

ESTUDIOS SOBRE PSICO-ENDOCRINOLOGIA. ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRESENTACION DE 25 CASOS CLINICOS*

ROBERTO LLANOS ZULOAGA

La psico-endocrinología es la ciencia que abarca la interrelación entre los procesos endocrinos y psíquicos, es decir, que en un término amplio se ocupa de los conocimientos referentes a las alteraciones psíquicas en enfermos endocrinos, de las alteraciones endocrinas en enfermos psíquicos y de los efectos terapéuticos de los psico-fármacos y hormonas en uno u otro caso. De ella se habló por primera vez como ciencia en 1908 en el Congreso de Medicina en Dijon (Francia), siendo sus patrocinadores Laignel y Lavantine. Desde entonces evolucionó en forma desordenada hasta hace pocos años en que se formaron escuelas que han sistematizado sus estudios y aprovechando, como lo siguen haciendo, de los recientes progresos en anatomía patológica, bioquímica y fisiología para realizar experiencias en su beneficio. Un ejemplo de ellas se tiene en la de M. Bleuler en Suiza, las de Reiss y Money en los Estados Unidos, entre otras.

En un comienzo se exageró el valor de los conocimientos de esta ciencia y se pensó encontrar, por ejemplo, la hormona causante de la esquizofrenia y de la psicosis maniaco depresiva. De la misma forma se atribuyó a desordenes emocionales todas las endocrinopatías. En realidad, hasta entonces, se habían estudiado muy pocos enfermos. Hoy que la bibliografía mundial presenta varios miles de artículos al respecto, las bases sobre las cuales se cimenta presenta el respaldo de científicos serios que trabajan en equipo en diferentes partes del mundo (1). Pero, sólo el trabajo mancomunado del psiquiatra, endocrinólogo,

(*) Este trabajo es un resumen de la tesis que el autor presentó para graduarse como Bachiller en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1962.

pediatra, anátomo - patólogo, fisiólogo, bioquímico (y, eventualmente, los demás especialistas), darán categoría a las obras que al respecto se publiquen.

Es frecuente que se presenten alteraciones psíquicas en enfermos endocrinos; pero es raro por el contrario, que se presenten alteraciones endocrinas en enfermos psiquiátricos. De allí surge el primer problema: el endocrinólogo tratante es generalmente la primera persona que ve alteraciones psíquicas en los enfermos endocrinos y en pequeña escala alteraciones psicopatológicas severas se encuentran en endocrinopatías sumamente graves que pueden ser vistas primeramente por el psiquiatra (en el síndrome de Sheehan por ejemplo). De allí que el trabajo conjunto de ellos redundará en beneficio exclusivo del paciente.

Manfred Bleuler de la escuela de Burghölzli prefiere llamar psiquiatría endocrinológica a esta ciencia; Reiss la denomina psico-endocrinología, denominación que nos parece más apropiada para nuestro estudio por cuanto en las endocrinopatías se observan peculiaridades psicológicas y psicopatológicas y, además, fundamentalmente, con esta denominación nuestros estudios pueden encajar como rama de psiquiatría o de la endocrinología, según el criterio que se tenga. Los conocimientos actuales nos demuestran que esta ciencia se encuentra en avance, pero no goza todavía de una doctrina orgánica y definitiva.

La personalidad pre-mórbida juega un factor importante en las alteraciones psíquicas de los endocrinópatas por lo que un mismo trastorno endocrino puede presentar diferentes trastornos de ella, o inversamente, los trastornos de la personalidad no presentan sintomatología endocrina característica. Por otra parte, la misma sintomatología psíquica puede encontrarse en cuadros endocrinos opuestos (como el hiper o hipoandrogenismo), lo cual abona en favor de lo anterior. Otro aspecto de nuestra ciencia es la evolución de la personalidad en endocrinópatas, sin intentar llegar a encontrar causas de trastornos mentales localizados. No se trata pues de nombrar hallazgos casuales de síntomas correspondientes a dos enfermedades en un mismo enfermo, sin llegar al encuentro de una correlación funcional.

Mirsky lo define bien al decir que, "la idea principal es que los productos de secreción hormonales son asimilados diferentemente en cada personalidad". Braceland es más amplio y precisa que. "El efecto de los cambios endocrinos y disturbios psíquicos está determinado por circunstancias fisiológicas, sociológicas, psicológicas, constitucionales y factores de disposición". Reiss al respecto afirma que: "La disposición mental y la sensibilidad nerviosa de los individuos es en mu-

chos casos decisiva para las direcciones en los cuales los vicios neuro-endocrinos se desenvuelven. Hay una evidencia clara, y es que los disturbios hormonales retornan a lo normal cuando los síntomas mentales empiezan a mejorar". Con respecto a la primacía de estos desórdenes Hochstaedt informa de un estudio de 20 casos en los que los desórdenes psico-neuróticos primaban en la influencia del cuadro sobre los tardíos desórdenes endocrinos. Estudios al respecto de todo lo antes dicho han sido realizados igualmente por: Rossini, Marañón, Dorfman, Koeniges, Jaroszynski, Cobb y Stalickova.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

¿Qué síntomas psicopatológicos acompañantes se encuentran en los enfermos endocrinos? Aparentemente son polimorfos y variados, pero siguiendo el criterio de Manfred Bleuler pueden ser asimilados en 3 grandes entidades psicopatológicas:

- a) Reacción aguda de Bonhoeffer.
- b) Psicossíndrome amnésico y
- c) Psicossíndrome endocrino.

a) La reacción tipo aguda exógena implica: una endocrinopatía con severas alteraciones metabólicas agudas y un cuadro psíquico semejante a las que se presentan en las alteraciones orgánico - metabólicas o cerebrales de carácter grave (Psicosis Sintomática). Ejemplo de lo dicho se da en las crisis basedowianas, mixedema agudo, paratiroidectomías, Síndrome de Cushing, Enfermedad de Addison, Hiperinsulinismo, Síndrome de Sheehan, Eunucoidismo, así como en las intoxicaciones agudas producidas por el suministro de Glucocorticoides, Insulina, Tiroides, Paratiroides y Iodo radioactivo. Se caracteriza por confusión mental, delirio, estados crepusculares, alucinosis y psicosis de Korsakov. En la clasificación americana corresponde al cuadro de Síndrome Cerebral Agudo.

Esto quiere decir que, fundamentalmente, se presentan trastornos de conciencia correlativa a la gravedad de la endocrinopatía y en los casos más leves, alteraciones de tendencias instintivas. En casos aislados, puede no haber correlación en intensidad de síntomas entre el cuadro orgánico y el psiquiátrico.

b) El psicossíndrome amnésico, se encuentra en las endocrinopatías crónicas y severas, se asemeja entonces a las alteraciones or-

gánico-cerebrales de este tipo, en su fenomenología se halla comprometida fundamentalmente la memoria y dentro de ella, la anterógrada; además, se altera el intelecto, los procesos afectivos igualmente (Bleuler M. le llama, "Sequedad de la vida anímica"), este psicossíndrome ha sido el más discutible, pero se mantiene hasta encontrar una etiqueta apropiada. Este cuadro se encuentra en el Mixedema o Hipoparatiroidismo hereditarios o congénitos. Igualmente puede presentarse en el Síndrome de Cushing, en la enfermedad de Addison (aunque con menor frecuencia), en el Panhipopituitarismo y en el Hipertiroidismo. En la clasificación americana corresponde al cuadro del Síndrome cerebral crónica.

Cabe anotar que una reacción exógena aguda no curada puede evolucionar hacia el psicossíndrome amnésico. En el niño evoluciona hacia la oligofrenia.

c) El psicossíndrome endocrino, se comprende mejor, después de la explicación de los dos anteriores; todos aquellos cuadros que no pueden ser comprendidos en aquellos le pertenecen; por lo tanto son los más numerosos en Psico-Endocrinología.

En este psicossíndrome se comprometen las esferas biológicas y psíquicas elementales de la persona, no es idéntico, pues, a los desarrollos psicopáticos y a las reacciones neuróticas situacionales. Este psicossíndrome abarca las manifestaciones psicopatológicas de todas las entidades nosológicas endocrinas conocidas, su diferencia sólo radica en intensidad y tono. Por ello, cuando se habla de alteración general y específica a una función hormonal, se hace sólo en un sentido didáctico.

Para decir que un paciente lo presenta, es necesario que su sintomatología no se deba, ni a una crisis metabólica general grave, ni a una lesión cerebral difusa. Sus trastornos pueden ser permanentes o de duración limitada; vistos en conjunto corresponderían a trastornos de la personalidad bajo formas peculiares.

Eugen-Bleuler llamó síndrome psico-orgánico al psicossíndrome amnésico, posteriormente, teniendo en cuenta su sintomatología, tomó este nombre. M. Bleuler estudió la condición de los leucotomizados con aquellos que presentaban psicossíndrome endocrino y encontró gran similitud, establece entonces que los cuadros de trauma cerebral localizado y psicossíndrome endocrino son básicamente similares en su cuadro clínico. No debemos olvidar entonces, la correlación morfológica entre sistema nervioso y parte del sistema endocrino. El psicossíndrome endocrino será respuesta diferente a una noxa endocrina si el sujeto se encuentra en la pubertad, climaterio o período post menopáusico.

El psicossíndrome endocrino presenta principalmente alteraciones de la vida instintiva (anomalías en el hambre, sed, movimiento y sueño), procesos afectivos (irritabilidad, apatía), intelecto con curso del pensamiento dificultoso y en las relaciones con los demás (superficialidad y desconfianza). Los cuadros más típicos se registran en: Acromegalia, Hipertiroidismo, Addison, Pubertad precoz y Síndrome de Turner. En la clasificación americana correspondería al cuadro de reacción aguda inespecífica.

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado las 200 publicaciones más importantes de la literatura de los últimos 10 años y hemos escogido 25 casos clínicos de los pacientes observados durante los años 1959 - 1960 . . 1961 — 1962, simultáneamente, en los hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo y Central de Policía. Su distribución es la siguiente: Un caso correspondiente a acromegalia (Hist. N° 1), uno a Síndrome de Sheehan (Hist. N° 2), cuatro a hipertiroidismo (Hists. N° 3, 4, 5 y 6), ocho a hipotiroidismo (Hist. N° 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14). Dos a enfermedad de Addison (Hists. N° 15 y 16). Un caso de Síndrome de Cushing terapéutico (Hist. N° 17), uno a pubertad precoz (Hist. N° 18), uno a Síndrome de Turner (Hist. N° 19), uno a Síndrome de Klinefelter (Hist. N° 20). Uno a Eunucoidismo (Hist. N° 21), dos casos a reacción exógena aguda terapéutica (Hists. N° 22 y 23). Uno a Síndrome de Lawrence Moon Biell (Hist. N° 24) y uno a hipoglicemia funcional (Hist. N° 25).

De estos casos, los correspondientes a la glándula tiroides acudieron por síntomas predominantemente endocrinos; el de Sheehan y Lawrence M. B. por síntomas exclusivamente psíquicos, los restantes por enfermedades orgánicas casuales y las reacciones agudas exógenas terapéuticas, así como las manifestaciones del Cushing terapéutico, aparecieron durante el tratamiento.

Las edades variaron entre siete y 63 años, el tiempo de observación varió entre siete días y tres meses; en los casos hospitalizados su control posterior fue sumamente difícil por razones familiares, negativas de los pacientes y direcciones falsas, por lo que se ha preferido no consignarlas.

La terminología endocrina se ha hecho uniforme de acuerdo a los lineamientos vertidos por Pascualini en la última edición de su Tratado de Endocrinología que nos ha servido de texto básico.

Los exámenes auxiliares y el resumen de examen físico han sido copiados de las historias clínicas de cada Servicio.

En el Hospital Arzobispo Loayza los exámenes auxiliares endocrinos fueron realizados por el personal médico del Laboratorio de Endocrinología; igualmente en el Hospital Dos de Mayo y en el Laboratorio Central del Hospital de Policía. Recibimos además, la colaboración del Hospital Militar en algunas captaciones de yodo radiactivo y dosaje de gonadotrofinas hipofisarias, por lo cual quedamos muy reconocidos a los Drs. Alfonso Pajuelo y Mario Zubiato T. Las historias clínico - endocrino psiquiátricas, y, en especial, el examen psíquico y psicopatológico se confeccionaron mediante entrevistas que variaron entre 6 y 25 con una duración entre 30 y 120 minutos cada una, teniendo además en cuenta los datos proporcionados por los familiares y el personal auxiliar de cada servicio. Los exámenes psicológicos se realizaron en los casos hospitalizados durante su estancia, y en los ambulatorios mediante pedido al Departamento de Psiquiatría del Hospital Central de Policía.

Seguidamente se presentará una historia de cada grupo de enfermedades estudiadas.

MATERIAL CLINICO

Historia Clínica N° 1. Disfunción Hipofisaria: Acromegalia. Psicosisíndrome Endocrino.

D.V.C. 59 años, casado, procede de Arequipa. Se hospitalizó en el H.C.P. el 10 II-1962. Sobre su enfermedad refiere el paciente que en 1957 encontrándose en su hogar estuvo libando licor, sintiendo un pequeño malestar que lo obligó a acostarse; al día siguiente notó que veía doble y se desplomaba al querer incorporarse; llevado al Hospital Goyeneche, quedó internado, realizándosele un estudio endocrino, como consecuencia del cual recibió Radioterapia lo cual le produjo mejoría; salió de alta a los 45 días permaneciendo asintomático hasta Junio de 1961, fecha en la que percibe nuevamente los síntomas anteriores; se realizó entonces similar terapéutica mejorando nuevamente; a partir del 23 de Enero de 1962 nota disnea de esfuerzo, anorexia, somnolencia, palpitaciones, mialgias y labilidad emocional; en la actualidad presenta "mareos", zumbido de oídos, pesadillas frecuentes, y labilidad emocional. En la Historia familiar el padre poseía carácter explosivo siendo la actitud para con sus hijos rígida; un hermano alcohólico y con igual carácter, una hermana enurética. En su historia personal se encontró pesadillas frecuentes en la niñez, rencillas familiares frecuentes en su juventud por la actitud poco afable de los hermanos hacia los padres; el trabajo que siempre realizó estuvo relacionado con la veterinaria; como enfermedades presentó paludismo, blenorragia, y hepatitis epidémica; su actividad heterosexual fue normal hasta la iniciación de su enfermedad en que nota disminución de la potencia. El examen físico reveló "voz cavernosa", cabeza y manos con caracteres acromegaloides, macroglosia y protrusión de la dentadura hacia adelante, S.S. II en ápex irradiado a foco aórtico, danza arterial y edema en miembros inferiores; tórax en tonel. En el examen neurológico se encontró disminución de la agudeza visual. En los exámenes auxiliares la curva de glicemia fue plana, los radiogra-

fias de cráneo, silla turca, maxilar inferior y pies mostraron signos compatibles con síndrome acromegálico; el ECG mostró probable esclerosis coronaria. Al examen psíquico y psicopatológico se encontró pseudopercepciones visuales, labilidad emocional, ansiedad, hipobulia, modelo de integración paterna, insomnio. El tratamiento fue sintomático, psicofármacos y catarisis. Se obtuvo remisión del estado afectivo y evolución favorable del estado general. El caso sirvió para demostrar cómo en un desorden endocrino la modificación del estado general condiciona la exteriorización de los caracteres distorsionados en una personalidad, aumentando al mismo tiempo la excitabilidad afectiva.

Historia Clínica Nº 2. Síndrome de Sheehan. Reacción exógena aguda. (Síndrome cerebral agudo).

D.N.P. de 38 años, procede de Lima, casada se internó en el Hospital Arzobispo Loayza, Pab. 1 - II, el 15-IX-1959. Sobre su enfermedad refiere la paciente y sus familiares que, en Enero de 1957, estando en el 9º mes de su 8º embarazo presentó hemorragia vaginal abundante con síntomas de shock que motivaron la atención médica varias horas después, interviniéndosele quirúrgicamente (cesárea); desde aquella oportunidad presenta amenorrea, ausencia de vello pubiano, voz rasposa, tendencia a la depresión, irritabilidad y desconfianza con ideas de referencia de daño. En la historia familiar no se encontró antecedentes patológicos. En la historia personal se halló tendencia a la depresión. En el examen físico presentaba: facies mixedematoosa, piel y mucosas pálidas, ausencia de vello axilar y pubiano, infiltración moderada y universal de celular subcutáneo, poliadenopatía, edema palpebral bilateral, piel y mucosas pálidas, macroglosia con impresiones dentales, hipotrofia mamaria, bradicardia, S.S. en ápex y mesocardio, P.A. 80/45, hepatomegalia; al ex. neurológico: hiperreflexia patelar bilateral, bradilalia, voz bitonal. En los ex. auxiliares: captación de Iodo radioactivo: 5% M.B. — 55%; respuesta pobre al test de ACTH; eosinofilia y linfocitosis. En el examen psicológico y psicopatológico se encontró: hostilidad, negativismo, pseudopercepciones visuo-auditivas, ideas delusivas de referencia, baja capacidad intelectual, hipomnesia de fijación y recuerdo, impresión de minusvalía personal, inquietud con desasosiego, crisis de angustia y agitación psicomotriz. El tratamiento consistió en hormonoterapia, sedantes y catarisis con lo que se logró en el aspecto mental alivio de la angustia, no así en las alteraciones del pensamiento que permanecieron inalterables; salió de alto a pedido familiar, interrumpiéndose la terapia, no pudiendo ser ubicada posteriormente. El caso sirvió para demostrar cómo una enfermedad endocrino puede llamar primariamente la atención por sus manifestaciones mentales que, en esta paciente, correspondieron a una reacción exógena aguda; las alteraciones orgánicas actuaron más bien como estímulo desencadenante.

Historia Clínica Nº 3. Hipotiroidismo. Reacción exógena aguda atípica. Diabetes (Síndrome cerebral agudo).

F.P.L. 60 años, procede de Lima, casado, internada en el Hospital Arzobispo Loayza, Pab. 1 - II, en 1960. Sobre su enfermedad refiere la paciente que desde que tuvo uso de razón recuerda haber presentado crisis de pérdida de conocimiento

que duran algunos minutos, coincidentes con emociones y precedidos de angustia y opresión retroesternal, durante las crisis no hay convulsiones, ni relajación de esfínteres, al comienzo fueron esporádicos; presentó ausencia de síntomas por 20 años, se reinició hace 11 años y actualmente interdiarias; igualmente desde hace nueve años nota una tumorción en región anterior al cuello, coincidente con inestabilidad emocional, siendo intervenida quirúrgicamente mejorando ligeramente; desde hace un año se intensifican sus síntomas; por último, desde hace 5 años se le encuentra diabetes mellitus, habiendo recibido tratamiento médico en forma irregular; ha presentado además, en varias oportunidades, como hiperglicémico, el último de los cuales obliga a su hospitalización. En la actualidad presenta insomnio e irritabilidad y angustia. En la historia familiar no se encontró antecedentes de importancia. En la historia personal fue una niña enfermiza y sobreprotegida, aversión al coito en su momento final, alteraciones del carácter en el período pre-menstrual. El esposo es alcohólico crónico. Hace 11 años comprobó infidelidad conyugal, sus hijas se casaron y dejaron el hogar hacen 6 años. En el examen físico se encontró piel caliente y seca, exoftalmos. P.A. 140/60, taquicardia y taquifigmia de 110 pm. sudoración generalizada y temblor fino en ambas manos. En los exámenes auxiliares se encontró: Iodo proteico = 15 gammas %. Colesterol total: 180 mgrs. %. Glicemia en ayunas: 190 mgrs. %. M.B. = + 34%, orino; Glucosa: 0.5 grs. %o. D = 1030. En el examen psíquico y psicopatológico se encontró: crisis de pérdida de conciencia, labilidad emocional, estado ansioso, irritabilidad, hiperactividad con propensión a la fatiga física; ambivalencia en sus relaciones interpersonales, crisis de conversión, insomnio, negativismo. El tratamiento fue médico dietético, catarsis, recuperándose su estado somático y obteniendo alivio en su estado ansioso. El caso sirvió para mostrar cómo los conflictos sucesivos en una personalidad básica disminuida y en un soma lábil, aceleran la presencia de desórdenes endocrinos, que produce la recrudescencia en dos oportunidades. La actitud afable y el escuchar su problemático siempre dio buen resultado.

Historia Clínica N° 4. Hipotiroidismo. Psicosis endocrina. (Reacción psicofisiológica endocrina).

J.D.A. de 11 años, procede de Lima, estudiante del 5º de Primaria, consultó al Servicio de Pediatría del H.C.P. el 18 de marzo de 1961. Sobre su enfermedad refieren los padres que han notado falta de descenso testicular, "bochornos" en hemicara izquierda, palidez en la derecha que se acentúa con las emociones, inhibición por el juego, labilidad emocional e hipobulia. En la Historia familiar, padre y madre de carácter enérgico que imponen ambiente hogareño rígido. En su Historia personal siempre llamó la atención por lo "pesado, tímido y flojo", igualmente por su obesidad, somnolencia frecuente. Al ex. físico: 1.38 m. de altura, pulso 78 pm. reg. Manos infiltradas hipotérmicas, con sudoración emotiva. Tep. axilar 36.3°. Genitales externos con penis brevis y criptorquidia bilateral. En los ex. aux. se encontró: EC = 1.3 a. EM = 9.3 a. Co. Int: (Goodenough) 96%, MB = - 9%. Colesterol total = 300 mgrs. %. Iodo proteico = 3 microgramos %. En el examen psíquico y psicopatológico se encontró: inestabilidad afectiva, bajo nivel de energía y acción, inhibición en las relaciones interpersonales. El tratamiento fue hormonal, vitamínico y reeducativo, con buenos resultados. El caso sirvió para demostrar cómo

una afección endocrina, que condiciona un soma defectuosa, unido a un ambiente familiar desfavorable, propicia el desarrollo anormal de la personalidad.

Historia Clínica N° 5. Enfermedad de Adisson. Psicossíndrome endocrino (Reacción psicofisiológica endocrina).

E.A.F. de 27 años, procede de Ancash, agricultor, se internó en el Hospital 2 de Mayo, sala San Vicente el 18-1-1960. Sobre su enfermedad refiere el paciente, que hace dos años notó hiperpigmentación pardo-negrucza en pómulos, cara, manos, cuello y pies, concomitante a anorexia, pérdida de peso y odelgazamiento, astenio y fatiga fácil, parestesias en miembros inferiores, palpitaciones, dolor precordial al ejercicio; así continuó durante un año en que aparece tos con espectoración, nota disminución de la potencia sexual con angustia concomitante y sentimiento de culpa, irritabilidad y "mareos"; en estas condiciones fue hospitalizado. En la Historia familiar se encontró alteraciones de la personalidad en la madre (mesalinismo), los dos hermanos de carácter querellante. En la Historia personal, la crianza fue rígida, el ambiente del hogar fue regular, con frecuente disputas, fue, de pequeño, agresivo, sus relaciones heterosexuales iniciadas a los 16 años se mantuvieron normales hasta la iniciación de su E.A. Al examen físico se encontró hiperpigmentación bruno parduzca de piel y mucosas con mayor notoriedad en pómulos, mejillas, cuello, miembros, abdomen, genitales externos, mucosa labial, lingual y gingival. Biotipo leptosomo, de aspecto odelgazado; cicatriz antigua por herida contusa en cuero cabelludo, región occipital y óntero externa del muslo izquierdo; hipertrofia gonglionar sub maxilar, inguinal y axilar, móviles, no dolorosos; Bradicardia (56 p.m.), disminución en intensidad de los ruidos cardiacos, Bradisfigmia (56 p.m.), Borborigmos en fosa ilíaca izquierdo, vello pubiano de distribución feminoide. En los exámenes auxiliares la prueba de Thorn, mostró una curva casi plana. La prueba de Robinson - Power - Kepler igualmente; Glicemia: 70 mgrs. % C.E.S. = 21 mm. hora (Westergreen). 17 cetoesteroide urinarios: 7.6 mgrs. en 24 h. 17 Hidroxiesteroides: 4.77 mgrs. en 24 h. La prueba de tolerancia a la Glucosa dio una curva casi plana. E.C. Gr.: Bradicardia sinusol. Na: 136- 4 mgrs. %. K. = 4.6 meq. CL. = 98 meq. R.A. = 30 u. Radiografía pulmonar: Tuberculosis pulmonor marcada bilateral a predominio izquierdo. En el examen psíquico y psicopatológico se encontró irritabilidad, angustia, sentimientos de culpa, cataplexia del despertar, intelectualización excesiva, agresividad, tristeza, fobias, labilidad emocional, inquietud, sentimiento de minusvalía, desorientación por pérdida de la fé, impotencia psicógena, insomnio. El tratamiento consistió en corticoides, antituberculosos, sedantes y catarsis, obteniéndose mejoría parcial, se logró modificar su estado afectivo principalmente. El caso sirvió para demostrar cómo una endocrinopatía hace resaltar los rasgos de personalidad, ecllosionando los sentimientos de culpa y angustia ante la disminución del vigor físico, y fijación de la agresividad hacia las figuras familiares, que obligaron al tratamiento combinado.

Historia Clínica N° 6. Pubertad precoz. Síndrome Hipotalámico. Psicossíndrome endocrino. (Reacción psico-fisiológica endocrina).

C.Z.G.S., 13 años, natural de Tarma, procede de Lima (5 meses) estudiante del 2º de Primario. Ingresó al Hospital 2 de Mayo, Sala San Vicente c. N° 9 el 14-1-

1960; mestiza, católica. Sobre su enfermedad refiere, que desde los 5 años notó desarrollo corporal no acorde a su edad: miembros cortos, vello corporal pubiano y axilar presente, barba y bigote, voz grave, genitales externos desarrollados; al mismo tiempo presentó convulsiones tónico - clónicas, que alternan con pérdida de conciencia, sin convulsiones desde hacen 2 años, cefalea esporádica occipital, de mediana intensidad, tipo gravativa, recibió tratamiento sintomático por 3 años mejorando, en los últimos aumenta la pérdida de conciencia, con frecuencia diaria, y que obliga a su internamiento. En la historia familiar: padre explosivo y alcohólico crónico, abuela con crisis comicales. En la historia personal, nació a los 10 meses de gestación (?), primeras palabras a los 3. 6 años, masturbación de los 7 a 11 años con frecuencia de 2 veces por día; T.E.C. a los 9 años por caída con pérdida del conocimiento por breves minutos. Fue arrojado del hogar paterno y negado como hijo a los 10 años, desde niño fue rebelde. En el examen físico se encontró: desarrollo corporal no acorde con su edad cronológica, masas musculares y genitales externos desarrollados a la forma secundaria; tumoración ósea en el hueso occipital de 2 x 2 cms., no dolorosa, lisa; disminución de la convergencia y campimetría, desviación de la Uvula a la derecha; diplopia a la mirada inferior. En los exámenes auxiliares: 17 KE: 11.25 mgrs. % 17 H.C.: 7.87 mgrs. %. Fondo de ojo: papilas con bordes borrosos, especialmente en lado derecho. E.E.G.: Disritmia, centro encefálico. Neumoencefalografía fraccionada: Tuber cinereum deformado, infundíbulo ancho con imagen de adición compatible con tumoración hipotalámica óntero-inferior. En el examen psíquico se encontró: signos de ansiedad, inseguridad, labilidad emocional, crisis de pérdida de conciencia, con y sin convulsiones, ideas de referencia sensitivas y de minusvalía personal. La terapia consistió en anticonvulsivos, opoterapia, sedantes y catarsis, lográndose modificación del estado emocional y de lo conducto hacia el padre. El caso sirvió para demostrar como la displasia modifica el desarrollo normal de la personalidad, paralelo a los demás factores.

Historia Clínica Nº 7. Síndrome de Turner. Colitis hemorrágica. Psicossíndrome endocrino. (Reacción psicofisiológica endocrina).

A.M.A., 28 años, mujer, natural de Miraflores, procede de Lima, soltero, maestra, ingresó al Hospital Lcayza el 29-XII-1959, Pab. 3-11, c. Nº 50, mestiza, displásica, católica. Sobre su enfermedad refiere, que desde 1953 presenta en forma brusca cámaras diarreicas en número 3 por día, acompañados de dolor difuso abdominal, esta sintomatología fue en episodios, el último de los cuales obliga a su internamiento. En la historia familiar refiere madre irritable, una hermana indiferente afectiva. En la historia personal presentó: llanto nocturno frecuente; aversión al ambiente escolar por burla de sus compañeros ante su displasia, aislamiento, amenorrea primaria. En el examen físico se encontró raquitismo, ausencia de caracteres sexuales secundarios. En los exámenes auxiliares Cromatino sexual negativa (método Fono). En el examen psicológico y psicopatológico se encontró un apaciente con modos infantiles, con pseudo percepciones cenestésicas: "Cuando alguien se queja, siento que salta el estómago", pseudo diplopia: "Cuando estoy nerviosa veo doble", pseudo percepciones quínestésicas: "Cuando me echaba a descansar sentía que mi cama se movía". La inteligencia impresiona como por debajo del nivel promedio; en el pensamiento sus preocupaciones prominentes giran en torno a sus síntomas somáticos y alteraciones gastro intestinales; en los procesos afectivos se registraron: tendencia al miedo, y miedo al temor,

desarmonía entre la respuesta emocional y el estímulo, síntomas depresivos; sentimientos de minusvalía personal, inseguridad. El tratamiento empleado fue endocrino y catarsis, mejorando parcialmente ambas sintomatologías. El caso sirvió para demostrar cómo la displasia condiciona la latencia de una fuerte carga emocional, que mantiene inmoduro el desarrollo de la personalidad; la labor del endocrinólogo es paralela a la del psiquiatro.

Historia Clínica Nº 8. Neoplasia Gástrica. Síndrome de Klinefelter (?). Psicosisíndrome endocrino. (Reacción psico-fisiológica endocrina).

A.M.P., 60 años, natural de Cajamarca, procede de Cajamarca, agricultor, instrucción elemental... Displásico. Internado en el Hospital 2 de Mayo desde el 23 de Diciembre de 1959 en la sala San Pedro. Sobre su enfermedad refiere el paciente que desde 1958, presenta dolor en la fosa iliaca izquierda irradiado a región lumbar de fuerte intensidad que lo obliga a la hospitalización. En la historia familiar el hermano mayor presenta diátesis explosivas y celotipias. En la historia personal, de pequeño fue tímido e hipobólico, lo cual le produjo dificultades posteriores en la escolaridad e interrelación, abandonando la escuela, a los 8 años presentó T.E.C. de mediana intensidad con pérdida del conocimiento por varias horas; su primera relación sexual fue dificultosa debido a la pequeñez de sus genitales externos, presentó orgasmo, así las ha continuado hasta hace un año, en que presentó impotencia, se casó a los 27 años, tuvo un hijo a los 6 años de matrimonio. En el examen físico se encontró desarrollo feminoide, vello axilar y pubiano escasos, miembros desproporcionados al tronco, ginecomastia bilateral, tórax en tonel, roncantes diseminados en ambos hemitórax, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, genitales externos notablemente reducidos de tamaño, vello pubiano de distribución feminoide, manos con dedos alargados y delgadas, miembro inferior izquierdo con rotación izquierda, y discreta flexión de la rodilla con longitud mayor en 4 cm. que el derecho; circulación colateral en región del muslo izquierdo con aumento discreto de la temperatura a ese nivel, edema duro a nivel del muslo y pierna izquierda, hipertrofia ganglionar en ambas fosas iliacas. En los exámenes auxiliares: 17 KE. = 9 mgrs. en orina de 24 h. Al examen psíquico y psicopatológico se encontró inteligencia por debajo del nivel promedio, actitud afectiva indiferente, tendencia a la preocupación y hostilidad, la acción es de bajo nivel de energía y vigor, sentimiento de minusvalía personal, prejuicios sexuales, aislamiento. El tratamiento fue vitamínico y catarsis con lo que consiguió un mejor conocimiento de sus características personales, tornándose colaborador al tratamiento médico. El caso sirvió para demostrar cómo el desarrollo de personalidad marcha paralelo a la disendocrinia, con sucesivos desplazamientos y compensaciones, limitando la actitud del Yo.

Historia Clínica Nº 9. Eunucoidismo. Síndrome Respiratorio. Reacción exógena aguda. (Síndrome cerebral agudo).

F.R.L., 18 años, natural de Apurímac, procede de Lima (18 años), ayudante de carpintero, ingresó al Hospital 2 de Mayo, sala San Pedro, c. Nº 50 el 16-X-1960. Desde hace 5 años presenta tos persistente, dolor de espalda, cefalea, adelgazamiento y astenia; irritabilidad y miedo infundado. En la Historia familiar. un hermano con

crisis alucinatorias; una sobrina con episodios comiciales. En la Historia personal, crianza rígido, ambiente familiar tenso, T.E.C. a los 12 años, con pérdida del conocimiento por varias horas, desorientación posterior; paludismo en 1953, con delirio alucinatorio en sus accesos febriles; a los 17 años su primera relación heterosexual, dificultosa por lo pequeñez de sus genitales externos. En el examen físico se encontró facies y aspecto eunucoide, ausencia de vello axilar y pubiano, genitales hipotróficos, uñas en vidrio de reloj. En los exámenes auxiliares: 17 K. E.: 4.93 mgrs. x 24 h. G.TU.: 5 u. r. en orina de 24 h., método Osborne. En el examen psíquico y psicopatológico se encontró verborrea, incoherencia, pseudo percepciones táctiles cenestésicas: "Sentí como si mi vecino me chocara"; pseudo percepciones alucinatorias visuales: "Una culebra me conversa"; auditivas: "oigo gritos del gato negro"; ambivalencia, disgregación. El tratamiento fue sintomático, con el que se llegó a la remisión social. El caso sirvió para demostrar cómo se presenta una reacción exógena aguda en un endocrinópato.

Historia Clínica Nº 10. Síndrome Nefrótico. Reacción exógena aguda terapéutica. (Síndrome cerebral agudo).

L.C.M., natural de Lima, de 13 años, procede de Lima, estudiante. Ingresó al Hospital Loayza, Pabellón IV, Sala II el 20 de Diciembre de 1959. Refiere que desde hace 3 meses nota en forma insidioso hinchazón en miembros inferiores hasta la altura de las rodillas y muslo, posteriormente edema palpebral, cefalea gravativa, posteriormente distensión abdominal, náuseas y vómitos, recibió tratamiento médico mejorando; en los últimos días presenta oliguria, anorexia y anasarca, por lo que se le hospitaliza. En la historia familiar se encontró padre querellante, madre dominante; en la Historia personal se encontró crianza sobreprotegida, un episodio de hepatitis a los 11 años. En el examen físico: facies edematosa, edema en M. inferiores y región lumbó sacro, poliadenopatía generalizada, pared abdominal con circulación colateral, macidez en hemiabdomen inferior. En los exámenes auxiliares: Proteíne-mia: 2.92 grs. %. Sedimento urinario: cilindros hialinos y epiteliales, coprocultivo = *Proteus vulgaris*. C.E.S. = 26 mm (Westergreen). En el examen psíquico se encontró: pseudopercepciones visuales (tipo alucinaciones, alteraciones de la forma espacial), olfatorias, auditivas, táctiles, temor, pánico, hipobulia, todas estas manifestaciones habían aparecido desde la iniciación de la terapia con corticoides. El tratamiento consistió en ataráxicos y catarsis, habiéndose obtenido remisión de la angustia, modificación de su actitud frente a la enfermedad, regulares resultados en las pseudopercepciones. El caso sirvió para demostrar como la terapia corticoide desencadena cuadros psicóticos en personalidades predispuestos, y que marchan paralelas a su uso.

CORRELACIONES ENCONTRADAS

De nuestra casuística extractamos los siguientes datos:

1. Los desórdenes psicopatológicos que se producen en las endocrinopatías pueden ser agrupados en tres grandes síndromes: a) reacción aguda exógena. b) Psicossíndrome amnésico y c) Psicossíndrome endocrino. En nuestra casuística presentada de 25 casos, correspondien-

tes a 12 endocrinopatías, hemos encontrado seis reacciones agudas exógenas, 2 de las cuales son por terapia hormonal (Nº 22 y 23), dos psicosis amnésicas y 17 casos de psicosis endocrina, lo cual guarda relación con la proporción hallada en la literatura.

2. La acromegalia según el estado actual de nuestros conocimientos, conduce en la gran mayoría de los casos a una alteración de la personalidad, sin que los trastornos mentales lleguen a la psicosis grave. En su conjunto el cuadro psíquico que presentan corresponde al psicosis endocrina (en los casos de constitución acromegaloide el componente psíquico es mayor aún). La vida instintiva se altera en lo referente al hambre, sed, movimiento y sueño. El afecto tiende a la irritabilidad y apatía. El curso del pensamiento se hace lento. En las relaciones con los demás hay desconfianza y superficialidad. En el caso presentado por nosotros (Nº 1) se encuentran alteraciones de la personalidad con utilización de mecanismos de defensa que corresponden igualmente al psicosis endocrina. En la afectividad se encontró incontinencia emocional, indiferencia afectiva, no hubo alteraciones en las relaciones interpersonales, se encontraron alteraciones de la inteligencia tipo torpeza mental y de la voluntad. En el caso sospechoso de constitución acromegaloide se encontraron alteraciones del pensamiento (participación en el ser de las cosas, poder mágico del pensamiento e ideas de referencia) y de la afectividad (irritabilidad y angustia).

3. En el síndrome de Sheehan los trastornos psíquicos son notables, llegando hasta la forma francamente psicótica. La voluntad, afectividad y la inteligencia se hallan alteradas en el sentido de una reacción exógena aguda. En nuestro caso encontramos igualmente una reacción de este tipo, teniendo comprometidas la voluntad, el afecto, la inteligencia, el pensamiento, la percepción y la integración de la personalidad.

4. Todas las formas de hiperfunción tiroidea presentan trastornos en la esfera afectiva (tensión emocional, distimias), en la acción (cansancio excesivo) que se encuadran dentro del psicosis endocrina; la dirección de la atención se polariza al mundo externo, se alteran las relaciones interpersonales.

Nosotros presentamos cuatro casos de hiperfunción tiroidea, todos adultos, en los cuales los trastornos corresponden: 3 casos (75) al

psicosíndrome y un caso (25%) a la reacción exógena aguda. No hemos encontrado psicosis amnésica; en todos ellos fue evidente el compromiso afectivo (labilidad emocional, angustia) y de la acción (fatiga fácil, inquietud). Por otra parte estaban alteradas las funciones de integración, de la personalidad y del pensamiento.

5. El hipotiroidismo adquirido a temprana edad presenta retraso intelectual, alteraciones de la esfera afectiva; los casos adquiridos en edad adulta presentan curso del pensamiento lento y compromiso de la acción pudiendo llegar al psicosis amnésica que en gravedad es el mayor de todas las endocrinopatías.

Nosotros presentamos ocho casos de hipotiroidismo (Nos. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) correspondientes a cuatro adquiridos en edad infantil, 3 adultos mixedematosos, y un adulto con bocio endémico. De los 8 casos presentados, la inteligencia fue deficiente en cinco de ellos (correspondiente a un niño y 4 adultos) y normal en los tres restantes; en la esfera afectiva todos mostraron alteraciones, igual sucedió en la acción; además hemos encontrado desarrollo anormal de la personalidad en todos ellos, alteraciones en la percepción en seis (75%) y los dos restantes (25%), relaciones con los demás deficientes en 6 casos (75%) y normales en los dos restantes (25%). Debemos recordar que Turmel y cols. observaron mejoría en el 91.5%. De los 8 casos nuestros: uno correspondía a una psicosis amnésica, y los 7 restantes eran psicosis endocrina, ninguna reacción exógena aguda fue encontrada.

6. La enfermedad de Addison presenta tres desórdenes principales: 1) alteración constante de la personalidad (abulia y apatía); 2) psicosis amnésica y 3) manifestaciones de psicosis graves. Comparativamente estos desórdenes son más leves que los correspondientes a acromegalia; casi siempre se encuentra desarrollo anormal de la personalidad, evidente en las relaciones con los demás, la acción disminuye en su constancia, es decir que el sujeto no finaliza las tareas que emprende, por fatiga.

Aún cuando la etiología del adisoniano y tuberculoso pulmonar es semejante, no se encuentran cuadros psíquicos parecidos; la psicopatología del cuadro adisoniano correspondería en consecuencia a una demencia senil precoz y leve. Al lado de esta enfermedad se tiene el adisoniano caracterizado por debilidad córtico-suprarrenal permanente con manifestaciones neurasténiformes, que en el momento actual es objeto de intensa polémica.

En los dos casos que presentamos (Nos. 15, 16), hemos encontrado factores determinantes de un anormal desarrollo de la personalidad; ambos presentaron un cuadro correspondiente a psicosisíndrome endocrino; las relaciones con los demás eran escasas; la acción de escasa constancia; además en ambos encontramos factores predisponentes, actuando la enfermedad endocrina como factor desencadenante; el examen psíquico además arrojó alteración en la polarización de la atención, alteración de los procesos afectivos y de integración de la personalidad, con uso de mecanismos de defensa. El tratamiento de ambos fue mixto, habiéndose obtenido un resultado bueno y el otro regular.

7. Un cuadro psicopatológico de la enfermedad de Cushing, y de los síndromes de Cushing Suprarrenal y medicamentoso son semejantes. Hay en ellos un compromiso permanente de la personalidad que se presenta alternativamente con episodios psicóticos y que son semejantes a los que se presentan en el acromegálico (alteraciones en el humor prevalente y procesos afectivos, tipo distimias. En las psicosis se encuentran alteraciones perceptivas tipo alucinatorio y delusiones. La historia personal del enfermo presenta factores determinantes y desencadenantes.

Nosotros hemos encontrado en un cuadro de Cushing terapéutico (Nº 17), reacción tipo exógena aguda con alteraciones del humor prevalente y afectividad tipo incontinencia. En la percepción se encontró pseudopercepciones auditivas alucinatorias y delusiones. En su historia personal se encontró factores determinantes, psiquiátricos (crianza rígida), actuando como estímulo desencadenante la terapéutica hormonal. Además se halló alteraciones del pensamiento de los procesos integrativos con utilización de mecanismos defensivos. El tratamiento fue psiquiátrico con buenos resultados.

8. En la pubertad precoz no hay paralelismo instintivo, intelectual y somático de la sexualidad, en cambio la acción y los procesos afectivos están desarrollados precozmente; las psicosis y neurosis graves son muy escasas, a excepción de los que reconocen etiología neurológica. La hostilidad del ambiente los hace utilizar sus mecanismos de defensa, la psicoterapia tiene que estar orientada a la adaptación de la situación, psicagogía ante el sentimiento de inferioridad y normalidad en las relaciones con los demás. De las tres causas de la pubertad precoz (cerebral, constitucional y gonadal), las cerebrales tienen la mayor importancia. En ellos hay infantilismo psicosexual con relaciones neuróticas al medio.

Hemos encontrado en nuestro caso presentado (Nº 18), alteraciones en los procesos afectivos y la acción. El psicossíndrome endocrino era de gran intensidad (siendo la endocrinopatía de causa neurógena), presentaba además trastornos en la integración con utilización de mecanismos defensivos. Se encontraron factores predisponentes y determinantes de un desarrollo anormal de la personalidad y estímulos desencadenantes de un estado neurótico.

9. En el Síndrome de Turner el desarrollo mental es normal pero con infantilismo psíquico. Los cuadros que acompañan a la endocrinopatía corresponden al psicossíndrome endocrino.

En nuestro caso (Nº. 19) encontramos nivel y amplitud intelectual normales con infantilismo psicosexual. Nuestra enferma hizo igualmente un cuadro de psicossíndrome endocrino. En su historia familiar y personal presentó factores predisponentes y determinantes de tipo psiquiátrico y estímulos desencadenantes. En el examen psíquico además se presentaban pseudopercepciones cenestésicas y quinestésicas, acción disminuida y anomalías en la integración con utilización de mecanismos de defensa. El tratamiento fue mixto con regulares resultados.

10. Los eunucos presentan disminución de la libido y de la potencia generatriz. Los hipogonadotropos presentan infantilismo emocional con estados de agitación, inteligencia deficitaria, del tipo de la debilidad mental. Al lado de ellos está el "pseudoeunucoidismo" con síntomas semejantes.

En el caso que presentamos (Nº 20), hemos encontrado alteración de los procesos afectivos, con disminución de la acción e inteligencia normal; además se encontraron en la historia personal factores activos predisponentes y desencadenantes del tipo psiquiátrico. Hubo alteraciones de la percepción, conciencia del yo, pensamiento e integración que encuadraba dentro de una reacción exógena aguda. El tratamiento instituido fue psiquiátrico, con buenos resultados.

11. En el hipogonadismo masculino el cuadro psíquico presenta disminución de la libido con pasividad coeundi, en la inteligencia puede alcanzarse el nivel promedio. La personalidad se acerca al inseguro. El tratamiento hormonal condiciona la mejoría somática que es causa de posterior mejoría psíquica.

En nuestro caso (Nº 20) hemos encontrado en la afectividad una indiferencia aparente, la inteligencia se encontraba a niveles normales y el contenido de su pensamiento estaba cargado de fuerte componente

erótico. En su historia personal se encontraron factores predisponentes determinantes y desencadenantes; había igualmente alteración en la acción e integración, con utilización de mecanismos defensivos. El tratamiento mixto dio en este caso buenos resultados.

12. Los diabéticos jóvenes son sujetos sensibles, retraídos y de temperamento esquizoide; los diabéticos adultos poseen inteligencia, acción y pensamiento normales que en algunas ocasiones presentan cuadros represivos como síntomas leves, (la diabetes prolongada acarrea impotencia) y se agravan con los conflictos emocionales.

Presentamos un caso de diabetes sacarina complicado con hipertiroidismo (Nº 4). En él la inteligencia era normal, habiendo alteraciones de la acción (hiperactividad, fatiga física), pensamiento (preocupación), afectividad (emotividad, inestabilidad, desesperación), integración de la personalidad con existencia de factores determinantes. (Crianza fácil). Existieron igualmente factores desencadenantes (traumas psíquicos). La terapia mixta dio buenos resultados.

13. Las hipoglicemias orgánicas, funcionales y terapéuticas, presentan disminución de la percepción y atención, lentitud del tempo psíquico y despersonalización que corresponderían a una reacción exógena aguda. Los casos graves de hipoglicemia orgánica conducirían al psicossíndrome amnésico con alteraciones electroencefalográficas. En las formas funcionales da los mejores resultados la psicoterapia.

14. El ACTH, la cortisona y la DOCA (con ácido ascórbico) dan similares cuadros psicopatológicos, produciendo cambios en el humor prevalente y en la acción. El resto de la sintomatología es similar al producido en el síndrome de Cushing. Su aparición no indica la suspensión de la terapia hormonal, los casos graves tienen éxito al ser tratados con electrochoque; por otra parte, el efecto euforizante es usado en psiquiatría con miras a mejorar cuadros depresivos.

En dos casos estudiados de reacción exógena aguda por corticoides (Nº 22 y 23), hemos encontrado alteración de los procesos afectivos, en uno de ellos la acción era normal, igualmente la conciencia del yo y la percepción; en ambos se encontró alteración de los procesos de integración de la personalidad con utilización de mecanismos de defensa. Además en la historia personal había factores predisponentes y determinantes psiquiátricos, habiendo actuado como desencadenante el tratamiento corticoide. En un caso el tratamiento fue exclusivamente psiquiátrico y en el otro, mixto, obteniéndose buenos resultados.

De la literatura consultada se establecen las siguientes correlaciones:

15. Las alteraciones en la función endocrina, en general, guardan gran afinidad con las alteraciones de las tendencias instintivas (depresión - agitación) sin que haya correlación especial sino total.

16. El retraso biológico parcial es terreno propicio para el desarrollo anormal de la personalidad. En las mujeres neuróticas las hipoplasias son mucho más frecuentes que algún otro estigma constitucional.

17. Los casos graves de hiperparatiroidismo presentan síntomas correspondientes a una reacción exógena aguda. En los restantes, inicialmente se tiene en los menos el cuadro de psicósíndrome amnésico y en la gran mayoría el psicósíndrome endocrino.

18. No se ha llegado a establecer correlación psicósomática entre la menopausia con alguna alteración hormonal. Las mujeres inseguras e inestables afectivas durante el climaterio lo han sido desde mucho tiempo atrás; sin embargo en las alteraciones emocionales climáticas leves prima el tratamiento combinado hormonal.

19. Los andrógenos usados en sujetos normales producen alteración de la libido, personalidad y estado general.

20. La castración femenina se caracteriza por la prevalencia de la disminución de la libido en estrecha relación con el desarrollo de la personalidad. Son frecuentes las distimias y escasas las psicosis. En la mujer madura estas características se presentan más atenuadas.

21. El cuadro psicopatológico del síndrome adreno genital se caracteriza por: escasa inclinación heterosexual, sin homosexualidad, tendencia a las distimias. En estos casos la terapéutica hormonal ocupa el plano secundario. Prima la psicoterapia reeducativa, que estará orientada a que el sujeto supere la exclusión y rechazo de los demás.

22. La testosterona y derivados usados en los síndromes depresivos coadyuvan al buen éxito terapéutico. Ningún resultado positivo se ha obtenido al usarse en esquizofrenia y psicosis maniáco-depresiva.

23. La hormona tiroidea usada en normales y oligofrénicos produce incremento favorable de los niveles de inteligencia.

24. Las anotaciones presentadas anteriormente corresponden a las correlaciones en las cuales se encuentran pareceres similares en la literatura. En los restantes campos de la psico-endocrinología no existe, aún, parecer unitario.

CONCLUSIONES

1. En esta pequeña serie seleccionada observamos que en las endocrinopatías prima el desorden somático, siendo secundario el síntoma psíquico; estos síntomas pueden ser a su vez reactivos o acompañantes a la enfermedad orgánica. Es así como de los 25 casos presentados en nuestra cusiística, 15 (60%) acudieron a la consulta médica por trastornos inicialmente somáticos; 7 (28%) acudieron por síntomas de inicio mentales y 3 (12%) por sintomatología mixta.

2. La personalidad pre-mórbida parece jugar papel decisivo en la aparición y evolución de los trastornos antes mencionados. Al concluir nuestra serie observamos que de los 25 casos presentados: 16 (64%) presentaron factores predisponentes y 23 (92%) factores determinantes.

3. Los desórdenes psicopatológicos acompañantes de las endocrinopatías parecen no tener relación de especificidad con los estímulos desencadenantes; es así como de los 25 casos presentados: 6 (24%) presentan estímulos psicógenos; 6 (24%) de tipo hormonal, 4 (16%) por hormonoterapia y los restantes 9 por diversas causas.

4. El psicossíndrome endocrino es el cuadro más común, siendo raro el psicossíndrome amnésico; es así como de los 25 casos presentados: 17 (68%) presentaron el primer cuadro, 6 (24%) reacción exógena aguda y sólo 2 (8%) psicossíndrome amnésico. (Reacción psicofisiológica endocrina, síndrome cerebral agudo y síndrome cerebral crónico respectivamente).

5. La esfera afectiva y la acción presentan gran compromiso en las endocrinopatías en nuestros 25 casos clínicos; todos ellos presentaban compromiso de estas funciones, y en especial en los casos con patología tiroidea.

6. Conforme a la literatura y nuestras observaciones, los casos con alteraciones gonadales presentaron profundas anomalías en las relaciones con los demás y en los procesos integrativos, con utilización de mecanismos de defensa compensatorios.

7. Por los hechos anteriores reafirmamos nuestra posición, en el sentido de que las alteraciones psicopatológicas de las reacciones agudas exógenas terapéuticas no contraindican su continuidad.

8. El tratamiento exclusivamente psiquiátrico debe hacerse en casos bien observados en nuestra serie: 5 (20%) recibieron tratamiento de esta forma, con buena evolución en 3 (12%) y regular en 2 (8%).

9. El tratamiento mixto (psico-endocrino) ofrece mejores posibilidades; en nuestra casuística 17 casos (68%) recibieron terapia, obteniéndose buena evolución en 10 de ellos, regular en 6 y en 1 (4%) incierta.

10. En toda endocrinopatía es indispensable el reconocimiento por el psiquiatra, endocrinólogo y psicólogo (eventualmente los demás especialistas) cuya reunión de conocimientos dará un diagnóstico y tratamiento multidimensional.

11. Todo lo antes dicho ha tenido por objeto llegar a concluir la íntima relación que guarda la psiquiatría con las demás especialidades, y cómo el trabajo en común del psiquiatra con los demás especialistas, pueden haber llegado a producir los hermosos trabajos de investigación que se registran en la literatura.

12. Por todo lo anteriormente dicho se reafirma que, por encima de todas las cosas el ser enfermo es una persona y como tal, siente, quiere y piensa.

RESUMEN

De 25 observaciones clínicas se presentan en este trabajo los resúmenes de las historias de 10 pacientes con síntomas endocrino-psiquiátricos, que correspondían a 12 endocrinopatías diferentes y dos reacciones psicofisiológicas agudas debidas al uso hormono-terapéutico. Seguidamente se discuten los hallazgos, correlacionándolos a un previo resumen de los conocimientos actuales de esta especialidad, basados en las principales publicaciones aparecidas en los últimos 10 años y encaminados al aspecto psicopatológico de las endocrinopatías, al estudio endocrino de las enfermedades mentales y a los efectos psíquicos de la hormonoterapia. En las conclusiones se establece la correlación de la psiquiatría con las demás especialidades y se reafirma el concepto del hombre enfermo, como persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Bleuler, M.: The similarity of endocrine and localized cerebral psychosindrome and their theoretical importance. *Folia Psychiat.* 56 (5): 593-601. 1953.
2. Bleuler, M.: Endocrinología y Esquizofrenia. *Acta Luso Esp. Neurol. Psiquiat.* 15 (4): 281-291. 1956.

3. Bleuler, M.: Die psychiatrische Bedeutung der steroid hormone. *Med. Klin.* 51 (24): 1013-1017. 1956.
4. Bleuler, M.: *Psiquiatría Endocrinológica*. Ed. Finchelmann. Bs. Aires. 1956.
5. Bleuler, M.: *Endokrinologische Psychiatrie*. Stuttgart. 1954.
6. Bleuler, M.: *Endokrinologie und Psychiatrie*. Wien, Z. Nervenheilk. 14 (1): 16-27. 1957.
7. Bleuler, M.: *Obra inédita*. 1960.
8. Faure, H.: y cols.: Sur la response de la cortico surrenale comme test de pronostic dans les accesos maniac depresifs. (Sobre la respuesta de la corteza suprarrenal como test de pronóstico en los accesos maniaco depresivos). *Presse Med.* 65 (4): 65-66. 1957.
9. Garrone, G. & Constantinidis, J.: Relations entre l'involution des glandes endocrines et les affections psychiatriques de l' age avance. (Relaciones entre la involución de las glándulas endocrinas y las afecciones psiquiátricas de la edad avanzada). *Schweiz. Med. Wochschr.* 89 (46): 1211-1215. 1959.
10. Marzi y Teodori, U.: *Ricerca sulla personalità nel morbo di Addison*. (Estudios sobre personalidad en el Addison). *Rass. Neurol. Veg.* 11 (2) 99-106. 1955.
11. Marzi y Teodori, U.: *Ricerca sullo personalità nell' acromegalia e nell' gigantismo*. (Estudios sobre la personalidad en la acromegalia y en el gigantismo). *Rass. Neurol. Veg.* 11 (2): 107-113. 1955.
12. Marzi y Teodori, U.: *Ricerca sulla personalità nell' ipogonitismo maschile in età adulta*. (Estudios sobre la personalidad del hipogonitismo masculino en la edad adulta). *Rass Neurol. Veg.* 11 (2): 114-124. 1955.
13. Marzi y Teodori, U.: *Ricerca sulla personalità nella sindrome surrenogenitale nell' irsutismo*. (Estudios sobre la personalidad en el síndrome adreno cortical y en el hirsutismo). *Rass. Neurol. Veg.* 11 (2): 135-152. 1955.
14. Persky, H. y cols.: *Adrenal cortical function in anxious human subject plasma level and urinary excretion of hydrocortisone*. (Función o córtico suprarrenal en sujetos ansiosos). *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago). 76 (5): 549-558. 1956.
15. Persky, H. y cols.: *Effect of hypnotically induced anxiety on the plasma hydrocortisone level of normal subjects*. (Efectos de la hipnosis sobre el nivel plasmático de hidrocortisona en sujetos normales). *J. Clin. Endocr.* 19 (6): 700-710. 1959.
16. Persky H. y cols.: *Blood corticotropin and adrenal with maintenance factor levels of anxious patients and normal subjects*. *Psycho*.
17. Reiss, M.: *Investigations into psychoendocrinology*. (Investigaciones en psicoendocrinología). *Int. Rec. Med. Gen. Pract. Clin.* (Washington). 166-203. 1953.
18. Reiss, M.: *Psychoendocrinology*. (Psicoendocrinología). *J. Ment. Sci.* 101. (424): 683-695. 1955.
19. Reiss, M.: *Endocrine concomitants of certain physical psychiatric treatments*. *J. Clin. Exp. Psychop. Quart. Rev. Psych. Neurol.* (Wsh.) 17 (3): 254-262. 1956.

20. Sterns, S.: Self destructive behaviour in young patients with diabetes mellitus. (Conducta autopunitiva en pacientes jóvenes con diabetes mellitus). *Diabetes*. 8 (5): 379-382. 1959.
21. Tomourung, E. y cols.: Influenciata largactilului asupra unor constante biochimice si importante socierü teraiaii hormonale en largactilul la bolnavü en tulbulari psihice si endocrine. (Influencia del largactil sobre las constantes bioquímicas en pacientes mentales asociados a tratamientos hormonales). *Stud. Cercet. Endocr.* 9 (3): 359-366. 1958.