

S. García Antich, I. Flórez Fernández, T. Jimeno
Beltrán, P. Barahona Aceituno

Institut Balear de Salut Mental de l'infància i
l'adolescència. Hospital Universitari Son Espases. Palma

Correspondencia:

Hospital Universitario Son Espases, servicio de
Psiquiatría Infanto-juvenil, planta -1ª, Carretera de
Valldemossa n 79, 07010 Palma de Mallorca
Correo: sandra.garcia@ssib.es

*Encefalitis y psicosis en la
adolescencia: a propósito de
un caso*

*Encephalitis and psychosis
in adolescence: report of
clinical case*

RESUMEN

La encefalitis por virus herpes simple es una infección del sistema nervioso central y constituye una emergencia médica por su elevada mortalidad y morbilidad, por lo que requiere una detección y tratamiento tempranos. Se presenta un caso de un adolescente de 16 años sin antecedentes somáticos ni psiquiátricos previos que debuta con un cuadro clínico de aparición brusca caracterizado por sintomatología psicótica productiva. Después de una evaluación exhaustiva se aísla el Virus de Herpes Simple tipo 1 (VHS-1) en líquido cefalorraquídeo (LCR), con buena respuesta al tratamiento con Aciclovir. Este caso ilustra la importancia de descartar las causas orgánicas en pacientes con un primer episodio psicótico y establecer un tratamiento precoz, lo cual va a condicionar el curso y el pronóstico de la enfermedad.

Palabras clave: Psicosis, encefalitis, herpes simple, adolescencia

ABSTRACT

Herpes simplex encephalitis is an infection of the central nervous system and is a medical emergency due to its high mortality and morbidity, which requires early detection and treatment. We present a case of a 16-year-old

adolescent with no prior somatic and psychiatric history, who debuted with a sudden onset of clinical symptoms characterized by productive psychotic symptoms. After extensive workup, Herpes simplex virus type 1 (HSV-1) is detected in cerebrospinal fluid (CSF), with good response to Acyclovir treatment. The case illustrates the importance of ruling out the organic causes in patients with a first psychotic episode and establishing early treatment, which is a determining factor in the course and prognosis of the disease.

Keywords: Psychosis, encephalitis, herpes simplex, adolescence

INTRODUCCIÓN

Muchas enfermedades médicas pueden manifestarse inicialmente con síntomas psiquiátricos. Estas enfermedades muy a menudo tienen una causa orgánica conocida que provoca una disfunción fisiológica y para las que muy frecuentemente existe un tratamiento curativo específico.

La evaluación del paciente psiquiátrico, por tanto, debe tener siempre en cuenta la posibilidad de una etiología orgánica de los síntomas, sobre todo cuando la presentación del cuadro sea atípica. En estos casos, una

anamnesis y examen médico exhaustivos es necesario para poder realizar un diagnóstico preciso y precoz y así poder instaurar el tratamiento médico correspondiente, lo que va a condicionar el curso y pronóstico de la enfermedad. Describimos un caso atípico de encefalitis por Virus Herpes Simple tipo 1 que se manifestó inicialmente con sintomatología psicótica y sin los hallazgos bioquímicos clásicos en el líquido cefalorraquídeo.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 16 años que acude a Urgencias derivado desde otro hospital para ingreso por sintomatología psicótica. El paciente reside con sus padres y su hermano menor en Extremadura. Tiene pareja sentimental. Estudia 3º de la ESO con bajo rendimiento académico. Actualmente se encontraba expulsado del instituto de forma temporal por mal comportamiento. Tiene buen apoyo familiar, así como una red social conservada.

Antecedentes personales:

Embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin alteraciones referidas. Carece de antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Vacunación completa. No existen antecedentes psiquiátricos personales. En la actualidad no toma ningún tratamiento. Consumo ocasional de sustancias psicoactivas.

Su familia lo describe como extrovertido, amigable, con buen humor, deportista y “contestón”.

Antecedentes familiares:

Tío materno precisó ingreso en Psiquiatría y hermano menor diagnóstico de hipotiroidismo.

Enfermedad actual y evolución:

Cuatro días antes de su llegada a urgencias el paciente inicia de forma brusca un cuadro clínico caracterizado por una alteración en su comportamiento. Empieza a verbalizar a sus padres que tiene miedo de unos chicos de su pueblo que quieren hacerle daño y que desea irse a casa de sus tíos a Mallorca para estar protegido. Refería que se sentía vigilado y pedía que bajasen las persianas de casa. Temía que fueran a matar a sus padres o a su novia. En esta condición hizo viaje en avión encontrándose desorientado al llegar al aeropuerto. Sus tíos evidencian un comportamiento extraño, lo ven desorientado y sin apenas hablar ni comer, se acuesta muy pronto y en la

cama se queda quieto sin responder a las preguntas. Seguidamente empieza a realizar movimientos anormales con los brazos, por lo que los familiares deciden solicitar atención médica y llevarlo al hospital. Los familiares no sospechan de consumo de tóxicos. Niegan episodios similares ni cambios de carácter previos.

En urgencias del hospital desde donde han derivado al paciente ha sido valorado por el equipo de urgencias médicas descartando patología orgánica. En la exploración psicopatológica, el paciente se encuentra consciente, desorientado en espacio y tiempo, poco colaborador, contacto suspicaz, angustiado, tenso a nivel psicomotriz, bradipsíquico, insomne y con ideas delirantes paranoicas de perjuicio (“quieren verme morir sufriendo”).

A su llegada a nuestro hospital el paciente no responde a estímulos verbales pero sí a estímulos dolorosos, destaca mutismo y oposicionismo con una falta de respuesta al entorno, leve inquietud psicomotriz. Se evidencia flacidez muscular, con movimientos dirigidos sin posturas forzadas. No sigue movimiento con la mirada, aunque tiene las pupilas reactivas. Se orienta el caso como Trastorno psicótico a filiar y se procede al ingreso en el servicio de Psiquiatría.

A su llegada en la planta de Psiquiatría presenta dos picos febriles de 38°C y un episodio de vómito, por lo que se solicita valoración urgente por Medicina Interna. La exploración física es normal. En las pruebas complementarias realizadas destaca PCR 0,95 mg/dl (0,0-0,5), tiempo de protrombina 65% (70-120), e INR 1,49 (0,70-1,20). Se decide realizar una punción lumbar, obteniendo un LCR de características hemáticas. Ante la sospecha de hemorragia subaracnoidea se solicita TAC craneal urgente, que resulta normal, por lo que se descarta dicho diagnóstico. En el estudio del LCR se aprecia presencia de hematíes sin objetivarse microorganismos en la tinción gram, por lo que se inicia profilaxis con Aciclovir, Vancomicina, Ampicilina y Ceftriaxona ante la sospecha de encefalitis.

Se realiza electroencefalograma, objetivándose un trazado de base con una lentificación difusa a nivel bilateral anterior, todo ello compatible con encefalopatía y descartándose status no convulsivo. Ante la sospecha de encefalitis, se procede al ingreso en la planta de Enfermedades Infecciosas.

En el estudio del LCR se objetiva PCR positiva para VHS-1, orientándose el caso como encefalitis herpética e iniciándose tratamiento con Aciclovir 600 mg cada

402

8 horas. Tras ello el paciente se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, destaca leve rigidez de nuca con apertura ocular espontánea y tendencia a la hipertonía muscular.

Presenta clínica con tendencia a la fluctuación, alternando momentos en los que se encuentra más colaborador y reactivo con momentos en que se muestra mutista, perplejo y escasamente reactivo a los estímulos.

A la semana se realiza una punción de lumbar de control con estudio de LCR, donde se objetiva una negativización del VHS-1 y el resto de parámetros dentro de la normalidad. Ante la sintomatología tórpida y fluctuante del paciente, es valorado de nuevo por Neurología para descartar actividad epiléptica subyacente y para valorar necesidad de descartar encefalitis autoinmune/paraneoplásica sin objetivarse alteraciones. Se contempla posibilidad de falso positivo de PCR de VHS-1. Se realiza EEG de control, que resulta anodino.

Tras un mes de ingreso hospitalario en la exploración psicopatológica no se evidencia sintomatología psiquiátrica. Destaca enlentecimiento cognitivo, con aumento del tiempo de latencia de respuesta y disminución de la atención, desorientación temporal y espacial, con fallos de memoria reciente y remota. No se aprecia clínica afectiva ni psicótica.

Finalmente el paciente es dado de alta con el diagnóstico de Encefalitis de etiología desconocida. Se aconseja seguimiento por parte de Medicina Interna y no se pauta ningún tratamiento.

Diez meses más tarde se contacta telefónicamente con el padre del paciente quien informa que su hijo se encuentra muy bien, está estudiando con buen rendimiento académico, mantiene actividades rutinarias y funcionalidad de forma adecuada. Niega aparición de nuevos episodios similares al del año pasado, sin nuevas alteraciones conductuales. Realiza seguimiento regular por Neurología y no toma medicación.

Pruebas complementarias

- Hemograma y bioquímica sin alteraciones. TSH, niveles de cobre, selenio y zinc sin alteraciones. PCR 0,95 ml/dL. CK 308 U/L. INR 1,49. Tiempo de protrombina 56%.
- Tóxicos en sangre y orina negativo.
- Electrocardiograma sin alteraciones.
- Sedimento de orina y urocultivo negativo. Hemocultivo negativo.

- Análisis de LCR: abundantes hematíes. Resto de bioquímica normal. Tinción gram negativa. Cultivo negativo. Baciloscopia negativa. PCR VHS-1 positivo. Resto de virus negativo.
- Inmunquímica: Capacidad hemolítica complemento 50 normal, inmunoglobulina A normal.
- Autoinmunidad: anticuerpos antinucleares y factor reumatoide negativos. Anticuerpos anti-peroxidasa tiroidal (TPO) negativo. IgA anti-transglutaminasa (celiaquía) negativo. Anticuerpos antineuronales de superficie (LCR) negativo. Anticuerpos antineuronales de superficie (serum) negativo.
- Serologías: VIH, VHB, VHC, VHA, HHV-6, pallidum (lúes), taenia solium (cisticercosis), T. cruzi (chagas), C. burnetti (fiebre Q), R. conorii (fiebre botonosa mediterránea), negativos. Citomegalovirus presencia anticuerpos IgG (IgM negativo), VHS (1+2) presencia anticuerpos IgG (IgM negativo), Virus Epstein-Barr presencia anticuerpos IgG, T., B. burgorferi (Lyme) anticuerpos IgG positivo que se negativizan en un segundo análisis.
- Marcadores tumorales (alfafetoproteína, CA19.9, CA125, CA15.3, enolasa específica neuronal, PSA total, HCG) negativos.
- TAC cerebro sin alteraciones. RMN cerebro sin alteraciones.
- Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. Ecografía testicular normal.
- Electroencefalograma: lentificación difusa bilateral anterior, sin anomalías epileptiformes.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas psiquiátricos de inicio agudo debe incluir una amplia gama de entidades nosológicas de diferentes etiologías, entre las que se incluyen las infecciones virales agudas del sistema nervioso central (SNC), como la encefalitis por virus del herpes simple (VHS).

La encefalitis por VHS es una enfermedad poco común, que afecta a 2 casos por cada 250.000 personas al año. La mayoría son causadas por el VHS-1, siendo el 10% de los casos causados por el VHS-2. Un tercio de los casos ocurre antes de los 20 años de edad.

Esta enfermedad es una emergencia médica que se presenta de forma aguda y que pone en peligro la vida del paciente. Genera un proceso inflamatorio del parénquima cerebral y su diagnóstico es anatomopatológico; en la práctica el diagnóstico se realiza mediante las manifestaciones clínicas de disfunción cerebral y la evidencia de un proceso inflamatorio en las pruebas de laboratorio y de neuroimagen.

En niños mayores y adolescentes las manifestaciones más frecuentes son fiebre, crisis convulsivas, disminución del nivel de consciencia y otra focalidad neurológica. Sin embargo, estos síntomas y signos pueden estar ausentes y la enfermedad puede manifestarse inicialmente únicamente con síntomas psiquiátricos, pudiendo confundirse con un episodio psicótico primario. Entre estos síntomas psiquiátricos se incluyen agitación psicomotora, agresividad, ideas delirantes, alucinaciones visuales y auditivas, catatonía y, en menor medida, ansiedad y depresión.

Ante esta situación, por tanto, es muy importante tener en cuenta una serie de características que nos pueden hacer sospechar que nos encontramos ante un cuadro psiquiátrico de origen orgánico y solicitar, de esta forma, pruebas complementarias para realizar un adecuado abordaje.

Estas características son una presentación brusca de los síntomas psiquiátricos, un cuadro psiquiátrico atípico, ausencia de antecedentes personales y/o familiares de enfermedad mental, historia familiar de trastornos neurodegenerativos o metabólicos hereditarios, disminución o fluctuación nivel de consciencia, disfunción cortical (ej: afasia, apraxia, agnosia visoespacial), disfunción subcortical (ej: discurso o movimiento lentos, ataxia, temblor, corea, disartria, asterixis), alucinaciones visuales, táctiles u olfativas, constantes vitales alteradas, disminución de la atención y concentración, alteraciones de la memoria (sobre todo la reciente), desorientación témporo-espacial, alteraciones pupilares, nistagmus, hallazgos anormales en las pruebas complementarias, y respuesta a psicofármacos disminuida.

En nuestro caso clínico se presenta a un adolescente con inicio brusco de un cuadro clínico caracterizado por alteración conductual e ideación delirante paranoide de perjuicio, que progresivamente evoluciona a un cuadro sistémico en el que aparecen síntomas como fiebre, vómitos, leve rigidez de nuca, hipertonía muscular y tendencia a fluctuación sintomática. En este caso los

signos o síntomas que nos hacen sospechar una posible etiología orgánica del cuadro clínico son un inicio brusco de los síntomas psicóticos, la ausencia de antecedentes psiquiátricos personales, la desorientación en espacio y tiempo, la disminución de la consciencia con tendencia a la somnolencia, la disminución de la atención, la presencia de fiebre, el episodio de vómito, la hipertonía muscular, la rigidez de nuca, y la alteración de las pruebas complementarias (PCR VHS-1, EEG).

A pesar de que en nuestro paciente no se ha objetivado pleocitosis en LCR y los resultados de las pruebas de imagen son anodinas, las características clínicas, la mejoría de los síntomas psicóticos y la negativación de la PCR de VHS-1 tras instaurar tratamiento con aciclovir, nos hacen pensar en la presentación de una encefalitis por VHS-1 atípica que se manifiesta inicialmente con un cuadro psicótico agudo.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante un primer episodio psicótico en niños y adolescentes, por lo que es indispensable para los profesionales de salud mental reconocer los signos y síntomas que hagan sospechar organicidad, así como realizar un examen médico sistemático. Una rápida identificación de la etiología del cuadro y de la enfermedad de base va a permitir establecer un diagnóstico y tratamiento precisos con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Magdalena W, Piotr MC, Bartłomiej S. Psychiatric Aspects of Herpes Simplex Encephalitis, Tick-Borne Encephalitis and Herpes Zoster Encephalitis Among Immunocompetent Patients. *Adv Clin Exp Med* 2015; 24: 361–371.
2. Israel S, Felix B. Update on Herpes Virus Infections of the Nervous System. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2013; 13: 414.
3. Arciniegas DB, Anderson CA. Viral Encephalitis: Neuropsychiatric and Neurobehavioral Aspects. *Current Psychiatry Reports* 2004; 6: 372–379.
4. Rui-Yun Z, Ming L, Yi-Ming Z, Xiu-Min L, Xiu-Xia C. Research on early diagnosis and impact prognostic factors of herpes simplex encephalitis. *Int J Clin Exp Med* 2016; 9: 4695-4698.

5. Feng W, Chen T, Hu B, Wan J, Liu G. Clinical characteristics, prognosis and genetic susceptibility of herpes simplex encephalitis in children. *Zhonghua Er Ke Za Zhi* 2015; 53: 701-6.
6. Tunkel AR, Glaser CA, Bloch KC, Sejvar JJ, Marra CM, Roos KL et al. The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 303–327.
7. Kneen R, Michael BD, Menson E, Mehta B, Easton A, Hemingway C et al. Management of suspected viral encephalitis in children—Association of British Neurologists and British Paediatric Allergy Immunology and Infection Group national guidelines. *J Infect* 2012; 64: 449–477.