



CARTA AL EDITOR

Polaquiuria como tic motor complejo en un paciente con síndrome de Tourette[☆]



Pollakiuria as a complex motor tic in a patient with Tourette syndrome

Sr. Editor:

El síndrome de Tourette (ST) es una enfermedad de inicio en la infancia que se caracteriza por tics motores y fónicos y asocia trastornos psiquiátricos como trastorno obsesivo compulsivo y TDHA, todo ello manifestado con una gran variabilidad fenotípica. Se postula que se produce por una disfunción de los diferentes circuitos que existen entre el córtex, principalmente fronto-parietal y los ganglios basales, lo que posibilita la heterogeneidad clínica del síndrome. Se hipotetiza que esta enfermedad se produce por una alteración del desarrollo o maduración cerebral¹. La polaquiuria se define como la necesidad de orinar con más frecuencia de lo normal. Se ha descrito infrecuentemente como un tic en niños con ST o PANDAS². En adultos no hay casos publicados en pacientes con ST. Presentamos un caso de un adulto con ST y polaquiuria.

Varón de 46 años con trastorno anancástico de personalidad e hipotiroidismo, ST diagnosticado con criterios de DSM-IV desde la infancia con tics motores y fónicos, simples y complejos. Buena respuesta a tetrabenacina 125 mg/día. Había estado en tratamiento en psiquiatría por trastorno ansioso-depresivo, en algún momento del tratamiento psiquiátrico había tenido abuso de benzodiacepinas. En enero del 2012 al encontrarse sin tics y con buen control emocional, decide suspender el mismo toda la medicación de forma progresiva (tetrabenacina 125 mg/día y Tranxilium[®] 30 mg/día). En noviembre del 2012 consulta por polaquiuria de meses de evolución que le obliga ir a orinar hasta 50 veces al día, lo cual le tiene invalidado. El paciente refiere que tiene un dolor perineal e inguinal izquierdo que se alivia cuando orina. Este dolor es de localización difusa, sordo, de escasa duración y paroxístico, que empeora si se sienta. Esta sintomatología le tiene totalmente incapacitado, no puede salir a la calle ni hacer vida independiente. No refería síntomas que apoyaran una recaída de la sintomatología depresiva o ansiosa. Meses antes de acudir a revisión

ya había consultado con urología. En dicho servicio le habían realizado: RM lumbar, ecografía del tracto urinario y ecografía abdomino-pélvica, cistografía, cultivos de orina, análisis de sangre, estudio urodinámico y EMG de la región pélvica, resultando todo ello normal. En el momento de la consulta refiere que ha realizado tratamientos con antimuscarínicos sin beneficio. La exploración neurológica en el momento de la visita es completamente normal. Por lo tanto nos encontramos ante un paciente con polaquiuria en respuesta a un dolor genital de meses de evolución sin lesión vesical, prostática o genital. Igualmente se descarta afección neuromuscular lumbosacra al tener una exploración neurológica, RM lumbar y EMG sin alteraciones. Ante la semiología referida por el paciente nos planteamos la posibilidad de que se trate de un tic motor o una compulsión. Interpretando que el dolor era la sensación premonitoria y el acto de orinar el patrón motor que la alivia, concluimos que como primera posibilidad podría tratarse de un tic motor complejo por lo que iniciamos tratamiento con aripiprazol 10 mg/día. Un mes después de iniciar el tratamiento el paciente refiere que está asintomático y no ha tenido efectos secundarios con la medicación.

La personalidad obsesiva compulsiva o trastorno anancástico de la personalidad comparte muchas características con el ST, ambas afectan principalmente a jóvenes, tiene un curso remitente, sensación premonitoria previa al movimiento y puede asociarse a rituales motores complejos. Entre un 25-50% de los pacientes con ST tienen TOC y un 20-30% de los TOC tienen tics. Por lo tanto, ante un paciente con ST que presenta rituales motores complejos hay que realizar el diagnóstico diferencial entre tic y compulsión³. La compulsión pretende aliviar una obsesión o pensamiento intrusivo desagradable que produce ansiedad al paciente. En cambio en el tic suele existir una sensación premonitoria previa que se puede definir como una sensación de urgencia a hacer el movimiento pero a veces es un síntoma físico localizado en la zona dónde luego ocurre el tic. En nuestro paciente el dolor en la zona genital que se alivia con el acto de orinar, se puede considerar la sensación premonitoria que aparece por definición antes del tic. El tic motor complejo sería el acto de orinar.

La interocepción es la capacidad de percibir las sensaciones que provienen de los órganos internos de nuestro cuerpo. La percepción incrementada de la necesidad de orinar podría considerarse también como un aumento de la interocepción de nuestro paciente. El aumento de la capacidad interoceptiva se ha relacionado con un aumento de la percepción de la sensación premonitoria en los tic. El aumento de la capacidad de sentir la sensación premonitoria previa también se ha asociado con más gravedad de los tics¹.

[☆] El trabajo ha sido presentado como póster en la Reunión Anual de la SEN, 2013.

Este paciente presenta una polaquiuria que puede considerarse tic motor complejo grave que produce una limitación muy importante en su vida cotidiana.

Es importante identificar la fenomenología que presentan los pacientes con rituales motores complejos para realizar un correcto abordaje terapéutico, dado que la compulsión y el tic no tienen el mismo tratamiento. El aripipazol es un fármaco bien tolerado y que produce un buen control de los tics⁴.

La polaquiuria de causa injustificada en un paciente adulto con ST debe plantearnos en el diagnóstico diferencial la posibilidad de que se trate de un tic motor complejo y de esta manera realizar un ajuste terapéutico dirigido a controlarlo.

Bibliografía

1. Ganos C. Tics and Tourette's: Update on pathophysiology and tic control. *Curr Opin Neurol*. 2016;29:513–8.
2. Wang HS, Chang HL, Chang SW. Pollakiuria in children with tic disorders. *Chang Gung Med J*. 2005;28:773–8.
3. Worbe Y, Mallet L, Golmard JL, Béhar C, Durif F, Jalenques I, et al. Repetitive behaviours in patients with Gilles de la Tourette syndrome: Tics, compulsions, or both? *PLoS One*. 2010;5:e12959.
4. Zheng W, Li XB, Xiang YQ, Zhong BL, Chiu HF, Ungvari GS, et al. Aripiprazole for Tourette's syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol*. 2016;31:11–8.

R. García-Ramos* y E. López Valdés

Unidad de Trastornos del Movimiento, Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: garciamosg@yahoo.es
(R. García-Ramos).

<https://doi.org/10.1016/j.j.nrl.2017.02.014>
0213-4853/

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Encefalopatía de Wernicke-escorbuto, ¿una asociación infradiagnosticada?



Scurvy and Wernicke's encephalopathy: An underdiagnosed association?

Sr. Editor:

La encefalopatía de Wernicke (EW) es un síndrome de etiología carencial secundario al déficit de tiamina, descrito por primera vez en 1881¹. La tríada clásica consiste en alteraciones mentales, disfunción óculo-motora (nistagmo, oftalmoparesia) y ataxia de la marcha. El síndrome de Korsakoff se considera la etapa final de la EW y cursa típicamente con amnesia anterógrada y confabulación². Esta enfermedad puede asociar otros cuadros carenciales, como el escorbuto, que requieren una alta sospecha clínica y el inicio precoz de tratamiento vitamínico.

Presentamos el caso de una mujer de 50 años de edad, fumadora, que acude al Servicio de Urgencias por presentar un síndrome vertiginoso objetivado al despertar asociado a inestabilidad de la marcha con lateralización a la derecha. En la anamnesis dirigida, la familia refería que la paciente había iniciado una semana antes un cuadro de alteración del comportamiento, que se mostraba reiterativa, confusa y con frecuentes déficits mnésicos. No asociaba fiebre ni otra sintomatología sistémica. A la exploración presentaba alteración del estado mental (desorientación y confusión) con un síndrome de amnesia anterógrada, oftalmoplejía completa para la abducción bilateral, nistagmo multidireccional, marcha atáxica y reflejos miotáticos abolidos en miembros inferiores. Ante la sospecha de EW, se inició tratamiento con tiamina, con resolución de la oftalmoplejía

en 24 h. Se realizó una resonancia magnética nuclear cerebral que mostraba hiperintensidades en suelo del cuarto ventrículo, alrededor del acueducto de Silvio, a nivel mesencefálico, incluyendo la placa colicular, así como en región hipotalámica y en región medial de ambos núcleos talámicos, cuerpos mamilares y columnas de ambos fórnix, con captación de contraste. Todos estos hallazgos eran compatibles con EW aguda/subaguda. La paciente reconoció un consumo habitual elevado de alcohol y la ausencia de frutas y verduras en su dieta. En la analítica sanguínea destacaba hipertransaminasemia (GOT 454 U/L, valores normales: 4–32 U/L; GPT 315 U/L, valores normales: 5–33 U/L) y una prealbúmina de 12 mg/dL (valores normales: 17–34 mg/dL) como marcador de desnutrición. Se intensificó el tratamiento con tiamina intravenosa 500 mg cada 8 h tras los resultados.

Durante el ingreso, se solicitó valoración a Dermatología por presentar máculo-pápulas purpúricas perifoliculares en ambas caras pretibiales, así como pelos en sacacorchos. En la cavidad oral presentaba una gingivitis extensa y refería episodios de sangrado habituales. En 2 biopsias locales se observaron infundíbulos dilatados y con tapones queratósicos, rodeados por fibrosis e inflamación crónica. Aunque no se pudo realizar la determinación de ácido ascórbico en plasma, se realizó diagnóstico clínico de escorbuto y se inició tratamiento intravenoso con 1 g de vitamina C cada 24 h durante 7 días, pasando posteriormente a 200 mg/día por vía oral.

En la revisión al mes tras el inicio del tratamiento las lesiones cutáneas habían desaparecido y habían cesado las gingivorragias: la paciente mantenía una dieta variada y abstinencia de ingesta enólica.

En la revisión de Neurología a los 3 meses presentaba mejoría de la ataxia, pero persistencia de la amnesia anterógrada.