



## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN DEBUT QUE OCULTAN DIAGNÓSTICO GRAVE

Patricia Romero Rodenas, M<sup>a</sup> Teresa Tolosa Pérez, Araceli Martínez Carrascosa, Carmen García Moreno, Alicia Gómez Peinado y Paloma Cano Ruiz.

[patriciar@sescam.jccm.es](mailto:patriciar@sescam.jccm.es)

### RESUMEN

La carcinomatosis meníngea se define como la infiltración maligna y generalizada de las meninges debido a la siembra y crecimiento de células cancerígenas dentro del espacio leptomeníngeo. Se presenta más a menudo en pacientes con enfermedad neoplásica diseminada, pero se puede presentar después de un intervalo libre de enfermedad e, incluso, ser la primera manifestación de cáncer.

Se presenta un caso de una paciente con síntomas psiquiátricos, sin antecedentes de importancia, que cursa con deterioro neurológico progresivo. Se trata de una mujer de 56 años, con antecedentes de Ca mama dos años antes tratados. Desde finales de junio comienza con cuadro de cefalea y mareo, acudiendo a Urgencias donde se realizó TC craneal sin contraste en dos ocasiones sin apreciarse alteraciones. El cuadro clínico siguió empeorando asociando acufenos (sobre hipoacusia desde la infancia), inestabilidad de la marcha, motivo por el que acudió de nuevo en varias ocasiones a urgencias sin objetivarse cambios. Posteriormente comienza a presentar caídas al suelo de forma ocasional, con alta expresión emocional, insomnio y síntomas ansioso-depresivos, por lo que es derivada a Psiquiatría por sospecha de cuadro conversivo. Al cuadro se añade más tarde una amaurosis bilateral, con lenguaje incoherente ocasional, donde ya es diagnosticada de carcinomatosis meníngea. Se inicia dexametasona oral. No se objetiva HTC en ninguna de las técnicas radiológicas practicadas y se plantea completar estudio de neuroeje con RNM de columna para, en caso de descartar implantes a niveles, poder irradiarse a nivel central como medida paliativa.

### PRESENTACIÓN AMPLIADA DEL CASO

Se trata de una mujer de 56 años, cuyos principales antecedentes son:

- Hipoacusia severa desde la infancia
- **Historia oncológica:** CDI de mama derecha diagnosticado en Junio de 2014. cT2 (bicéntrico) N3aM0, triple negativo. Adenomegalias en tres niveles con alta sospecha de malignidad con MTx ganglionares.
  - En Agosto 2014 se administra QT neoadyuvante, alcanzando R parcial mayor en mama y axila.

## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN DEBUT QUE OCULTAN DIAGNÓSTICO GRAVE

- En Enero 2015 se realiza mastectomía radical. En AP: escasas células tumorales residuales (ypTmicypN0).
- En los meses de Marzo a Abril de 2015 recibe RT adyuvante.
- En controles por mamografía y ecografía de Noviembre 2015 y Abril 2016: sin lesiones
- Se realizan 2 BAGS sucesivas AP: cambios fibroadenomatoides.
- Sin tratamiento crónico posterior.
- **Enfermedad actual:**
  - El 26 de Junio de 2016 acude a urgencias por cefalea holocraneal de 1 mes de evolución, de tipo mixto, con náuseas sin vómitos, sin foto/sonofobia y que no cede con analgesia (Paracetamol). Respeta el sueño. No ha presentado fiebre. Cuadro catarral con rinorrea trasparente. No mejoría vespertina ni por la mañana, no guarda relación en ese aspecto. Refiere periodos asintomáticos de mejoría sin relación con ningún tipo de actividad ni postura.
    - Analítica y Rx tórax normales. Dx: Cefalea de características tensionales.
    - El 29 de Junio regresa a Urgencias por misma sintomatología que no mejora con el tratamiento pautado.
    - TC craneal sin contraste, sin apreciarse alteraciones.
  - El cuadro clínico siguió empeorando asociando acúfenos (la paciente presentaba una hipoacusia desde la infancia), con mareo, inestabilidad de la marcha, motivo por el que acudió de nuevo en dos ocasiones (5 y 6 de Julio).
    - Se repitió el TC el 6 de julio sin contraste y sin objetivarse cambios.
    - Otoscopia: normal
    - Exploración NRL: en todas las visitas a urgencias fue normal
    - Analíticas: en todas las visitas de urgencias fueron anodinas
  - El diagnóstico hasta este momento fue de: mareo en relación a acúfenos
  - El 13 de Julio de deriva desde Neurólogo privado a Psiquiatría para estudio por sospecha de "cuadro conversivo". A destacar que en esta paciente no existían antecedentes psiquiátricos
  - En ese momento la paciente refería caídas al suelo, autolimitadas (unos 5' de duración) con resolución espontánea y que aparecían sin desencadenante.
  - Describe entonces nerviosismo e insomnio secundarios a esta situación. Sin patología afectiva franca. Preocupación centrada en malestar somático.
    - Juicio Clínico:
      - Sintomatología ansiosa secundaria a patología somática.
      - Insomnio fragmentado
    - Tratamiento:

## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN DEBUT QUE OCULTAN DIAGNÓSTICO GRAVE

- Diazepam 2'5 mg si precisa
- El 19 de Julio acuden de nuevo a urgencias de Psiquiatría
  - Desde el último mes el marido refiere que está desbordada por haber estado cuidando a su familia y hermano.
  - Continúa siendo estudiada y está pendiente de resultados.
  - En esta ocasión acude estuporosa a modo de "crisis psiconeurótica" que remite al administrarle olanzapina 5mg v.o. Tras 2h y media de observación la paciente es capaz de caminar y parece haber remitido la angustia intrapsíquica.
- 24 de Julio nueva visita a urgencias de Psiquiatría quedando en observación con sospecha de "cuadro conversivo"
  - La familia refiere empeoramiento progresivo, en la última semana con necesidad de ayuda para todas las tareas, incluso las más básicas.
  - Se le da valium 5mg, y se va observando la evolución, la paciente repite que no puede ver, no posee reflejo de defensa ocular, ni reactividad a la luz, permaneciendo tranquila en la cama. Repite frases inconexas por lo que es derivada a urgencias para descartar organicidad.
- En urgencias se realizan las siguientes pruebas diagnósticas:
  - Citobioquímica de LCR: leucos 14 predominio mononuclear; prot 0.46 glu 32 (glucemia 98). Citología de LCR: positivo para células malignas
  - RNM cerebral: Captación de contraste meníngeo bilateral y difuso así como captación de los VIII pares craneal cuyo diagnóstico diferencial principal incluye carcinomatosis meníngea y/o cambios post-punción lumbar. El hecho de que la captación no sea homogénea sino que presente algunas áreas más gruesas y capten los VIII pares, junto con la analítica positiva del LCR hace el dx de carcinomatosis el más probable.
  - Expl oftalmológica: no papiledema; ceguera cortical
  - Diagnóstico: **Carcinomatosis meníngea.**

### DISCUSIÓN

El Trastorno Conversivo se describe con los siguientes criterios diagnósticos

- DSM-5: Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)
  - **A.** Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
  - **B.** Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
  - **C.** El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
  - **D.** El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN DEBUT QUE OCULTAN DIAGNÓSTICO GRAVE

- **Especificar el tipo de síntoma:**
  - **Con debilidad o parálisis**
  - **Con movimiento anómalo** (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)
  - **Con síntomas de la deglución**
  - **Con síntoma del habla** (p. ej., disfonía, articulación)
  - **Con ataques o convulsiones**
  - **Con anestesia o pérdida sensitiva**
  - **Con síntoma sensitivo especial** (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)
  - **Con síntomas mixtos**
- **Especificar si:**
  - **Episodio agudo:** Síntomas presentes durante menos de seis meses.
  - **Persistente:** Síntomas durante seis meses o más.
  - **Especificar si:**
    - **Con factor de estrés psicológico** (*especificar el factor de estrés*)
    - **Sin factor de estrés psicológico**

La Carcinomatosis meníngea consiste en:

- La infiltración maligna y generalizada de las meninges debido a la siembra y crecimiento de células cancerígenas dentro del espacio leptomeníngeo.
- se presenta en fases avanzadas del cáncer, pero se puede presentar después de un intervalo libre de enfermedad e, incluso, ser la primera manifestación de cáncer y tiene un pronóstico ominoso con una supervivencia media sin tratamiento de cuatro a seis semanas.
- Su frecuencia ha aumentado en los últimos años debido a la mayor longevidad de los pacientes con cáncer sistémico.
- La característica de la enfermedad es la afectación de diversos niveles del sistema nervioso, con síntomas encefálicos, de nervios craneales o espinales y medulares. Una pérdida de visión o audición de instauración brusca o rápidamente progresiva puede ser la manifestación inicial de la enfermedad.
- Estudios de neuroimagen (tomografía axial computarizada, resonancia magnética y estudios isotópicos de flujo del líquido cefalorraquídeo) son necesarios para valorar metástasis asociadas y detectar obstrucción del flujo licuoral. La obtención de citología licuoral positiva confirma el diagnóstico.
- El tratamiento debe ser individualizado según el estado clínico y la naturaleza tumoral y debe combinar quimioterapia intratecal y radioterapia local, aunque estudios recientes obtienen buenos resultados con quimioterapia sistémica.

## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN DEBUT QUE OCULTAN DIAGNÓSTICO GRAVE

### CONCLUSIONES

- Son muchas las ocasiones en que las patologías somáticas cursan con síntomas de ansiedad asociados, con dificultades en su aceptación o comprensión (cuando aún no hay diagnóstico) que pueden llevar a quien las parece a presentar una alta expresión emocional.
- En el caso de la carcinomatosis meníngea se requiere un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico de esta infrecuente enfermedad, con la demostración de signos neurológicos en distintos niveles y la obtención de células malignas en líquido cefalorraquídeo para su confirmación diagnóstica.
- Es importante no olvidar el criterio C "El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental". La pregunta es, ¿cuándo consideramos descartada la organicidad?

### BIBLIOGRAFÍA

1. Juan Ignacio Ramos-Clemente Romeroa, Eduardo Duran Ferrerasa, Miguel Ángel Pérez Ramosa, Juan Manuel Domínguez Herrera. "Carcinomatosis Meningea por invasión dural de Metástasis Craneal". Rev Clin Med Fam vol.3 no.3 Albacete oct. 2010.
2. H, Prömmel P. Diagnosis and individualized therapy of neoplastic meningitis. Expert Rev Anticancer Ther. 2010; 10:1137-48.
3. Gaedicke Hornung Andrés; González-Hernández Jorge. "Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento". Revista Memoriza.com 2010; 6:1-14.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
5. Luis Javier Sanz Rodríguez, Begoña Torres López. "Un caso de trastorno de conversión analizado desde la perspectiva de la interconsulta hospitalaria". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. no.87 Madrid jul. /sep. 2003