Una experiencia de felicidad, las caras del diagnóstico diferencial neurológico-psiquiátrico

Begazo, J.L.; Fernández, E.; Rodríguez, M.; Ferro, V.
Hospital Universitario Lucus Augusti

Palabras clave: esclerosis múltiple, manía, euforia, psiquiatría, neurología, manifestaciones.

Método

Revisión de historia clínica y bibliográfica.

Situación clínica

Se trata de una paciente mujer de 59 años que ingresa en la Unidad de Infecciosos de nuestro Hospital en septiembre-11 con la sospecha diagnóstica de encefalitis herpética, dos días después es trasladada a la Unidad de Agudos de Psiquiatría con el diagnóstico de cuadro maníaco.

Antecedentes médicos

Relevantes presenta un pequeño meningioma del tercio anterior de la hoz del cerebro diagnosticado en 2003 y seguido por Neurocirugía. Permanecía estable en último control de noviembre de 2010.

No hábitos tóxicos.

Antecedentes psiquiátricos

Desde 1985 cuando sufre un posible episodio depresivo mayor tratado con maprotilina y lorazepam. Posteriormente presentó recaídas depresivas más leves manejadas con el mismo tratamiento; sin embargo no había presentado episodios maniformes ni ingresos. Desde 2009 seguida en Unidad de Salud Mental, a donde acude por sufrir soliloquios incoercibles que le generaban ansiedad e insomnio.

Tratamiento habitual: lorazepam y paroxetina.

Antecedentes biográficos

Ama de casa, casada con dos hijas, convive con su marido.

Antecedentes psiquiátricos familiares

Antecedentes de cuadro ansioso-depresivo en su madre.

Enfermedad actual y psicopatología

Al momento del ingreso la familia refiere que la paciente de forma brusca en la semana anterior se torna eufórica, desinhibida, logorreica, con discurso incoherente y algunos episodios de desorientación y agitación.

La paciente ingresa en el transcurso de uno de estos episodios, al cabo de 24 horas ceden la agitación y la desorientación.

La psicopatología más destacada observada durante su estancia en la unidad de Psiquiatría consiste en: hipertimia, sentimiento de bienestar, dice de sí misma que está "muy contenta, muy feliz"; desinhibición a nivel verbal, actitud inadecuada, canta. Su familia nunca la había visto así. Presenta además labilidad afectiva, se emociona y llora fácilmente. Sus opiniones y ánimo fluctúan rápidamente. En el discurso se observa cierto grado de presión del habla y pensamiento saltón sin llegar a perder el hilo argumental. Expresa el deseo de hacer muchas cosas, pero éstas no resultan inadecuadas. Lo que sí resulta inadecuado y extraño en ella son las compras innecesarias, conductas reiterativas, caprichosas e infantiles. No hay trastornos del sueño. No tiene conciencia alguna de enfermedad.

Evolución

El cuadro no se ve modificado significativamente con antipsicóticos ni con ansiolíticos. Finalmente se procede al alta hospitalaria manteniendo la misma psicopatología, con el diagnóstico de trastorno maníaco orgánico.

Tras 7 meses, persisten alteraciones en el humor, conducta y personalidad.

Exámenes auxiliares

Se realiza una RMN cerebral, donde se observan múltiples lesiones hiperintensas en T2 y Flair en sustancia blanca periventricular y subcortical, de morfología ovoidea, de distribución perivenular sugestivas de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple.

El EEG, análisis de hematología y bioquímicas no presentan alteraciones.

Manifestaciones psiquiátricas de la esclerosis múltiple

El deterioro cognitivo y las alteraciones del humor son las más frecuentes.

Alteraciones del humor: depresión (una reacción psicológica comprensible a la enfermedad), euforia (asociada a daño cerebral).

La euforia que aparece en la esclerosis múltiple se caracteriza por: un incremento de la alegría, optimismo, sensación de bienestar físico, alteraciones del control emocional (labilidad emocional, incongruencia afectiva y exaltación de la expresión del humor).

Se diferencia de la Hipomanía primaria en que no se acompaña de inquietud motora, aumento de energía y aceleración de los procesos de pensamiento.

Estas alteraciones en el humor pueden determinar un cambio persistente en la personalidad.

Conclusiones

- En muchas ocasiones, a pesar de una anamnesis minuciosa y los estudios complementarios pertinentes no se puede llegar a un diagnóstico definitivo en cuanto a la etiología del cuadro.
- No se puedo concluir el origen, primario o secundario del cuadro maniforme de la paciente.
- La sintomatología, evolución y respuesta al tratamiento no coincide con un cuadro maníaco primario.
- La paciente no cumple criterios neurológicos para diagnóstico de E.M.

Bibliografía

1. Organic Psychiatry, William A. Lishman.
2. Interconsulta Psiquiátrica, J.E. Rodes
3. CIE 10