



## **Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Médicas**

Carrera de Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica  
Director: Profesor Dr. Néstor Koldobsky

### **“Patología Funcional Tiroidea Y Ataque de Pánico Inesperado”**

**Autor:** Dr. J. Mauricio Outón

**La Plata, 2010**

## RESUMEN

**Objetivo:** En el marco de los Trastornos de Ansiedad evaluar la relación entre la Patología Funcional Tiroidea y los Ataques de Pánico inesperados como forma de presentación del paciente a la consulta.

**Método:** Se realizó una revisión de sesenta historias clínicas de pacientes de ambos sexos con diagnósticos incluidos en el capítulo de Trastornos de Ansiedad según el Manual de clasificación oficial. De los sesenta seleccionados se escogió un grupo A de treinta con antecedentes personales de Patología Funcional Tiroidea y el restante grupo B solo con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad. Se buscó Ataques de pánico Inesperados como forma de presentación del paciente a la consulta.

**Resultado:** de los treinta pacientes del grupo A se presentaron dieciséis (53,3 %) con ataques de pánico inesperado y de los pacientes del grupo B solo dos (6,6 %) con esa forma de presentación.

**Conclusiones:** se observó una mayor presentación con Ataques de pánico inesperados en los pacientes con registro de Patología Funcional Tiroidea. Ante la evidencia de una notable relación con los antecedentes Tiroideos, se deberá replantear la consideración de este síntoma como forma de presentación del paciente a la consulta.

## INTRODUCCION

Con la adquisición de un conocimiento cada vez más profundo acerca de la organicidad de los síntomas psíquicos y del ser humano como un todo que involucra al cerebro, a los sistemas corporales y su conexión a través de mecanismos neuroendocrinos, nos lleva cada vez más a avanzar en la búsqueda y en el estudio de síntomas sin distinción de “cuerpo y mente”<sup>1</sup>. Introduciéndonos así en la relación entre la Patología Funcional Tiroidea (P.F.T.)<sup>2</sup> y los Ataques de Pánico inesperados como forma de presentación propia de algunos Trastornos de Ansiedad, ambos cuadro de frecuente comorbilidad. Se plantea la necesidad de poder establecer el origen de dicha forma en la que el paciente se presenta a la consulta.

La patología de la glándula tiroides representa, después de la diabetes Mellitus tipo II, el motivo de consulta endocrinológica más frecuentemente atendido por el médico de familia. Dentro de la misma se incluyen diversos tipos de alteraciones, siendo las más comunes las relacionadas con la P.F.T. que tiene entre sus formas de presentación la aparición de síntomas psíquicos como Depresión y Ansiedad, y siendo la prueba más adecuada para el diagnóstico la determinación de la hormona tirotrópica hipofisaria (TSH)<sup>3 4 5</sup>.

Los ataques de pánico son un síntoma típico de los Trastornos de Ansiedad, siendo estos un grupo de patologías muy frecuentes en la población general que produce un marcado deterioro en la calidad de vida. Los ataques de pánico según el contexto del Trastorno de Ansiedad en el que aparece, se clasifican en tres tipos característicos según el Manual de clasificación<sup>6</sup> (DSM-IV) que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenante ambiental: Ataque de pánico inesperado (no relacionados con estímulos situacionales), en la que el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente); ataque de pánico situacional (desencadenado por un estímulo ambiental), donde la crisis aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental (por ej. En el marco de una fobia social o una fobia simple), y ataques de pánico más o menos relacionados con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales<sup>7 8 9</sup>.

Dada la considerable prevalencia de disfunción tiroidea en la población general y lo fundamental de su detección precoz con el fin de evitar la repercusión que la disfunción tiroidea produce a diferentes niveles del

organismo (cardiovascular, cognitivo, metabolismo óseo, etc.) es trascendental su sospecha diagnóstica. De igual forma la elevada tasa de prevalencia, la aparición a edades tempranas, la alta cronicidad y el marcado impedimento de las funciones normales hacen de los Trastornos de Ansiedad (con uno de sus preponderantes componentes, los ataques de pánico) un grupo de enfermedades con alta morbilidad<sup>10 11</sup>.

La prevalencia de ambos cuadros y la evidencia actual de su comorbilidad, nos indica la importancia de su diagnóstico y la necesidad de ser posible, establecer relaciones entre ellos como herramientas para un correcto diagnóstico y consecuente tratamiento y pronóstico.

Se plantea así como objetivo que en el marco de los Trastornos de Ansiedad se pudiese evaluar la relación entre la Patología Funcional Tiroidea y los Ataques de Pánico inesperados como forma de presentación del paciente a la consulta.

## **MATERIALES Y METODOS**

### **Diseño del estudio:**

No experimental, retrospectivo, Transversal y correlacional.

### **Población escogida:**

Historias Clínica de pacientes de ambos sexos asistidos en consultorios externos de Psiquiatría y Psicología de la ciudad de La Plata, en el periodo correspondiente a enero-diciembre de 2009. Se realizara una revisión de sesenta historias clínicas de pacientes de ambos sexos con diagnósticos incluidos en el capítulo de Trastornos de Ansiedad según el Manual de clasificación oficial (DSM-IV) (ver anexo I).

De los sesenta pacientes seleccionados, se asignara Grupo A a treinta de los mismos con antecedentes personales de Patologías Tiroideas perteneciente al grupo de las Patologías Funcionales Tiroideas (ver anexo II) y se Grupo B a los restantes treinta solo con diagnostico de Trastorno de Ansiedad.

Los pacientes deberán firmar su consentimiento informado por el uso de datos de su historia clínica personal (ver anexo IV)

### **Criterios de inclusión:**

Historias Clínicas de pacientes de ambos sexos, de 15 a 45 años de edad. Tomando la edad de 15 años por ser uno de los picos iniciales de incidencia de los cuadros de ansiedad y hasta los 45 años ya que a partir de esta edad los síntomas son más compatibles con un Trastorno del Estado del Ánimo.

Diagnósticos dentro de los trastornos de Ansiedad en el eje I según evaluación multiaxial DSM-IV (ver anexo V)

Diagnostico de Ataque de Pánico Inesperado según criterios DSM-IV. Es uno de los criterios de relación en ambas muestras. (Ver anexo III)

Diagnostico en el eje III (según evaluación multiaxial DSM-IV) de Patología Funcional Tiroidea como antecedente clínico establecido por alteración en TSH. Es un criterio de inclusión para uno de los grupos control.

### **Criterios de exclusión:**

Presentación del paciente a la consulta en tratamiento previo con psicofármacos.

Otras patologías del eje I (según evaluación multiaxial DSM-IV): presencia de otro trastorno mental, Consumo activo de alcohol y otras sustancias, etc.

Otras patologías en el eje III (según evaluación multiaxial DSM-IV): presencia de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (exceptuando las referentes al grupo de las Patologías Funcionales Tiroideas que son un criterio de inclusión)

#### **Instrumentos de evaluación:**

Registro de Historia Clínica diseñada para inquirir antecedentes clínicos primordialmente tiroideos y la forma de sintomatología ansiosa de presentación a la consulta (ver anexo VI)

## **RESULTADOS**

A partir del registro de las Historias Clínicas de sesenta pacientes con trastorno de ansiedad se determinó lo siguiente; Que en el grupo A de los pacientes con P.F.T y Trastorno de Ansiedad, dieciséis (53,3 %) de los treinta pacientes se presentaron a la consulta con ataques de pánico inesperado; Y que en el Grupo B de los treinta pacientes con Trastorno de Ansiedad sin registro de P.F.T, solo dos (6,6 %) se presentaron con Ataques de pánico Inesperados.

#### Grupo A: P.F.T y Trastorno de Ansiedad

Registro de 30 historias clínicas de pacientes con diagnósticos dentro de los trastornos de ansiedad en el eje I y diagnósticos correspondientes a las patologías funcionales tiroideas en el eje III.

Se obtuvo de información:

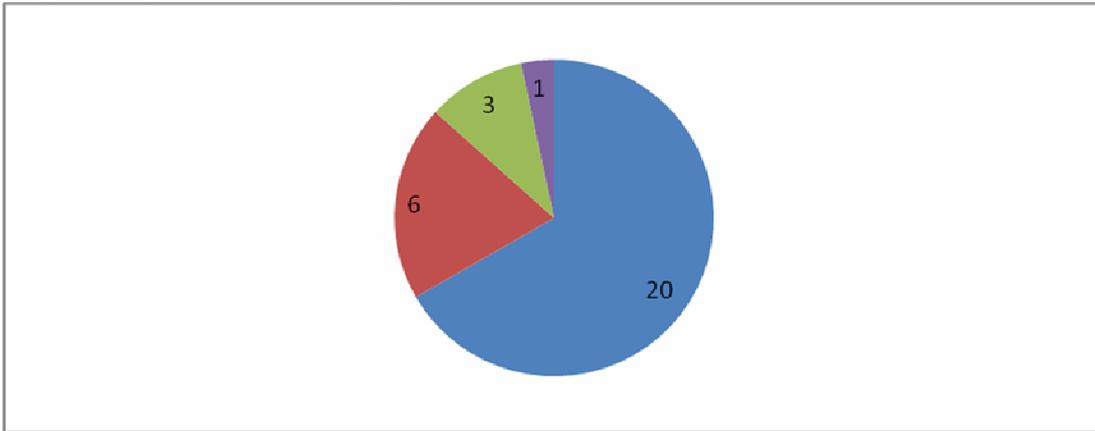
Según el sexo



28 Ptes de sexo femenino

2 Ptes masculinos

### Según diagnósticos en el eje I



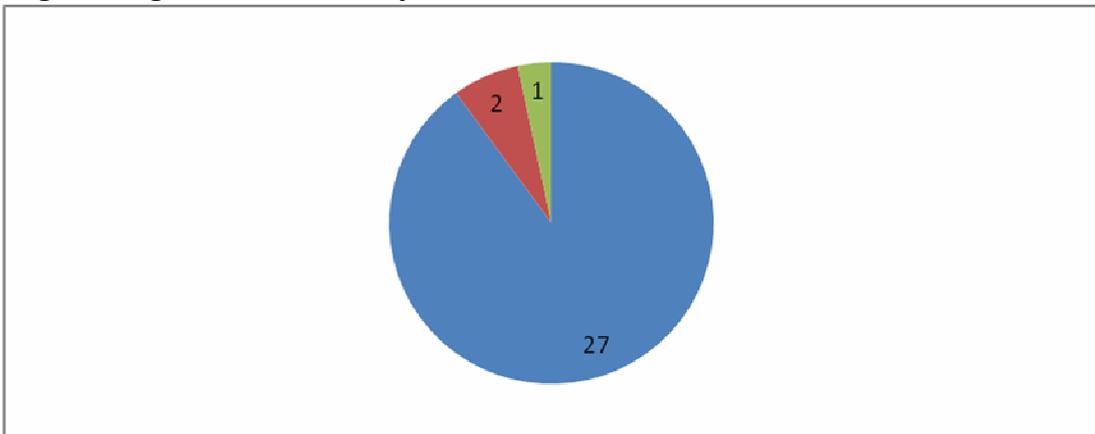
20 Ptes con diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado

6 Ptes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada

3 Ptes con trastorno obsesivo compulsivo

1 Pte con diagnóstico de fobia simple

### Según diagnósticos en el eje III

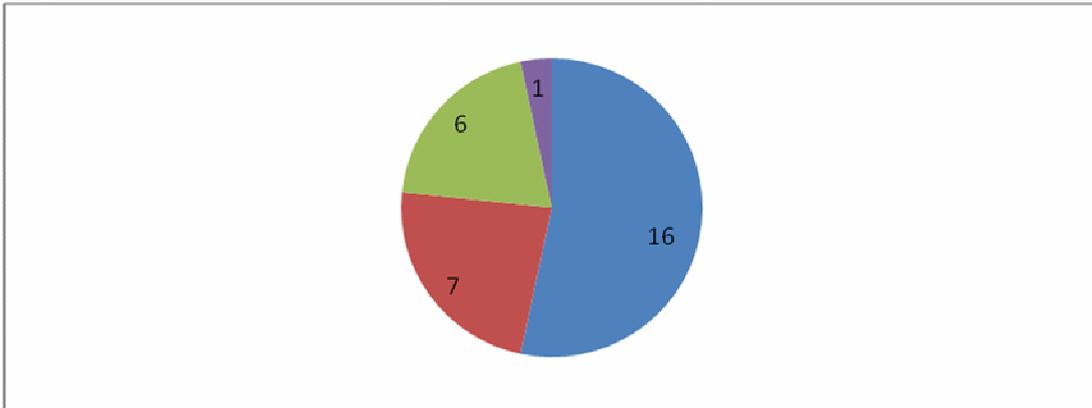


27 Ptes con diagnóstico de Hipotiroidismo

2 Ptes con diagnóstico de Hipotiroidismo subclínico

1 Pte con diagnóstico de Hipertiroidismo

Según forma sintomática de presentación del paciente a la consulta



16 Ptes se presentaron con ataques de pánico inesperados (53,3 %)

6 Ptes con ataques de pánico situacionales

1 Pte con ataques de pánico parcialmente situacional

7 Ptes no se presentaron con ataques de pánico

### Grupo B: Trastornos de Ansiedad

Registro de 30 historias clínicas de pacientes con diagnósticos dentro de los trastornos de ansiedad en el eje I y sin diagnósticos en el eje III.

Se obtuvo de información:

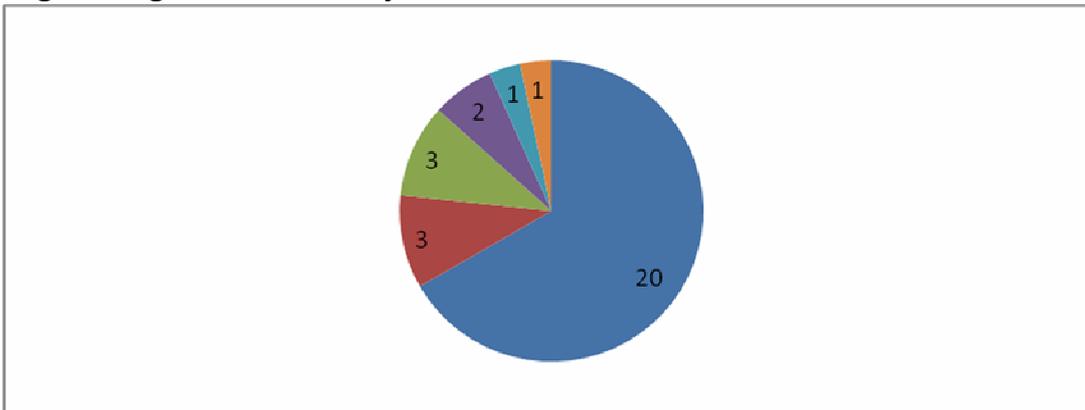
Según el sexo



16 Ptes de sexo femenino

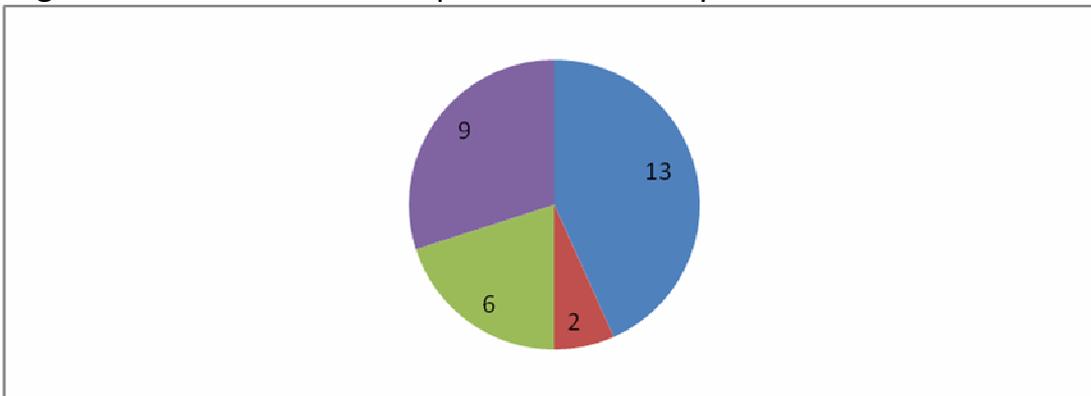
14 Ptes masculinos

## Según diagnóstico en el eje I



- 20 Ptes con diagnósticos de trastorno de ansiedad no especificado
- 3 Ptes con diagnóstico de trastorno de Angustia con agorafobia
- 3 Ptes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo
- 2 Ptes con trastorno de ansiedad generalizada
- 1 Pte con trastorno de angustia sin agorafobia
- 1 Pte con diagnóstico de fobia simple

## Según forma sintomática de presentación del paciente a la consulta



- 2 Ptes se presentaron con ataques de pánico inesperados (6,6 %)
- 13 Ptes con ataques de pánico situacionales
- 6 Pte con ataques de pánico parcialmente situacional
- 9 Ptes no se presentaron con ataques de pánico

## CONCLUSIONES

Se determino que fue mayor el número de pacientes con Ataques de Pánico inesperados que se presentaron a la consulta en el grupo de pacientes con algún tipo de trastorno de ansiedad y antecedentes de Patología Funcional Tiroidea. Dicho resultado pone en evidencia la notable influencia tiroidea de tal forma sintomática de presentación.

Siendo actualmente considerada tal presentación como parte de un trastorno de ansiedad y como un requisito fundamental para el diagnostico de Trastorno de Angustia (con o sin agorafobia) según la actual clasificación oficial (DSM-IV), debemos concluir en la necesidad de reevaluar la fisiopatología de tal síntoma.

Así en la práctica diaria un paciente se presente a la consulta con ataques de pánico Inesperados en el contexto de un trastorno de Ansiedad, no se deberá dejar de sospechar la posible influencia de una disfunción de la Glándula Tiroides.

## REFERENCIAS

1. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría: Trastornos de Ansiedad. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996
2. M. J. Sender Palacios, M. Vernet, A. Franco Murillo, M. A. Ortega Tallon, S. Perez Lopez, M. Faro Colombes. Estudio de patología funcional tiroidea en la población adulta de un centro de Atención Primaria. MEDIFAM, Vol. 12 – Núm. 3 – Marzo 2002; 3: 184-190
3. Benjamín Vicente P., M. Isabel González G., Rodolfo Hernández S., Daisy Ebner G., Ximena Hernández C., Marcos Jerez. Alteraciones tiroideas en pacientes con depresión y trastorno de pánico consultantes al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción. Revista Chilena de Neuropsiquiatría 2004; 42(4): 251-258
4. Reiser L, Reiser M. Trastornos Endocrinos. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría 2 Ed. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona, 1989; 1159-1169
5. Gloger S, Fardella C, Santis R, Bitrán J. Relevancia del estudio tiroideo en pacientes con trastornos psiquiátricos. Revista Médica Chilena 1997; 125: 1351-1356
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV. Barcelona, Editorial Masson, 1995
7. Vallejos Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría: Trastornos de Angustia. Barcelona: Masson S.A; 2006
8. Marchant N, A. Monchablon Espinoza. Tratado de Psiquiatría: Trastornos de Ansiedad. Bs As: Grupo Guía S.A; 2006
9. Vallejo Ruiloba J. y Gastó Ferrer. Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Ed. Salvat; 1990
10. Gullem Masana. Nuevas teorías sobre la fisiopatología del trastorno de angustia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2001; 28(6):384-391
11. Por E. Galaverni, P. Pozo Navarro, M. Bellini. Estudio sobre síntomas de pánico en atención primaria. Atención Primaria Vol.36 Núm. 06; Aten Primaria. 2005; 36:312-6.

## ANEXOS

### **Anexo I:** Trastornos de Ansiedad (DSM-IV)

Capítulo del Manual de clasificación oficial que describe los siguientes trastornos de ansiedad:

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivante e inesperada que causan un estado de permanente preocupación al paciente por padecer nuevas crisis y/o sus consecuencias.

El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses, en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El trastorno de ansiedad no especificado incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

En el contexto de todos estos Trastornos de Ansiedad pueden aparecer Ataques de Pánico y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado.

#### **Anexo II: Patología funcional tiroidea**

Según publicación MEDIFAM 2002; 12 (3): 184-190

- Hipertiroidismo clínico
- Hipertiroidismo subclínico
- Carcinomas
- Tiroiditis
- Hipotiroidismo clínico
- Hipotiroidismo subclínico

#### **Anexo III: Ataque de Pánico (DSM-IV)**

Criterios para el diagnóstico de Ataques de Pánico.

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

**Anexo IV: Consentimiento informado**

Yo.....he sido informado/a que el profesional actuante, está realizando un estudio que permitirá conocer la posible relación entre Patología Tiroidea y Ataques de Pánico.

Yo he elegido libremente participar en el estudio entendiendo que mi participación es enteramente voluntaria.

Entiendo que para esto debo permitir el uso de datos provenientes de mi Historia Clínica Personal.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no Obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido por los pacientes mediante el conocimiento ganado por medio del presente estudio.

Entiendo que la información obtenida de mí será tratada de manera Confidencial y se garantice que yo no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento.

Sé que si en un futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar al Dr. Mauricio Outón, en el teléfono 0221-156471798.

.....

Firma del paciente

.....

Firma del profesional

**ANEXO V: Evaluación multiaxial según DSM-IV**

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta.

**Anexo VI: Registro de Historia Clínica**

Fecha (año)	
Lugar	
Nombre (iniciales)	
Edad	
Sexo	
Diagnostico eje I	
Presentación sintomática al momento de la consulta	Ataques de Pánico: SI NO Tipo. Inesperado. Situacional. Parcialmente situacional.
Diagnostico eje III	Patología Funcional Tiroidea: SI NO Tipo: