

Título: Trastorno Psicótico Inducido por alteración Física. (Neurocisticercosis Cerebral a propósito de un caso)

AUTORES:

1.- Dra. Dianella Portell Porras. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1944-7841>

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer grado en Psiquiatría.

Profesor Asistente.

2.- Alejandra Catala Portell.

Estudiante Cuarto Año de la carrera de Medicina.

RESUMEN:

La psicosis puede tener muchas causas. Algunos pacientes desarrollan psicosis como un síntoma de ciertos trastornos mentales. Se deben descartar los trastornos relacionados con consumo de sustancias, el primer lugar en cualquier diagnóstico diferencial pertenece a los trastornos causados por enfermedades físicas.

INTRODUCCIÓN

Durante la segunda mitad del siglo XX, uno de los grandes avances en la salud mental fue reconocer que la psicosis puede tener muchas causas.

Por lo general, la psicosis no es difícil de detectar. Ideas delirantes, alucinaciones y lenguaje o conducta desorganizados suelen ser evidentes; representan a menudo un cambio dramático del comportamiento normal del individuo. Sin embargo, diferenciar las causas de la psicosis puede ser complejo. Incluso los clínicos experimentados no pueden diagnosticar de manera definitiva a algunos pacientes, aun quizá después de varias entrevistas.

Cuando la psicosis es la razón principal de una valoración de salud mental y sobre todo cuando el cuadro se presenta en una persona joven, el diagnóstico certero, que conlleve a un buen tratamiento, es vital.

Algunos pacientes desarrollan psicosis como un síntoma de ciertos trastornos mentales. En estos casos es frecuente que primariamente pensemos en un diagnóstico del espectro esquizofrénico, pero es fundamental descartar posibles patologías, si se quiere más benignas antes de hacer un diagnóstico que conlleva.

Se deben descartar los trastornos relacionados con consumo de sustancias pues algunas de estas como, (cocaína, alcohol, psicoestimulantes y psicomiméticos) pueden provocar síntomas psicóticos que se parecen mucho a la esquizofrenia.

El uso de medicamento (como los corticosteroides) también puede producir síntomas de psicosis.

El primer lugar en cualquier diagnóstico diferencial pertenece a los trastornos causados por enfermedades físicas. Anamnesis, exploración física y pruebas de laboratorio deben ser revisadas en busca de evidencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Durante el cumplimiento de mi misión en la Ciudad de El Alto, Departamento La Paz, en el Estado Plurinacional de Bolivia se me remite una paciente VS, de 27 años de edad femenina, procedente de embarazo, parto y desarrollo psicomotor normal, universitaria, soltera sin hijos, con antecedentes de salud mental aparente hasta hace más menos 1 año en que a punto de partida de un evento vital significativo de orden personal, comienza con un cuadro de desorganización de la conducta, promiscuidad, afectividad fría y vacía, vagabundeo.

Teniendo en cuenta la ausencia de antecedentes, la edad de la paciente, la duración del cuadro, la ausencia manifestaciones clínicas como convulsiones, cefalea, fiebre, se presumió la paciente presentaba el debut de una esquizofrenia y se remite a Psiquiatría para corrobora su

Durante la entrevista psiquiátrica, veo paciente algo desaliñada, teniendo en cuenta su buena posición social, coopera con lenguaje un poco vago e impreciso, se muestra con extrañeza, conducta alucinada, aunque niega la presencia de alucinaciones, respuestas pueriles y vacías de contenido, sonrisas inmotivadas.

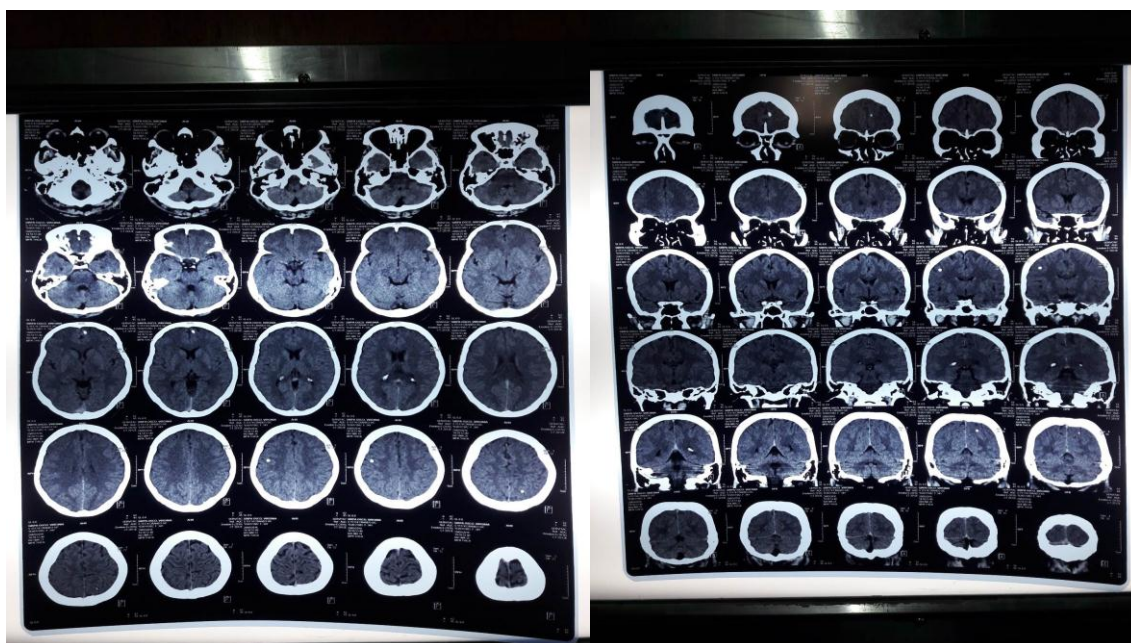
Durante la entrevista a su mama refiere que lleva un año, que se le va de fiesta todas las noches, ha abandonado sus estudios universitarios y permanece en su habitación todo el día, mirando al techo, riéndose en ocasiones sin causa aparente y la ha escuchado con versar, aunque allí no tiene teléfono, en cuanto a sus costumbres, comen frecuentemente en la calle y les gusta la carne medio hecha.

Teniendo en cuenta, la ausencia de un cuadro delirante fuerte, la ausencia de alteraciones en el curso del pensamiento, como bloqueo, robo, inserción, además las condiciones higiénico epidemiológicas del lugar, las costumbres alimenticias y sobre todo la edad de comienzo, se decide interconsulta con la especialidad de Neurología para descartar posible causa orgánica, Se decide realizar Tomografía Axial Computarizada de cráneo y EEG.

Se evalúa por Neurología y se indican estudios de neuroimagen y EEG

RESULTADOS DE LOS COMPLEMENTARIOS

En TAC se observan escólex en región frontal del cerebro y en EEG se observan áreas de irritación cortical sobre todo corteza frontal.



TRATAMIENTO:

Ante la evidencia se decide por la especialidad de Neurología comenzar tratamiento con Albendazol 30 mg diarios por 15 días y prednisona (20 mg), 60 mg diarios.

No se administra ningún fármaco neuroléptico.

Paulatinamente con el transcurso de los días comienza a organizarse la conducta y desaparece la sintomatología psiquiátrica.

CONCLUSIONES:

- 1.- A pesar de que la literatura no recoge la presentación de la neurocisticercosis con manifestaciones psiquiátricas estas pueden aparecer si los escólex o calcificaciones se encuentran en la región del lóbulo frontal, y causan irritación de la corteza prefrontal.
- 2.- Ante todo paciente joven sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica con

aparición insidiosa de síntomas de desorganización de la conducta y toma de las funciones psicológicas superiores se debe descartar patología orgánica desencadenante, aun cuando exista evento vital como aparente etiología.

IMPACTO

Si tenemos en cuenta la significación social y el estigma que genera un diagnóstico de esquizofrenia, con la cronicidad de este, la terapéutica de por vida, costosa en este país, la disfunción socio laboral y familiar, la edad temprana de aparición de las manifestaciones, por otro lado el daño ocasionado por el cisticerco en el cerebro de no ser erradicado, podemos evaluar como muy importante esta diferenciación, pues con el diagnóstico correcto se eliminaron todas las consecuencias sociales, se trató la causa con mucho menos coste y se resolvió el cuadro en 15 días, incorporándose la paciente a su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Bruto PO. Neurocisticercosis. Primera Edición. Ciudad de México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2014.
2. Nogales-Gaete J, Arriagada CR, González J. Síndromes anatomo-clínicos de la neurocisticercosis. En: Arriagada CR, Nogales-Gaete J, editores. Neurocisticercosis. Aspectos epidemiológicos, patológicos, inmunológicos y terapéuticos. Santiago de Chile. Arrynog ediciones 2015.
3. Nieto D. Cysticercosis of the nervous system. Diagnosis by means of the spinal fluid complement fixation test. Neurology 2016; 6: 725-38.
4. Arriagada C, Corbalán V. Clínica de la neurocisticercosis: I. Manifestaciones neuropsiquiátricas de la cisticercosis encefálica. Neurocirugía 2016; 19: 232-47.
5. Alarcón T, Olivares L. Cisticercosis cerebral: manifestaciones clínicas en un medio de alta prevalencia. Rev Inv Clin 2017; 27: 209-15.
6. Alarcón T. Cisticercosis del sistema nervioso. Primera edición. Guayaquil. Edición del autor, 2017.
7. Agapejev S. Epidemiology of neurocysticercosis in Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2018; 38 (3): 207-16.

8. Cameron ML, Durack Dt. Hemlinthic infections. En: Scheld WM, Whitley RJ, Durack DT, editors. Infections of the Central Nervous System, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers 2018.
9. Forlenza OV, Filho AHGV, Nobrega JPS, Dos Ramos Machado L, de Barros NG, de Camargo CHP, et al. Psychiatric manifestations of neurocysticercosis: a study of 38 patients from a neurology clinic in Brazil. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2018; 62: 62:612-6.
10. Tavares Jr AR. Psychiatric disorders in neurocysticercosis (letter). Br J Psychiatry 2018; 163:839.
11. Dixon HBF, Lipscomb FM. Cysticercosis: an analysis and follow-up of 450 cases. Medical Research Council Special Report Series No. 299. London: Her Majesty's Stationary Office, 2019:1-58.
12. Sotelo J, Guerrero V, Rubio F. Neurocysticercosis: a new classification based on active and inactive forms. Arch Intern Med 2019; 145:442-5.
13. Varm A, Gaur KJ. The clinical spectrum of neurocysticercosis in the Uttaranchal region. J Assoc Physicians India 2002; 50:1398-400.
14. Jha S, Patel R. Some observations on the spectrum of dementia. Neurol India 2004; 52:213-4.
15. Agapejev S, Yela DA, Gomes AE. Chronic brain edema in neurocysticercosis. Arq Neuropsiquiatr 2019; 56 (3B): 569-76.
16. Monteiro L, Almeida-Pinto J, Leite I, Xavier J, Correia M. Cerebral cysticercus arteritis: five angiographic cases. Cerebrovasc Dis 2019; 4:125-33.