

INTRODUCCIÓN

Ante un primer episodio psicótico (PEP) se requiere un estudio completo para descartar organicidad. Necesitaríamos unificar criterios respecto a pruebas complementarias de neuroimagen o inmunológicas. Una de las causas secundarias de psicosis, probablemente infradiagnosticada, es la encefalitis asociada a anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR), en concreto contra la subunidad GluN1. La prevalencia de esta entidad se estima en 2-3 casos por millón de habitantes, la edad de aparición es entre los 20 y 30 años, 4 veces más frecuente en el sexo femenino, siendo característica su asociación con teratomas ováricos. Clínicamente se inicia como un proceso pseudogripal y tras unos días tienen síntomas psiquiátricos muy variados, desde insomnio y ansiedad hasta el desarrollo de síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas paranoides o conducta desorganizada). Fluctúan durante días o semanas y pueden asociarse con alteraciones del movimiento (discinesias), autonómicas (sialorrea, hipertermia) y cognitivas. Puede confundirse con procesos psiquiátricos primarios (abuso de tóxicos o encefalitis víricas). Para realizar el diagnóstico, son necesarias pruebas de imagen (RMN) y análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), que se caracterizará por una pleocitosis moderada. La detección de actividad enlentecida y desorganizada en el electroencefalograma puede apoyar el diagnóstico.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 35 años, sin antecedentes psiquiátricos ni consumo de tóxicos previo, que debuta con clínica psicótica aguda en forma de alucinaciones y desorganización conductual. El mes anterior al ingreso, el paciente presentó cuadro sincopal con TCE y está siendo estudiado por Neurología para descartar posible origen epiléptico del cuadro. La clínica es fluctuante: conducta aberrante, delirio nihilista, asociaciones laxas, falsos reconocimientos, confabulaciones, inversión del ciclo vigilia-sueño, atención alternante entre la hiperalerta y la hipoprosexia, fluctuación del nivel de consciencia y empeoramiento vespertino de la clínica. Se alternan agitación psicomotriz con obnubilación. Finalmente, el cuadro se filió como Encefalitis por anticuerpos anti-NMDA respondiendo favorablemente al tratamiento inmunosupresor.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Los hallazgos radiológicos mediante **RMN** utilizando la secuencia FLAIR [figura 1] hiperintensidades en la neocorteza, sustancia blanca subcortical, inflamación zona temporal.

-Actividad enlentecida y desorganizada que mostró el **Electroencefalograma** [figura 2] respaldan el diagnóstico de encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA.



Figura 1

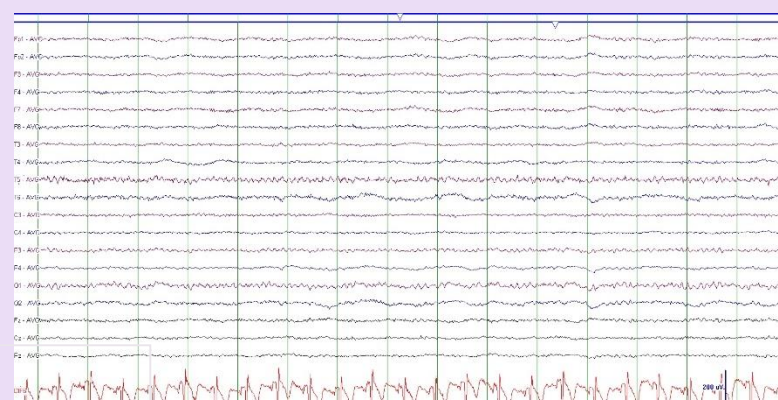


Figura 2

LCR: pleocitosis linfocítica.

Body-TAC para buscar una neoplasia oculta relacionada con el cuadro (que no se encontró). Estas Encefalitis suelen ir asociadas a Sd. Neoplásico



DISCUSIÓN

-Con este caso exponemos la necesidad de realizar un minucioso examen desde el punto de vista orgánico ante cualquier PEP. La particular historia clínica motivó la realización del análisis del LCR para descartar encefalopatías asociadas a síntomas neuropsiquiátricos y crisis convulsivas.

-Los hallazgos de las pruebas complementarias (RM en secuencia FLAIR, EEG, estudios inmunológicos y microbiológicos) orientaron al diagnóstico de encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA y se instauró eficazmente el tratamiento.

-En nuestro caso, se realizó un excelente trabajo multidisciplinar y fue posible el diagnóstico en estadios incipientes. Sin embargo, en otros casos reportados en la literatura, el diagnóstico se retrasa debido a lo abigarrado de la clínica, lo cual condiciona una evolución desfavorable o incluso la necesidad de ingresar en la unidad de cuidados intensivos.

-No es infrecuente que el primer contacto con atención médica especializada en los pacientes con encefalitis anti-NMDAR sea con psiquiatría antes que con neurología dado el cuadro clínico. Debemos desarrollar protocolos efectivos que permitan encontrar este tipo de patología neurológica en el primer abordaje del PEP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguélez Rodríguez A, Pérez de Mendiola Etxezarraga X, González-Pinto Arrillaga A. Lupus psychosis: Presentation of a case and a literature review. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2020;27(1):23-7.
2. Guasp M, Dalmau J. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2017;151(2):1-9.
3. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, Rossi JE, Peng X, Lai M, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol*. 2008;7(12):1091-8.
4. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, Arangué T, Glaser C, Iizuka T, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: An observational cohort study. *Lancet Neurol* [Internet]. 2013;12(2):157-65.

CONCLUSIONES

-El abordaje desde el punto de vista neurológico ha sido fundamental para lograr la mejoría del cuadro psicótico agudo.

-Destacar la importancia de descartar causa orgánica y realizar una completa entrevista clínica que pueda orientar un examen más exhaustivo. En este caso, el no tener antecedentes psicopatológicos, no consumir tóxicos, la edad del paciente y la forma de presentación de la clínica (brusca, fluctuante..) nos orientaron desde el inicio hacia patología orgánica.

-No pensar en causa orgánica puede conllevar retraso del diagnóstico y por tanto, del tratamiento adecuado, derivando en pronóstico desfavorable que podría haberse evitado.

