

Caso clínico

TEMA 16

Enfermedad crónica y transición del cuidado del pediatra al médico de adultos

A. Gago Ageitos, J.L. Iglesias Diz

Presentación del caso

Un adolescente de 17 años y 6 meses de edad acude a nuestra consulta, acompañado por sus padres, con un aspecto físico demacrado. No estudia ni trabaja desde hace 1 año y pasa las horas del día sometido a diferentes rutinas «absurdas» (opinan los padres) de abdominales, flexiones y levantamiento de pesas, en las que llega a hacerse daño o a romper muebles de la casa. La ingesta alimentaria es inapropiada, selectiva y escasa (dada la actividad física desproporcionada) e incluye complejos alimentarios para deportistas y homeopatía, así como todo un ceremonial de elaboración de sus comidas que distribuye en grandes ensaladeras con lechugas, frutas y cereales, que después tarda en consumir. Sufre frecuentes hipoglucemias y adora las motos (los padres temen por el riesgo de accidente y su plan de tener una moto de más cilindrada cuando cumpla 18 años). Su vida social, previamente buena, es inexistente. Ahora se enfada por todo; la familia intenta razonar con él, pero tampoco quieren alterarlo.

Antecedentes personales

Dos años antes había sido diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1, iniciada con una hiperglucemia de 500 mg/dL que lo obligó a ingresar en el hospital.

Personalidad previa

Niño preocupado y sensible desde siempre. Refiere haber sufrido acoso escolar en la enseñanza primaria.

Exploración física

Peso 55 kg (P10-25); altura 164 cm (P10-25); palidez cutánea, bien hidratado; AP y AC normales; abdomen blando sin visceromegalias; focalidad neurológica ausente.

Exploración psicopatológica

Tristeza, llanto, baja autoestima, ideas de muerte sin estructuración autolesiva (piensa a veces que sería mejor morir, pero no ha pensado cómo), desesperan-

za, preocupación por no gustar ni tener novia, distorsión de la imagen corporal, miedo a engordar, ideas sobrevaloradas respecto a la enfermedad (cree que enfermó por no cuidarse apropiadamente, aunque tras la explicación reconoce que quizá esto no es cierto, y distingue que es más una idea sobrevalorada que un delirio), reconoce que muchas de las cosas que hace no son razonables, pero no puede evitarlas (este aspecto distingue la obsesión del delirio), obsesividad y ritualización.

Tratamiento

Psicoterapéutico, individual y familiar, y psicofarmacológico.

1. El paciente de este caso clínico presenta (señale la respuesta correcta):

- A. Clínica depresiva.
- B. Clínica psicótica.
- C. Clínica de somatización.
- D. Una reacción de tipo negativista hacia su enfermedad.
- E. No tiene riesgo autolesivo.

2. El diagnóstico psiquiátrico más preciso en este caso es:

- A. Anorexia nerviosa.
- B. Trastorno obsesivo-compulsivo.
- C. Esquizofrenia.
- D. Trastorno depresivo.
- E. Trastorno dismórfico corporal.

3. La palidez del paciente tiene que ver probablemente con:

- A. Los suplementos nutricionales.
- B. Una anemia derivada de la mala alimentación y la gran demanda energética.
- C. La posible falta de actividades al aire libre.
- D. Las hipoglucemias repetidas.
- E. Razones estéticas.

4. ¿Cuál sería el tratamiento psicofarmacológico más indicado en este caso?

- A. Está contraindicado.
- B. Principalmente neurolépticos.
- C. Debe evitarse.
- D. Antidepresivos.
- E. Benzodiazepinas.