Historias de éxito

en

Discapacidades del desarrollo

Volumen II

Dale Antanitus, M.D., Editor

Presentado en parte en la 117a Anual de la AAMR

Reunión - Washington, D.C.

3 de junio de 1993

**HIPOTIROIDISMO QUE SE PRESENTA COMO**

**DISFUNCIÓN MENTALY PSICOLOGICA SEVERA EN UN ADULTO CON SÍNDROME DE DOWN**

**Brian Chicoine, M.D.**

El hipotiroidismo se observa con más frecuencia en el síndrome de Down (SD) que en el

población general. Piel seca, estreñimiento, deterioro intelectual, obesidad, el deterioro de la audición, el letargo y la depresión son manifestaciones del hipotiroidismo Estos pueden ser manifestaciones propias del sindrome de Down o problemas de salud asociados a este. Por tanto, puede resultar difícil para determinar si un adulto con SD tiene hipotiroidismo utilizando solo los hallazgos clínicos.

Los cambios patológicos del cerebro observados en la enfermedad de Alzheimer (EA) también son

vistos con más frecuencia en personas con sindrome de Down. Numerosos pacientes han sido atendidos en nuestro clínica con una queja inicial de que el adulto con SD tiene capacidades en deterioro.

A menudo, la familia o el cuidador se preocupan ante la posibilidad de el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer o que previamente se les había informado que el paciente presentaba la enfermedad de Alzheimer.

**Caso Clínico**

**F.** es un hombre de 32 años a quien conocí en su casa porque no había salido casa desde hace más de ocho años. Su madre notó que su nivel de actividad había disminuido durante unos 20 años. Además, dado que su padre murió un año y medio antes de mi visita, no se levantaba de la cama, se negaba a comer por nadie excepto por su madre, alimentado con cuchara, tenía incontinencia regular de orina y heces, se levantaba con frecuencia durante la noche, frecuentemente gritaba a su madre y parecía "deprimido". Adicionalmente, tenía sobrepeso, piel seca y estaba débil y letárgico.

Presentaba escasa habilidad verbal por lo que se le dificultaba la evaluación de su estado emocional a través de la entrevista. Sin embargo, se utilizó la Lista de verificación para preocupaciones psicológicas que respaldaba que impresión clínica de un episodio depresivo mayor.

Los resultados de CBC, SMAC, folato, B-12, RPR, en el análisis de orina, cultivos de heces y óvulos y parásitos la VSG eran todos normales. Sin embargo, su TSH fue de 12,6 (normal: 0,32-5,0 ulU / ml) mientras su T3 fue 43,8 (30-40%) y T4 fue 4,6 (4,5-12,0 ug / dl). Se le indicó Synthroid

0,025 mg al día y esto se ajustó gradualmente según las indicaciones de los valores de laboratorio.

Su TSH se normalizó con Synthroid 0,075 mg al día. La única terapia adicional fue que un terapeuta comenzó a ir a la casa durante cuatro horas dos veces por semana.

La segunda visita a su casa cuatro meses después de la primera reveló un cambio radical. Ahora se estaba levantando de la cama, usaba el baño con regularidad y rara vez presentaba incontinencia, estaba comiendo una variedad de alimentos, estaba atendiendo más de su propio cuidado diario,

ya no gritaba sin razón y dormía toda la noche. Su madre sintió que estaba mucho más feliz y su parecía mucho más relajada. Además de la evidente mejora en la salud de F., su madre pudo

ir a su propio médico y hacerse la mamografía que había estado posponiendo debido a su incapacidad para salir de casa.

**Discusión**:

El hipotiroidismo es un problema común en el síndrome de Down con una incidencia reportada de 2% a 63% .

La incidencia de depresión en adultos con SD está menos estudiada, pero varía del 6% al 14% (6,7) El hipotiroidismo es una causa de depresión. La depresión puede ser una enfermedad muy debilitante. Los criterios del DSM-III incluyen histórico estado de ánimo, falta de apetito, alteración del sueño, agitación o retraso psicomotor, pérdida denterés, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y / o pensamientos de muerte o suicidio .

 En las personas con SD, los síntomas pueden diferir de la población general y puede incluir comportamiento antisocial, movimientos repetitivos / estereotipados, rabietas y episodios de gritos / llanto .

Se ha expresado mucha preocupación con respecto al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

enfermedad en adultos con SD.

Si bien los hallazgos de la autopsia pueden encontrar cambios patológicos consistentes

con la enfermedad de Alzheimer, los cambios funcionales observados en adultos con SD pueden ser una manifestación de una multitud de otros problemas médicos o psiquiátricos.

Una gran diferencia es la naturaleza reversible de muchas de estas otras enfermedades.

Si bien la EA es una preocupación para los adultos con SD, la presentación de disminución puede tener muchas otras etiologías como la depresión, e hipotiroidismo entre otras.

El funcionamiento en adultos con SD puede tener muchas etiologías, incluida la depresión,

hipotiroidismo y otros.

El caso de F. ilustró a un paciente en el que su familia percibió que algo extraño estaba sucediendo y se le refirió a evaluación ante la presunción de un posible desarrollo de enfermedad de Alzheimer.

A través de la evaluación se encontró que presentaba depresión e hipotiroidismo. Si bien la etiología de su depresión es probablemente multifactorial y seguirá requiriendo una mayor intervención, un cambio importante en su vida y en la vida de su madre se realizó con el tratamiento de su hipotiroidismo.

Aun se necesitan más investigaciones en el área de la enfermedad de Alzheimer en general y en el caso de las personas con sindrome de Down, específicamente, cada paciente debe ser evaluado para buscar posibles causas reversibles de demencia o reducción de la función similar a la demencia.

**Referencias**

*1. Pueschel. SG., Jackson, IMD., Giesswein, P., Dean, MK.,& Pezzullo, JC. (1991) Thyroid Function in Down Syndrome. Research in Developmental Disabilities. 12: 287-296. 2. Friedman, DL., Kastner, T., Pond, WS.,& O'Brien, DR. (1989) Thyroid Dysfunction in Individuals with Down Syndrome. Arch Intern Med. 149:1990-1993. 1993. 3. Wyngaarden, JB. & Smith, LH. (eds.) (1988). Cecil Textbook of Medicine.WB Saunders Co. Philadelphia, pp. 1328-1331. 4. Pueschel, SM & Pueschel, JK. (eds) (1992). Biomedical Concerns in Persons with Down Syndrome. Paul H Brookes Publishing Co. Baltimore, p. 266. 5. Wisniewski, KE., Wisniewski, HM., Wen, GY. (1985). Occurrence of Neuropathologic Changes and Dementia of Alzheimer's Disease in Down's Syndrome. Ann Neurol 17: 278-282 6. Meyers, BA., & Pueschel, SM. (1991). Psychiatric Disorders in Persons with Downs Syndrome J Nerve Ment Dis 179: 609-613. 7. Collacott, RA., Cooper, SA., & McGrother C. Differential Rates of Psychiatric Disorders in Adults with Down's Syndrome Compared with Other Mentally Handicapped Adults. British Journal of Psychiatry 161: 671-674. 8. American Psychiatric Association (1980). Quick Reference to the Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Washington, DC. pp 120-122ashington, DC. pp. 120-122. 9. Pueschel SM & Pueschel JK. (eds) (1992) Biomedical Concerns in Persons with Down Syndrome. Paul H. Brooks Publishing Co. Baltimore. pp. 186-187.*