

Eva Sesma Pardo, Aída Díaz Cosgaya, Aránzazu Fernández Rivas, Marina Bèa Miravent, Fernando Aguirregomoscorta, Gerardo Priego Rementería, Miguel Ángel González Torres.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia)

**Correspondencia:**

Eva Sesma Pardo  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario Basurto  
Avenida Montevideo, nº 18, 48013, Bilbao (Bizkaia)  
E-mail: eva.sesmapardo@osakidetza.eus

*Ganglioglioma  
intraventricular y psicosis en  
la adolescencia*

*Intraventricular ganglioglioma  
and psychosis in adolescence*

---

**RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de un adolescente de 17 años de edad sin antecedentes psiquiátricos previos y con buen nivel funcional académico y social. De manera brusca comienza a presentar alteraciones de la conducta, clínica psicótica positiva, sintomatología que impresiona de negativa y una escasa conciencia de enfermedad. Durante el ingreso hospitalario y a través de las pruebas de imagen aparece el hallazgo de una neoplasia cerebral, ganglioglioma intraventricular derecho. A pesar del tratamiento neuroléptico y corticoideo la evolución del paciente fue negativa, manteniéndose la clínica productiva y presentando alteraciones de la memoria, estados confusionales y crisis convulsivas durante los ingresos posteriores. Tras meses de evolución se decide llevar a cabo la resección total del tumor, transcurriendo la intervención y postoperatorio sin complicaciones. El curso posterior de la patología permaneció inalterable, con aumento de la clínica anteriormente descrita a la que se suma un agravamiento de los comportamientos de aislamiento y abandono de actividades vitales. Durante este progreso se ensayaron varios neurolépticos hasta llegar al tratamiento con clozapina.

**Palabras clave:** Psicosis, Adolescencia, Ganglioglioma, Conducta.

**ABSTRACT**

We present the case of a 17 year-old adolescent male without any previous psychiatric history, and with a previous good level of academic and social functioning. In a sudden manner, he presents with behavioral problems, positive psychotic symptomatology, negative symptoms, and a lack of disease insight. During his first hospitalization, through neuroimaging a brain tumor is found: a right intraventricular ganglioglioma. In spite of neuroleptic and corticosteroid treatment, his progress was poor, with a persistence of psychotic symptomatology, as well as mnemonic disturbances, confusional episodes, and convulsive crises during the following hospitalizations. After 3 months the decision was made to fully resect the tumor, with a complication-free surgery and recovery period. The following course proved unalterable, with a worsening of the cited symptomatology, as well as the patient's isolation and abandonment of regular activities. During this period various treatments were tried, until clozapine was introduced.

**Keywords:** Psychosis, Adolescence, Ganglioglioma, Conduct.

**INTRODUCCIÓN**

Es bien conocida la existencia de enfermedades médicas muy variadas que pueden cursar con diferentes síntomas

psiquiátricos. Entre todas estas enfermedades son especialmente frecuentes en las patologías relacionadas con el sistema nervioso central, como pueden ser los síndromes epilépticos, infecciones, tumores, infartos cerebrales, traumatismos craneoencefálicos graves... (1) Además, no es infrecuente que dichas lesiones orgánicas cerebrales no presenten clínica neurológica clásica y sean las alteraciones psicopatológicas las primeras o únicas manifestaciones de la enfermedad. En otras ocasiones, y con gran frecuencia, solo se pueden identificar síntomas neurológicos generalizados, como cefalea o alteraciones del estado de conciencia (2). Debido a esto, pacientes con lesiones orgánicas cerebrales pueden presentar una gran variedad de signos y síntomas psiquiátricos, tales como depresión, ansiedad, abulia, cambios de personalidad, manía, psicosis (alucinaciones e ideas delirantes), deterioro cognitivo, anorexia... (3)

Desde hace mucho tiempo se conocen las relaciones anteriormente expuestas en patología neurológica, y en especial en los tumores cerebrales. Teniendo en cuenta la prevalencia de estos en los menores de edad y el potencial patogénico de los mismos, detectar cualquier signo neurológico en un primer episodio psicótico de manera precoz puede ser fundamental para el curso y pronóstico de la enfermedad.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años de edad, convive en el domicilio familiar con sus padres y hermano menor de 12 años hasta diciembre del 2014, momento en el que pasa a residir en Centro de Justicia Juvenil. A nivel académico había mantenido buena adaptación escolar y rendimiento académico hasta 3º de ESO.

### *Antecedentes médicos:*

No presenta alergias medicamentosas conocidas. Fumador, consumidor de cannabis hasta Diciembre 2014, sin antecedentes de abuso de otros tóxicos.

Diagnosticado de dermatitis atópica, asma y rinitis alérgica. Intervenido de fimosis. Sin otros antecedentes médicos relevantes.

### *Antecedentes psiquiátricos:*

El paciente presenta un funcionamiento completamente normalizado hasta Septiembre de 2014, fecha a partir de la cual y de manera brusca comienza a presentar

un comportamiento irritable y suspicaz con el medio. Aparecen episodios frecuentes de alteraciones conductuales consistentes en heteroagresividad verbal y física en el domicilio a las cuales acompaña un aislamiento progresivo, y abandono de sus actividades habituales, tanto académicas como deportivas y sociales, junto con un aumento secundario del consumo de cannabis.

En Diciembre de 2014 tiene lugar un episodio de gran agresividad en el ámbito familiar con intervención de las fuerzas del orden público. Esto motiva la denuncia de los progenitores de la situación y el paciente es internado en un Centro de Justicia Juvenil. Desde su ingreso en dicho centro se refiere el mantenimiento de conductas agresivas que progresan hacia una desorganización conductual unida a una actitud suspicaz e hipervigilante, aislamiento del medio y finalmente verbalizaciones de perjuicio y risas inmotivadas.

Inicia consultas en su Centro de Salud Mental de referencia, donde se pauta tratamiento con risperidona 2 mg/día, con negativa por parte del paciente a la toma del mismo. Debido a las dificultades en el tratamiento y la tórpida evolución del caso se realiza la indicación de ingreso hospitalario en la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil de Hospital Universitario de Basurto.

### *Antecedentes familiares:*

No presenta antecedentes familiares de relevancia, a excepción de hermano con diagnóstico de parálisis cerebral y padre diagnosticado de psoriasis e hipercolesterolemia.

## ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente ingresa en la unidad de psiquiatría infantojuvenil por alteraciones de la conducta y episodios heteroagresivos junto con clínica psicótica productiva de meses de evolución ante la imposibilidad de contención a nivel ambulatorio y negativa al tratamiento neuroléptico.

## EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente, orientado en las tres esferas. Abordable, parcialmente colaborador. Aspecto correcto y aseado. Conductualmente contenido. Embotamiento afectivo. Actitud desconfiada, hipervigilante, mirada desafiante que alterna con episodios en los que se muestra perplejo y con risas inmotivadas. Discurso inducido, parco en palabras, mayormente monosilábico, pobre en contenido, aprosódico, en el que verbaliza la problemática en

el centro de justicia donde está cumpliendo condena tendiendo a la minimización. Impresiona de alucinaciones auditivas, soliloquios, fenómenos de lectura, difusión, robo e inserción del pensamiento que el paciente niega. Ideación delirante de perjuicio pobremente estructurada. No se objetiva riesgo auto o heteroagresivo. No ideación autolítica estructurada. Nula conciencia de enfermedad.

### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

Entre las pruebas complementarias realizadas durante su ingreso presenta ECG, bioquímica completa de sangre, hemograma, TSH y Cortisol 8 horas normales. Prolactina 30,3 ng/mL. El examen general de orina no muestra hallazgos patológicos y los tóxicos en orina son negativos. En el TAC cerebral de rutina se objetiva una lesión supratentorial de apariencia intraaxial en línea media y adyacente al ventrículo derecho de 3 cm de diámetro máximo. Presenta una calcificación gruesa, un componente quístico y un polo sólido que capta contraste. No hay efecto de masa ni hidrocefalia. Se informa que pudiera corresponder a un oligodendroglioma entre otras posibilidades. Posteriormente, y dados los hallazgos en el TAC, se solicita una Resonancia Magnética cerebral y de columna en la que se evidencia una tumoración intraventricular con características de bajo grado de malignidad y sin hallazgos de interés en RM columna completa. Finalmente, para completar el estudio se realiza un electroencefalograma, en el que se describe actividad de fondo dentro de la normalidad, objetivando únicamente una sobrecarga de actividad beta de bajo voltaje difusa de probable origen medicamentoso. No se registra actividad epileptiforme ni eventos ictales.

### **EVOLUCIÓN**

Durante los primeros días del ingreso el paciente se muestra hipervigilante y desconfiado, y desorganizado a nivel comportamental, presenta episodios de irritabilidad y disforia que surgen ante interpretaciones delirantes autorreferenciales de perjuicio de pobre elaboración que son dirigidas hacia el medio sin una clara estructuración. Debido a la presencia de dicha clínica se decide comenzar el tratamiento con risperidona a dosis creciente hasta 8 mg/día. Muestra buena tolerancia y no se objetivan efectos secundarios. Presenta habitualmente quejas de cefalea holocraneal de intensidad moderada y que mejora con el reposo, y episodios confusionales nocturnos.

Se solicita Interconsulta al Servicio de Neurología y Neurocirugía. Estos, tras estudio del caso y valoración de riesgos y beneficios de abordajes agresivos, se decantan por un tratamiento más conservador. Instauran pauta de dexametasona 6 mg/día en pauta descendente y derivan a seguimiento ambulatorio. El paciente se muestra progresivamente más confiado, adecuado, y con remisión progresiva de la sintomatología psicótica. No vuelve a presentar episodios de cefalea y la desorientación nocturna mejora hasta la completa desaparición. Persiste una conciencia parcial de enfermedad y ambivalencia hacia el tratamiento farmacológico. Por este motivo se decide cambio a neuroléptico depot, paliperidona 100 mg/mes, buscando mejorar la adherencia terapéutica. Además, durante su estancia se informa al juzgado de menores del estado clínico del paciente, desde donde se nos notifica que se deja sin efecto, en cuanto a la parte pendiente de cumplir, la medida de un año y seis meses de internamiento terapéutico semiabierto impuesta al menor. Recibe el alta con el diagnóstico de Trastorno psicótico no especificado (F29, CIE-10) y Tumoración cerebral pendiente de filiación, en tratamiento con paliperidona 100 mg/día, dexametasona 2 mg/día y omeprazol 20 mg/día, así como seguimiento en consultas del Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Continúa seguimiento por parte de neurología y neurocirugía con controles de neuroimagen.

Tras el alta y a pesar del tratamiento pautado la evolución no es adecuada. Reaparecen una conducta desorganizada, sintomatología referencial y de perjuicio, heteroagresividad verbal y pérdida del control de impulsos. El paciente acude derivado para nueva hospitalización a la unidad de agudos de psiquiatría infanto-juvenil, con la indicación de posible paso a Unidad de Media Estancia.

A la exploración se muestra consciente, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar. Fallos mnésicos llamativos más evidentes en memoria de fijación. Abordable, parcialmente colaborador. Aspecto correcto y aseado. Contacto distante, bloqueado, perplejo. En ocasiones suspicaz, muy irritable, y con episodios de desorganización conductual. Embotamiento afectivo muy marcado. Discurso escaso y pobre, con tendencia a la negación o minimización de problemática tras el alta. Impresiona de intensa sintomatología psicótica productiva que el paciente niega. No auto ni heteroagresividad, ni ideación autolítica sistematizada. Nula conciencia de enfermedad.

Durante los primeros días de ingreso predominan la clínica confusional y los fallos de memoria de fijación, que dificultan el manejo del paciente y de su sintomatología psicótica. Se decide la introducción de tratamiento con clozapina dado lo resistente de la clínica productiva y la ineficacia de antipsicóticos previos. No presenta nueva sintomatología pero repentinamente presenta un episodio de pérdida de conciencia con ruido gutural, cianosis rigidez tónica generalizada seguido de recuperación progresiva espontánea, que se sigue en los días posteriores de picos febriles, y motiva su traslado al servicio de neurología y tratamiento con Ácido Valproico. Se valora de nuevo el caso con Neurocirugía y se decide ampliar el estudio. En la Resonancia Magnética no se observan cambios significativos con respecto a la previa. No presenta anomalías en analíticas general, hepática, renal o marcadores de encefalitis autoinmune. Se analiza líquido cefalorraquídeo, bioquímica estándar, ADA y citología, bandas oligoclonales, cultivo estándar, hongos, BK, PCR virus herpes, enterovirus y autoanticuerpos encefalitis autoinmune-paraneoplásicas sin encontrar alteraciones relevantes. El electroencefalograma muestra un foco irritativo tèmoro-rolándico bilateral sobre actividad de fondo lentificada. Se repite a las 24 horas tras privación de sueño revelando persistencia de potenciales agudos en forma de salvas en región fronto-centro-temporal sobre una actividad de fondo discretamente lentificada. Dichas alteraciones se han mantenido en posteriores trazados. Durante su hospitalización permaneció letárgico con quejas de cansancio y tendencia a la clinofilia. Disminuyen hasta la desaparición las alteraciones de conducta, persistiendo la irritabilidad y la suspicacia secundaria principalmente a los fallos mnésicos cada vez más graves y la desconexión progresiva del medio. Finalmente recibe el alta con diagnóstico de Neoplasia cerebral interventricular (probable ganglioma), Crisis epilépticas secundarias y Trastorno psicótico debido a afección médica, y tratamiento con clozapina 200 mg/día y Levetiracetam 1000 mg/día.

Tras su alta el paciente continúa seguimiento por los tres servicios que han valorado su caso. En una segunda valoración se decide llevar a cabo la resección quirúrgica del tumor cerebral, teniendo lugar dicha cirugía sin complicaciones intra o postoperatorias. La biopsia intraoperatoria informa del diagnóstico de ganglioglioma. A pesar de la extirpación radical del tumor la situación basal del paciente no ha mejorado y

se mantiene la problemática comportamental, ideación delirante de perjuicio y un progresivo aislamiento del medio, con clinofilia, hipersomnia y abandono de las actividades básicas.

## DISCUSIÓN

En nuestro caso clínico se presenta a un adolescente de 17 años con debut brusco de clínica psicótica consistente en alteraciones de la conducta, ideación delirante de perjuicio y autorreferencial escasamente sistematizada, alucinaciones auditivas y alteraciones del nivel de conciencia en forma de síndrome confusional, que evolucionan progresivamente con un curso tórpido a pesar de los tratamientos psiquiátricos, médicos y quirúrgicos llevados a cabo. Tanto lo espontáneo de la presentación como lo atípico y difuso de los síntomas junto con la pobre respuesta a las intervenciones iniciales deben de poner al clínico sobre la pista de un diagnóstico diferencial que abarque más allá de las patologías psiquiátricas. Plantear un espectro más amplio de etiologías, que incluya otros trastornos de origen orgánico, es fundamental para establecer el tratamiento adecuado e individualizado. Debe tenerse en cuenta que el diagnóstico y tratamiento precoz de patologías como las neoplasias cerebrales influyen en el curso, pronóstico y recuperación del paciente. El hecho de que no se hayan encontrado relaciones significativas entre el tipo de tumor cerebral o su localización y los síntomas psiquiátricos manifestados dificulta su sospecha por parte del clínico y su diagnóstico (4). Por eso, en todo caso en el que objetiven signos neurológicos menores o diseminados, síntomas psiquiátricos alejados de la presentación habitual, o cualquier otro dato susceptible de ser secundario a una lesión cerebral, es imprescindible llevar a cabo una valoración exhaustiva del paciente. Dicha evaluación debería incluir pruebas complementarias médicas, analíticas específicas, pruebas de neuroimagen como TAC o RM, y electroencefalograma. En la línea de estas recomendaciones, las principales guías clínicas recomiendan un abordaje multidisciplinar e integral de la valoración de primeros Episodios psicóticos en adolescentes. Tales abordajes incluirían la anamnesis y exploración médica completa del caso y sus posibles comorbilidades junto con una extensa valoración psiquiátrica, de las capacidades cognitivas, físicas y sociales del individuo (5).

Una vez llevadas a cabo las pruebas necesarias

para establecer un correcto diagnóstico, y que este haya sido confirmado, se han de establecer las pautas de tratamiento. En primer lugar debe indicarse un tratamiento etiológico, y paralelamente complementar este con el tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas existentes. Siguiendo estas recomendaciones, en el caso expuesto con anterioridad se inició el tratamiento médico con corticoides, que tras ser ineficaces llevaron a la indicación de tratamiento quirúrgico. Paralelamente se pautó un tratamiento psiquiátrico con diferentes ensayos de neurolépticos siguiendo las indicaciones de las guías en Primeros Episodios Psicóticos.

En este caso, como en otros ya presentados en la literatura (6), a pesar de las valoraciones médica y psiquiátrica, el diagnóstico diferencial y de confirmación, y el tratamiento tanto etiológico como sintomático, la evolución del cuadro no ha sido favorable. El curso ha sido progresivo con aislamiento y desconexión de su medio, pérdida de capacidades cognitivas, aumento de la sintomatología negativa y deterioro funcional global. Evoluciones similares han sido recogidas en estudios a largo plazo en menores que sobreviven a lesiones malignas en sistema nervioso central, los cuales presentan clínica psicótica persistente incluso después de un tratamiento efectivo del tumor (7).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Keshavan MS, Kaneko Y. Secondary psychoses: an update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association* 2013;12(1):4-15.
2. DeAngelis LM. Brain tumors. *N Engl J Med* 2001;344:114-123.
3. Moise D, Madhusoodanan S. Psychiatric symptoms associated with brain tumors: a clinical enigma. *CNS Spectr* 2006;11:28-31.
4. Madhusoodanan S, Danan D, Moise D. Psychiatric manifestations of brain tumors: diagnostic implications. *Expert Rev Neurother* 2007;7:343-349.
5. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in children and young people. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2013 Jan. 51 p.
6. Mordecai D, Shaw RJ, Fisher PG, Mittelstadt PA, Guterman T, Donaldson SS: Case study: suprasellargerminoma presenting with psychotic and obsessive-compulsive symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:116-119.
7. Turkel SB, Tishler D, Taware J: Late onset psychosis survivors of central nervous malignancies. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007; 19:293-297.