluardo, P., Girelli, M. E., & Boscaro, M. (1993). Course of depression in Cushing's syndrome: response to treatment and comparison with Graves' disease. *Hormone Research in Paediatrics*, 39(5-6), 202-206.

Geffken, G. R., Ward, H. E., Staab, J. P., Carmichael, S. L., & Evans, D. L. (1998). Psychiatric morbidity in endocrine disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 473-489.

Starkman, M. N., & Scheingart, D. E. (1981). Neuropsychiatric manifestations of patients with Cushing's syndrome: relationship to cortisol and adrenocorticotropic hormone levels. *Archives of Internal Medicine*, 141(2), 215-219.

Joffe, R. T., Brasch, J. S., & MacQueen, G. M. (2003). Psychiatric aspects of endocrine disorders in women. *Psychiatric Clinics*, 26(3), 683-691.

Rey, P. C. (2019). Depresión enfermedad médica de manifestación sistémica. *Psiquiatria.com - VOL. 24*

### INTRODUCCION

La enfermedad de Cushing es una patología poco frecuente pero grave, que puede comprometer múltiples sistemas del organismo y, se asocia a alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, neurocognitivos y un deterioro significativo en la calidad de vida. Se ha descrito que las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes como ser depresión mayor, ansiedad, hipomanía, trastornos del sueño y psicosis pueden preceder, ocurrir durante o permanecer después de la remisión de la patología endocrina, por lo cual resulta importante conocer dichas formas de presentación para realizar un abordaje interdisciplinario durante el curso de la enfermedad y un adecuado seguimiento.

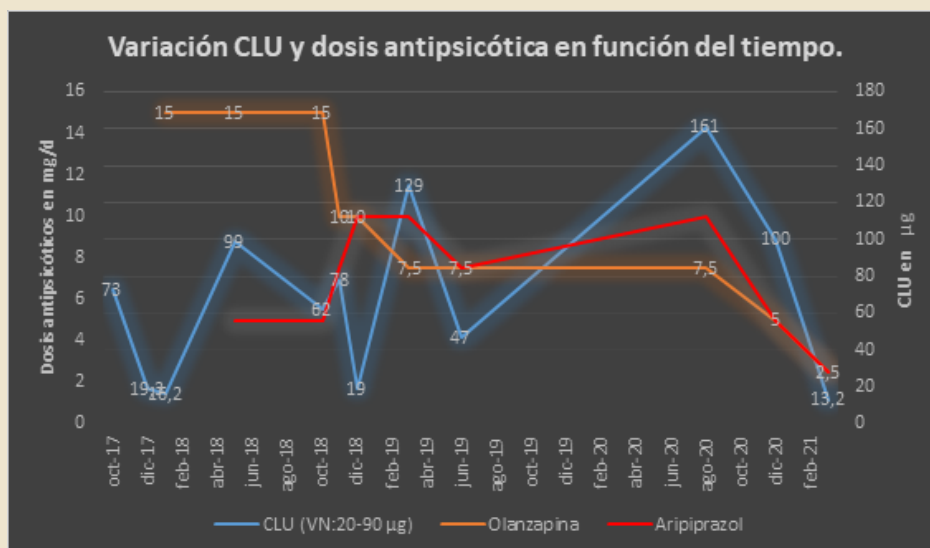
### CASO CLINICO

Paciente con antecedente de microadenoma hipofisario secretor de ACTH diagnosticado a sus 15 años que inicia con sintomatología ansiosa con aumento de peso de 10 kg y posteriormente con clínica específica: estrías violáceas en cara interna de muslos, oligomenorrea y hematomas espontáneos.

El tratamiento inicial consistió en la realización de cirugía transesfenoidal en dos oportunidades (año 2001 y 2004), con persistencia de manifestaciones clínicas como astenia, edema de miembros, aumento de peso de 5 kg e insomnio por la hipercortisolemia, con necesidad de realizar radioterapia estereotáctica en el año 2006 e inicio de ketoconazol, donde los niveles de cortisol se regularizaron de forma parcial, con persistencia de síntomas psiquiátricos principalmente ligados a la esfera afectiva. Sin afectación del eje gonadal y tiroideo.

En el año 2017 realiza su primera consulta por salud mental a través de dispositivo de urgencias con cuadro clínico caracterizado por timia displacentera a polo depresivo con ideas de muerte y marcada irritabilidad, insomnio e hipobulia, con escasa respuesta al uso de risperidona, se interpretó inicialmente como episodio depresivo y se indicó tratamiento con escitalopram 10 mg y, luego de 13 días al aumentar la dosis a 20 mg presentó episodio hipomaniaco con necesidad de suspensión del antidepresivo y la instauración de Olanzapina en altas dosis con mejoría clínica significativa a los 6 meses. Debido al aumento de peso por el uso de Olanzapina con impacto afectivo en la paciente se instauró aripiprazol con buena respuesta y tolerancia.

Por la inestabilidad emocional, vínculos disruptivos y baja tolerancia a la frustración comienza terapia cognitivo conductual DBT durante más de 1 año, lográndose estabilidad no solo en los niveles de cortisol sino también en su estado afectivo.



### CONCLUSIONES

Se propone a la intervención psicofarmacológica, en este caso uso de olanzapina y aripiprazol y, la terapia cognitivo conductual como evidencia clínica con injerencia en la estabilidad de los niveles plasmáticos de ACTH y cortisol, demostrando no solo mejorías sobre la esfera afectiva y cognitiva, sino también compensando la enfermedad de base y la respuesta al ketoconazol, siendo que durante el curso del tratamiento por salud mental la paciente logra normalizar los niveles de cortisol, con la consecuente disminución del esquema de ketoconazol.

Los psicofármacos influyen en la regulación del eje de estrés estabilizando así los niveles de cortisol plasmático y, en relación al uso de antipsicóticos los más efectivos resultaron ser quetiapina, Olanzapina y aripiprazol según los distintos estudios realizados.

El planteo de éste modelo puede aplicarse a otras patologías con compromiso sistémico como diabetes, artritis reumatoidea, enfermedad cardiovascular, donde el uso de psicofármacos mejora el curso y la evolución de la patología clínica y la efectividad de los tratamientos médicos con injerencia en la regulación de sistemas como el inmunológico y endócrino que incluye el eje gonadal, tiroideo y fundamentalmente el eje de estrés.