

La ansiedad lo explica todo: un caso de encefalitis límbica.

Anxiety explains it all: limbic encephalitis, a case report.

José Miguel Meca García¹; María Nieves García Recio²; Miguel Soto Ontoso³.

Calle Faisán 6, 2A, 04009, Almería.
mecaarrebola@gmail.com

RESUMEN

Los síntomas de tipo neuropsiquiátrico de la encefalitis, constituye en ocasiones un reto para los psiquiatras. En la patogénesis de este desorden neurológico, se conocen causas infecciosas y de naturaleza inmunológica, si bien existen mecanismos todavía desconocidos. El caso que describimos, se trata de un menor con una clínica atípica de ansiedad, junto a otros hallazgos clínicos, compatibles con afección neurológica, si bien de comienzo posterior a la clínica ansiosa.

Palabras clave: Encefalitis límbica, ansiedad, trastorno conversivo.

ABSTRAC

The neuropsychiatric symptoms of encephalitis, it is sometimes a challenge for psychiatrists. In the pathogenesis of the disorder, infectious and immunological causes are known, although there are still unknown mechanisms. The report described an atypical anxiety in a child, other neurological findings appear after anxiety symptoms.

¹ Psiquiatra en Agencia Pública Sanitaria Hospital de Poniente El Ejido - Almería)

² Psiquiatra en Hospital Vithas La Salud (Granada)

³ Psiquiatra en Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)

Key words: Limbic encephalitis, anxiety, conversive disorder

INTRODUCCIÓN

Muchos aspectos de la patogénesis de las encefalitis agudas, se han ido clarificando en la última década, aunque todavía quedan por esclarecerse algunos mecanismos todavía desconocidos. El avance de las pruebas de imagen, los análisis neuroinmunológicos, y la observación de hallazgos clínicos han contribuido al mayor conocimiento de esta patología.

La patogénesis la podemos dividir en dos, una causa infecciosa y otra mediada por mecanismos inmunológicos. Se ha demostrado la presencia de anticuerpos en algunos tipos de encefalitis, como es el caso de la encefalitis límbica, autoanticuerpos como los anti-NMDA, entre otros(1),(2). La encefalitis límbica se caracteriza clínicamente por amnesia, convulsiones, confusión y sintomatología psiquiátrica(2),(3). El origen paraneoplásico debe ser siempre estudiado.(3),(4). Los cuadros de tipo conversivo o disociativo(5) están presentes en la asistencia diaria, y como tales, aparecen descritos en las clasificaciones internacionales como la CIE-10 y DSM-IV(6),(7), y más actualmente la DSM-V. Dichos cuadros se recogen incluidos dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Según la CIE-10 en el diagnóstico deben concurrir una serie de características clínicas que rememoren sintomatología de la esfera neurológica, ausencia de hallazgos en las exploraciones complementarias realizadas, y finalmente la evidencia de una génesis psicógena (8),(9), en forma de clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alteradas. Si bien en ocasiones no están claros los datos que pudieran orientar a una génesis psicógena, debemos ser precavidos. En el ámbito de la neurología encontramos multitud de patología que si bien puede acompañar comorbilidad psiquiátrica, en otros casos puede dar una clínica variada y confusa sin una correlación entre clínica y pruebas complementarias

CASO CLÍNICO

El caso que nos ocupa, es de un varón de 12 años, que es valorado por pediatría en varias ocasiones en urgencias, con ingreso en planta de neuropediatría y posteriormente derivado a la unidad de psiquiatría infantojuvenil para descartar cuadro conversivo y de ansiedad.

Antecedentes personales.

Antecedentes de alergia respiratoria y una convulsión febril. No se refieren antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. El embarazo se

desarrolló sin complicaciones y se programó parto por cesárea en la semana 41 de gestación, teniendo un peso al nacer de 4,5 kg. No se evidencian alteraciones en el neurodesarrollo psicomotor, lenguaje o aprendizaje, escolaridad con buena adaptación y sin problemas de socialización con iguales. Buen control de esfínteres, no problemas del sueño o la alimentación. La personalidad del paciente definida por la madre, es de un niño feliz, extrovertido y sin dificultades en las relaciones sociales y con gran autonomía.

Evolución y diagnóstico inicial.

Asistencia en urgencias pediátricas.

El proceso se inicia días previos a ser valorado por psiquiatría, el paciente es atendido en urgencias de pediatría por primera vez con un cuadro autolimitado descrito como sensación de opresión torácica, mareo, sudoración y cefalea holocraneal. La exploración física y neurológica fue normal, sin presencia de hallazgos significativos en pruebas complementarias (EKG, radiografía de tórax y DTT), con un diagnóstico al alta de cefalea, sin más especificación. A las 48 horas, recibe una segunda atención por presentar junto a la clínica previa, un temblor en pierna derecha y sensación de "bola" en la garganta acompañada de hiperventilación, que durante la atención en urgencias no pudo ser evidenciada. Las pruebas complementarias (analítica estándar y un fondo de ojo) nuevamente no mostraron hallazgos, constando al alta, diagnóstico de crisis de ansiedad.

Interconsulta urgente a psiquiatría.

A las 72 horas de la última atención por pediatría de urgencias se interconsulta con psiquiatría para valorar cuadro de ansiedad. El paciente, asintomático en el momento de la exploración, refiere sensación de ver o sentir algo ya vivido, sensación de calambre en pierna derecha con movimientos sin control y opresión en tórax, seguido de un lenguaje incoherente al contexto y amnesia de lo ocurrido. En el momento de la visita el paciente está consciente, orientado en las tres esferas, atento y colaborador, presenta amnesia de la crisis, el discurso es coherente y adecuado en forma, no apreciándose alteraciones en la esfera afectiva o psicótica, no alteración de ritmos biológicos y sin ideación autolítica, aunque algo preocupado en el momento de la entrevista, no refiere la existencia de estresores reconocibles, teniendo un óptimo soporte familiar, buena adaptación escolar y muy buena socialización con iguales. Los padres confirman la información referida. Todo esto descarta a nuestro parecer el diagnóstico de crisis de ansiedad, sugiriendo la necesidad de profundizar en estudio por sospechar etiología comicial. Tras permanecer un periodo de tiempo en observación es dado de alta, retornando a las pocas horas con

clínica similar, ingresando en planta de neuropediatría para continuar estudio.

Ingreso en planta de neuropediatría.

Durante el ingreso, se realizan pruebas de imagen y neurofisiológicas (TAC, RMN y EEG estándar), todas ellas fueron normales. Los controles analíticos mostraron una hiperglucemia y una hemoglobina glicosilada de 5,3 %. Ac anti GAD y anti IA2 positivos. A lo largo del ingreso se interconsulta con psiquiatría para valoración de la presencia de crisis comiciales, que pudieran tener un origen conversivo. La crisis referidas por personal de enfermería en planta de neuropediatría, sugerían atipicidad y la presencia de cierta sugestionabilidad y cese parcial de la crisis con la inducción verbal, sugerían por tanto, un origen psicógeno. Al alta con diagnóstico de Debut diabético y episodios sincopales de posible origen conversivo, se deriva al paciente a consultas de psiquiatría Infanto-juvenil.

Unidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Durante la primera entrevista con el paciente, se evidencia la presencia de un cuadro de ansiedad con somatización, estableciendo unas pautas de manejo y control de sintomatología ansiosa, con derivación a consulta de enfermería para aprender técnicas de relajación. Se considera que la presencia de ansiedad pudiera estar ligada al aprendizaje asociativo desencadenado ante la experiencia que rodeó las circunstancias del cuadro, como inicio y mantenimiento de la clínica ansiosa. Por otro lado, no se explica desde punto vista psiquiátrico, la clínica descrita inicialmente en las asistencias a urgencias de pediatría, dejando abierta la posibilidad de un cuadro neurológico concomitante.

Segundo ingreso en planta de neuropediatría.

Al mes de la última valoración por psiquiatría el paciente acude a urgencias presentando un cuadro comicial, Desconexión del medio con desviación cefálica a la derecha hipertonía y clonías de extremidades derechas, sialorrea y movimientos bucales rítmicos con desviación comisura bucal derecha, mirada fija con cianosis facial y peri bucal, pasando de nuevo a planta de neuropediatría, completándose el estudio. Se le realiza EEG con inducción psicológica verbal presentando crisis similares que ceden con inducción verbal, RM cerebral normal, LCR sin células, glucosa de 160mg/dl y proteínas 0,18 mg/dl catecolaminas en orina y ciclo urea normal. Al alta con diagnóstico de crisis comicial y pseudocrisis asociadas. Inicia tratamiento con ácido valproico 500mg cada doce horas.

Unidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Al mes y medio es evaluado de nuevo en consulta de psiquiatría infantil, el paciente acude con bajo

estado de ánimo, no sale de casa, facies asustada, temeroso, presentando en consulta un episodio de sacudidas de miembro inferior derecho con extensión progresiva al brazo y la cabeza, con hiperventilación, llevándose la mano al pecho, cediendo la clínica a los 2 minutos. Llega a presentar hasta 30 episodios diarios según la familia. La valproemia presenta niveles terapéuticos. Ante la situación clínica del paciente, se decide demorar cualquier diagnóstico psiquiátrico en espera de una segunda opinión con neurología.

Ingreso en unidad de neurología pediátrica.

Tras un mes y medio presentando varios episodios similares a los descritos: ingresa en clínica de neurología pediátrica, en la búsqueda de una segunda opinión. Durante el ingreso presenta varios episodios, dos de ellos con clonías en región pectoral y cuello de medio minuto, no recordando una palabra clave. El tercero presenta dificultad para respirar, agitación, crisis de pánico, palmeando con la mano derecha sobre el pecho y pidiendo ayuda de su madre, respondiendo a órdenes verbales sencillas, cediendo el episodio en un minuto. La exploración médica y neurológica es normal. Se procede a Estudio video EEG 24h con la aparición de una actividad epileptiforme intercrítica en región centrot temporal izquierda y una actividad crítica, que durante las primeras 12 horas registra al menos 10 crisis eléctricas con origen centroparietal izquierda. La RMN cerebral describe aumento de señal en ambos hipocampos y de amígdala de predominio izquierdo. La analítica general presenta un perfil hepático, iones y CK normales con glucemia de 187 mg/dl. ácido fólico y vitamina B12 normales, T4 libre 1,57 y TSH de 2,26. La punción lumbar con 4 células, glucosa 124mg/dl, proteínas 23md/dl. PCR herpes virus 1 y 2 negativos, gran y cultivos negativos. Se descarta origen paraneoplásico con pruebas de imagen. Al alta es diagnosticado de encefalitis límbica, instaurando tratamiento con valproico 500mg, corticoterapia y la insulino terapia correspondiente, evolucionando el paciente favorablemente, desapareciendo la sintomatología presente en meses previos, recuperando un nivel de funcionamiento previo al proceso, pero posterior empeoramiento con evolución tórpida del cuadro.

DISCUSIÓN

Este caso es complejo, si bien es cierto que además de la presencia de datos sugestivos de estar ante un cuadro psiquiátrico(2),(3),(10),q), la ansiedad con aparatosas crisis de despersonalización y somatización que estuvieron presentes en este chico de 12 años durante los ingresos, no debiera hacernos perder la atención de la coexistencia de procesos del SNC subyacentes(10),(11),(12), como finalmente pudo ser evidenciado, evitando un retraso mayor del diagnóstico(13) con recuperación ad integrum del paciente tras la instauración de tratamiento adecuado, con la consiguiente

ampliación del estudio, una vez encuadrado el diagnóstico, descartando causas infecciosas o neoplásicas.(3,4). El sistema límbico, es el área neuroanatómica relacionada con las emociones y su control, en este caso pudiéramos deducir que la afectación de esta área tendría como consecuencia una clínica ansiosa desbordada, bien ante situaciones realmente estresantes o bien ante situaciones no amenazantes, pero desencadenada por el proceso lesivo en el área límbica.

CONCLUSIÓN

La descripción de este caso clínico puede servir para hacer una reflexión sobre la necesidad de cuestionar diagnósticos psiquiátricos realizados en el contexto del descarte. Debemos reconsiderar los casos, y de manera rigurosa hacer diagnósticos en positivo Si bien la comorbilidad psiquiátrica puede estar presente en procesos neurológicos o médicos, En nuestro caso estuvo posiblemente asociada a un aprendizaje asociativo ante las experiencias que rodearon las circunstancias del cuadro, o bien en relación a una elaboración del paciente de su situación vital, que en función de un daño cerebral en el área implicada en los mecanismos neurobiológicos de la ansiedad, explicaría parte de la clínica descrita, que motivó en los inicios del proceso incertidumbre y controversia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.García García ME, Castrillo SM, Morales IG, Sacoto DD, Dolado AM. Acute amnesia and seizures in a young female Epileptic Disord. 2013;15(4):455-60.
2. Armangue T, Petit-Pedrol M, Dalmau J. Autoimmune Encephalitis in Children. Child Neurol. 2012 November ; 27(11): 1460–1469
- 3.Graus F, Saiz A. Limbic encephalitis: a probably under-recognized syndrome. Neurologia. 2005;20(1):24-30.
- 4.Mollier-Saliner J, Thouvenin S, Darteyre S, Jaziri F, Vasselon C, Convers P, Stephan JL. Paraneoplastic limbic encephalitis: 2 pediatric cases Arch Pediatr.2013;20(4):386-90.
- 5.Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock. Sinopsis de Psiquiatría.10ªed. Baltimore,MD. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.2009.
- 6.Organización Mundial de la Salud. La CIE-10, trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS; 1992.

7. De American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002

8. Sánchez González R, Sierra Acín A C, Becerra Cuñat J L, Pintor Pérez L. Crisis No Epilépticas Psicógenas: a propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(3):191-5

9. Esther Perea C, Martín Torres Z, Martín Suárez J. Crisis psicógena, una patología psiquiátrica de enlace. A propósito de un caso. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2012; 41(3):680-689.

10. Mahmoud AA, Al Ghamdi FA, Johnston MV. Limbic encephalitis in a child: an atypical presentation. *Pediatr Neurol.* 2013 Dec;49(6):501-4

11. Ray Boyapati R, Papadopoulos G, Olver J, Geluk M, Johnson PDR. An Unusual Presentation of Herpes Simplex Virus Encephalitis. *Case Rep Med.* 2012;2012:241710

12. Nathan A, Illman, Chris R, Butler, Celine Souchay, Chris J. A. Moulin. Déjà Experiences in Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsy Res Treat.* 2012;2012:539567.

13. Amo C, Elices N, Huertas D. Diagnóstico diferencial mediante EEG entre cuadro disociativo y estatus epiléptico no convulsivo. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(2):93-6