Semergen. 2015;41 (Espec Congr):170

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/889 - ¿Crisis maniaca o algo más?

J.M. Ibancos Arnaldo[a], M.M. Carricondo Avivar[b] y C.Cobos Bosquet[c]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra.Sevilla.[b]Médico Residente 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla.[c] Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Aviso domiciliario de familiar de una paciente conocida en nuestra consulta por intensa agitación psicomotriz. Se trata de una mujer de 65 años hipertensa y diagnosticada de trastorno bipolar tipo II, en tratamiento con enalapril, quetiapina y lormetazepam. A nuestra llegada a domicilio, encontramos a la paciente agitada, gritando, verborreica con discurso aumentado en tono e hiperalerta, marcada heteroagresividad. Su familia refiere que el cuadro se inició hace 48 horas con ánimo muy exaltado, desinhibición y cierta conducta de desconfianza hacia su entorno. Refieren además un cuadro de desorientación en domicilio durante la mañana (no reconocía familiares ni domicilio) autolimitado, de 15 minutos de duración. Niegan consumo de fármacos ni otros tóxicos. No han observado ninguna clínica en días previos ni aumento de la temperatura. Consultan con psiquiatra de la paciente, que lo diagnostica de síndrome maniforme y lo trata aumentando dosis de quetiapina y añadiendo clorazepato dipotásico al tratamiento, sin que el estado de la paciente varíe, motivo por el que consultan de nuevo con nosotros. Tras la exploración de la paciente y dada la rápida evolución de la clínica y la persistencia de esta pese a haber aumentado la medicación sedante, sospechamos de patología orgánica y derivamos a centro hospitalario de referencia para valoración. A su llegada se cursa hemograma, bioquímica urgente con hormonas tiroideas y electrocardiograma, a la vez que se aumenta medicación sedante y se solicita TC craneal. Los resultados de estas son anodinos y la situación clínica es la misma, por lo que se decide realizar punción lumbar que resulta compatible con meningoencefalitis aguda linfocitaria de probable

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

origen vírico. Se cursa ingreso a cargo de neurología y se pauta aciclovir iv, desapareciendo la clínica de la paciente progresivamente y con resultado de curación completa.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración en domicilio la paciente está normotensa, afebril, glucemia: 70 mg/dl. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica. Exploración cardiorespiratoria y abdominal anodina. No colaboradora, desorientada en espacio, tiempo y persona. Marcha normal. Lenguaje fluente, cumple ordenes sencillas y solo algunas complejas, denominación y repetición conservadas. Fue imposible explorar los pares craneales. Signos meníngeos negativos. La exploración previa al alta resultó dentro de la normalidad, con excelente colaboración de la paciente. Se cursaron las siguientes pruebas complementarias: Hemograma: leucocitosis con fórmula normal. Hemoglobina; 10 mg/dl. Bioquímica anodina. Test de tóxicos en orina: negativo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 latidos por minuto. No signos de isquemia. Urocultivo, hemocultivo y serología: Negativo. Tc craneal: No datos de hemorragia intra ni extraparenquimatosa. No se visualizan masas. Líquido cefalorraquídeo: leucocitos 14 (mononucleares 95% polimormonucleares 5%), hematíes 3, proteínas 25, glucosa 90,1 mg/dl. Cultivo, tinción de Gram y microbiología: negativo.VHS 1 y VHS 2: negativo.

Juicio clínico: Meningoencefalitis aguda linfocitaria de probable origen vírico.

Diagnóstico diferencial: Incluye causas orgánicas: Intoxicación por drogas, síndrome de abstinencia y delirum (alteraciones metabólicas, fiebre, crisis parciales, tumores...) y causas no orgánicas: reactivas a estrés agudo o etiología psiquiátrica.

Comentario final: La importancia de diferenciar clínica sugestiva de etiología organica, sobre todo en pacientes donde sus antecedentes personales pueden condicionar nuestra forma de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tyler KL. Emerging viral infections of the central nervous system. Arch Neurol. 2009;66(8):939.

2. Ramírez J, Trejo HD, Manterola O, Soto JL. Encefalitis agudas con presentación neuropsiquiatría: un reto diagnóstico. Arch Neurocien Mex. 2010;15(1):8-11.

3. Ramírez-Bermúdez J, et al. Frecuencia de signos y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con encefalitis viral. Neurol. 2005;41(3):140-4.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.