

CASO CLINICO NEUROLUPUS

Mujer soltera de 20 años, residente en B... desde hace 2 años debido a sus estudios universitarios. Es la mayor de 2 hermanas, y vive en una residencia estudiantil, sus padres se divorciaron hace varios años. Nacida de parto eutócico, con desarrollo psicomotor normal.

A los 12 años, coincidiendo con la menarquía, comenzó a sufrir crisis epilépticas parciales complejas con focos bitemporales que han sido tratadas con éxito, hasta la actualidad, con carbamacepina.

Hace aproximadamente 7 años realizó un intento autolítico mediante defenestración cuyo resultado fue la fractura del hueso calcáneo del tobillo izquierdo, del que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente, necesitando consolidación con tornillos. El análisis retrospectivo realizado puso de manifiesto posibles desencadenantes del suceso como fracasos de tipo escolar y sentimental. La paciente siguió una psicoterapia durante un breve lapso de tiempo y no se consideró oportuna la instauración de tratamiento psicofarmacológico.

Tras un acontecimiento familiar (especialmente estresante para la enferma) ocurrido 4 meses antes de su ingreso en la U. S. M, presentó un cuadro ansioso-depresivo, posiblemente reactivo, por el cual consultó con un psiquiatra.

Durante estas fechas, la paciente abandonó el tratamiento antimicrobial y 2 meses después presentó una crisis tónica en su domicilio. El tratamiento instaurado por el especialista consistió en aplicación i.v. en infusión continua, de clorimipramina, por 5 días, a pesar de lo cual la situación psicopatológica de la paciente, lejos de mejorar, experimentó un paulatino deterioro: presentaba una gran ansiedad, con insomnio mixto y alteraciones del comportamiento (se acurrucaba contra la pared de su habitación con expresión de terror) así como signos que podrían sugerir una afectación neurológica: ataxia de la marcha y disartria leve.

Días más tarde acudió al servicio de urgencias de psiquiatría de nuestro hospital. Tras el examen realizado, se decidió su ingreso en la unidad de hospitalización breve bajo la sospecha diagnóstica de un posible *trastorno psicótico en el contexto de epilepsia*.

La exploración psicopatológica realizada en el momento de su internamiento puso de manifiesto que se encontraba lúcida, consciente y orientada autopsíquicamente, pero desorientada temporo-espacialmente. Eran evidentes sus esfuerzos por expresarse con claridad, dificultados por una marcada disartria. Repetía frases coherentes: "he estudiado en...", aunque se veía incapaz de contestar correctamente al resto de las cuestiones, lo que imposibilitó la entrevista psiquiátrica.

Se le realizaron pruebas analíticas rutinarias de sangre y orina, con barrido de tóxicos, cuyos resultados se hallaron dentro del rango de la normalidad. Uno de los hallazgos clínicos que alertaron sobre una posible etiología neurológica de su proceso (junto con la evidente disartria) fue el hecho de que presentaba una ataxia de la marcha, con aumento de la base de sustentación, que obligaba a la paciente a apoyarse en las paredes para poder caminar.

Estos datos determinaron la petición de una interconsulta urgente al servicio de neurología y la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral. La exploración neurológica realizada fue informada como "anodina y bizarra", sin corresponder a ninguna entidad en principio reconocible, con el juicio diagnóstico de posible *trastorno disociativo-conversivo*. La TAC no evidenció hallazgos significativos. Durante los 3 días siguientes se pidieron otras 2 interconsultas (una al servicio de neurología y, otra, al de medicina interna) con similares conclusiones, se realizaron dos electroencefalogramas (EEG) que reflejaron estados poscomiciales sin relevancia clínica, y una nueva TAC craneal, fue reportada dentro de los límites de la normalidad.

El punto de inflexión de este caso se produjo al cuarto día del ingreso: el tercer EEG evidenció una "severa encefalopatía difusa de posible etiología metabólica, tóxica, o viral". De forma simultánea, la enferma comenzó a sufrir picos febriles de hasta 40 °C, alteraciones del comportamiento (se escondía debajo de las camas) y disminución de la conciencia con episodios de agitación. Los exámenes de sangre y orina, practicados de nuevo, resultaron normales. Se extrajo líquido cefalorraquídeo (LCR), con una ligera pleocitosis como único hallazgo. Tras realizar un comité científico, se decide su traslado urgente al servicio de UCI, por la necesidad intubación.

La paciente ha permanecido 40 días en esta sección. En un primer momento, la presencia de fiebre, moderada rabdomiólisis y rigidez orientó sobre la posibilidad de un cuadro clínico compatible con un *síndrome neuroléptico maligno* y se inició tratamiento con bromocriptina y dantrolene. La fiebre y la rabdomiólisis cedieron en 2 días, pero persistió un cuadro clínico caracterizado por rigidez, mioclonías y agitación psicomotriz que alternaba con períodos de catatonía. La realización de un segundo análisis químico de LCR confirmó la existencia de pleocitosis y, a la espera de los resultados de la proteína C reactiva (PCR) en dicho líquido (que finalmente fue negativa para el herpes virus), se optó por administrar una terapia completa de aciclovir. La sintomatología tampoco mejoró con este

Dr. Albis García M. D.

tratamiento. Posteriormente, ante la posibilidad de que sufriera una variante de un *síndrome serotoninérgico*, se pautó un ciclo corto de ciproheptadina, con idénticos resultados. De forma concomitante, se fueron realizando diferentes pruebas complementarias (Ac Antinucleares - Celulas LE, IGM en Suero – Recuento PLaquetario y

Finalmente, ante la obtención de dichos datos, se orientó el cuadro hacia una patología de origen autoinmune y se decidió iniciar tratamiento con varias cargas intravenosas de corticoides (prednisona) adicionado a uno de ciclofosfamida. Actualmente se continua con esteroides intravenosos a dosis bajas.

La evolución de la enferma ha experimentado una notable mejoría: ha podido ser extubada y han desaparecido la actividad mioclónica y las crisis de agitación. Sin embargo, aunque en franca mejoría, se hace patente su grave deterioro cognitivo, lo que la hace susceptible de un seguimiento clínico- psiquiátrico. La paciente ha sido derivada al servicio de neurología, con controles psiquiátricos periódicos, realizándose de esta manera un adecuado seguimiento de su patología y su tratamiento integral.

Haga su Impresión Dx de este Caso (CIE-10 y DSM IV):

1. _____

2.- Diga que diagnosticos diferenciales son importantes tener presente en este caso clínico:

3.- En grupo de dos estudiantes describa sus impresiones y concepto sobre este caso clínico(Realizarlo por escrito y entregarlo al Docente).