

Sesión interdepartamental: Manía y esclerosis múltiple

Claudio Garay – Psiquiatría
Colaboradores:
Lucas Gómez (NL) y María Luisa Peris (RX)
H.G.U.V

Datos del paciente

- Mujer 27 años sin AP de interés.
- Fumadora de 1/2 paquete/d, sin otros hábitos tóxicos conocidos.
- Aborto a los 18 años.
- Administrativa.

PREVIO AL INGRESO EN NRL

- Urgencia miccional
- ITU

AL MES:
• PNA

DOS MESES:
• Debilidad MII
• RM lumbar N
• RHB

EMPEORA

- Inestabilidad de marcha
- Dificultad hablar

NUEVE MESES:

- NRL área

PRIMER CONTACTO:

- Ingreso NRL
- **EXPLORACION**
- IRM = Dx EM
- Inicia Amantadina

DURANTE 2 AÑOS

- NTZ/RM sin actividad/EDSS2
- Seroxat/Lyrica/Lioresal
- Psicología
- Intención embarazo

AGO/2010:

- BROTE – MP oral
- RM sin actividad

NOV/2010:

- Urgencias
- Seguimiento CSM
- Trast Adaptativo tipo ansioso

DURANTE 1 AÑO:

- Brotes perfil motor
- EDSS 5

CONSULTA EXT:

- RM actividad
- No embarazo
- Plantea FGM

DOS MESES:

- NUEVO BROTE – MP iv

SEP/11:

- Inicio FGM

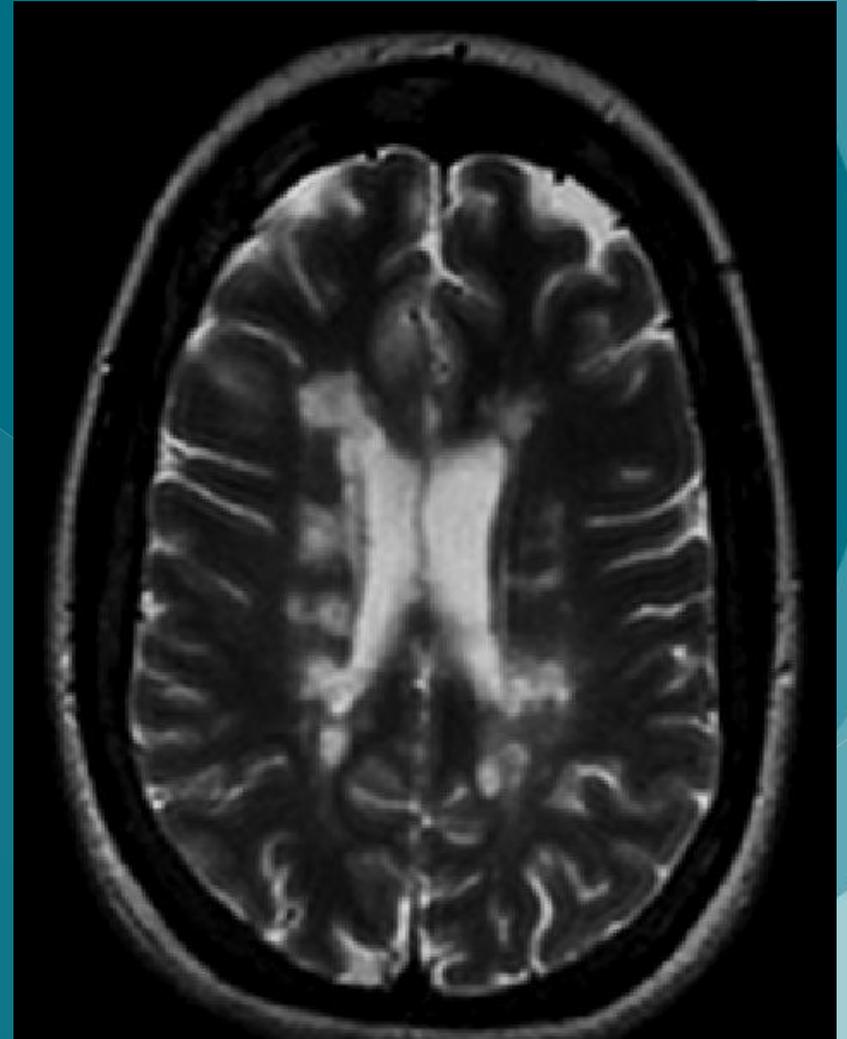
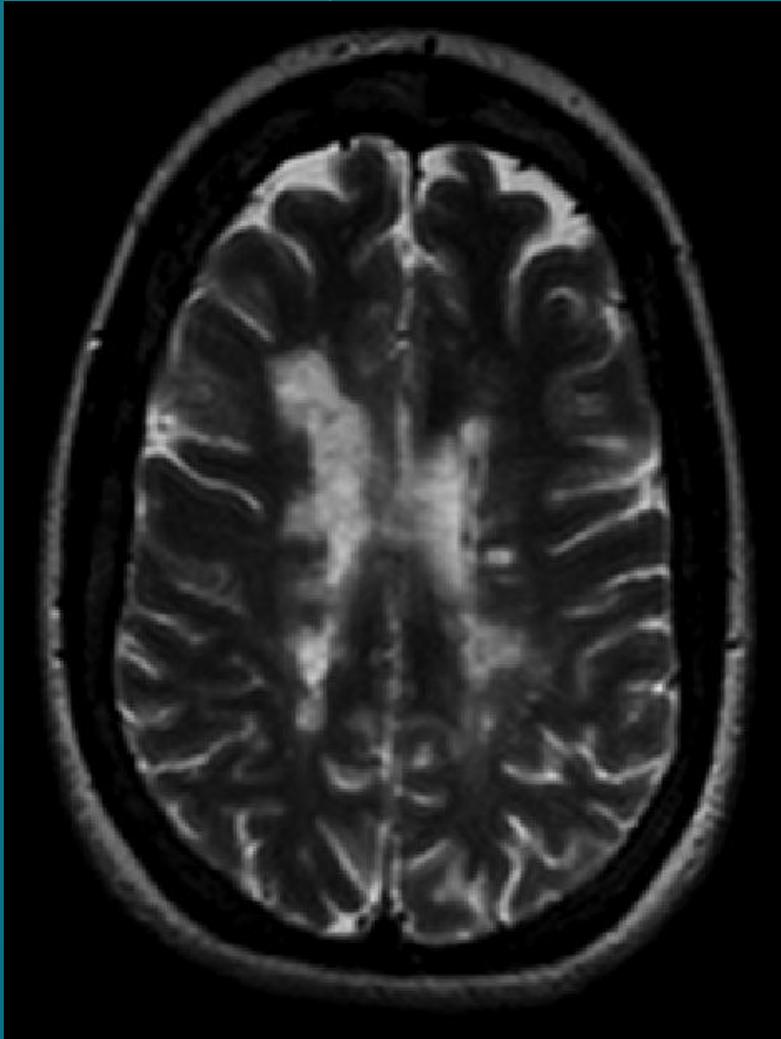
DOS SEMANAS:

- Contacta imprevisto manifestando ideación autolítica

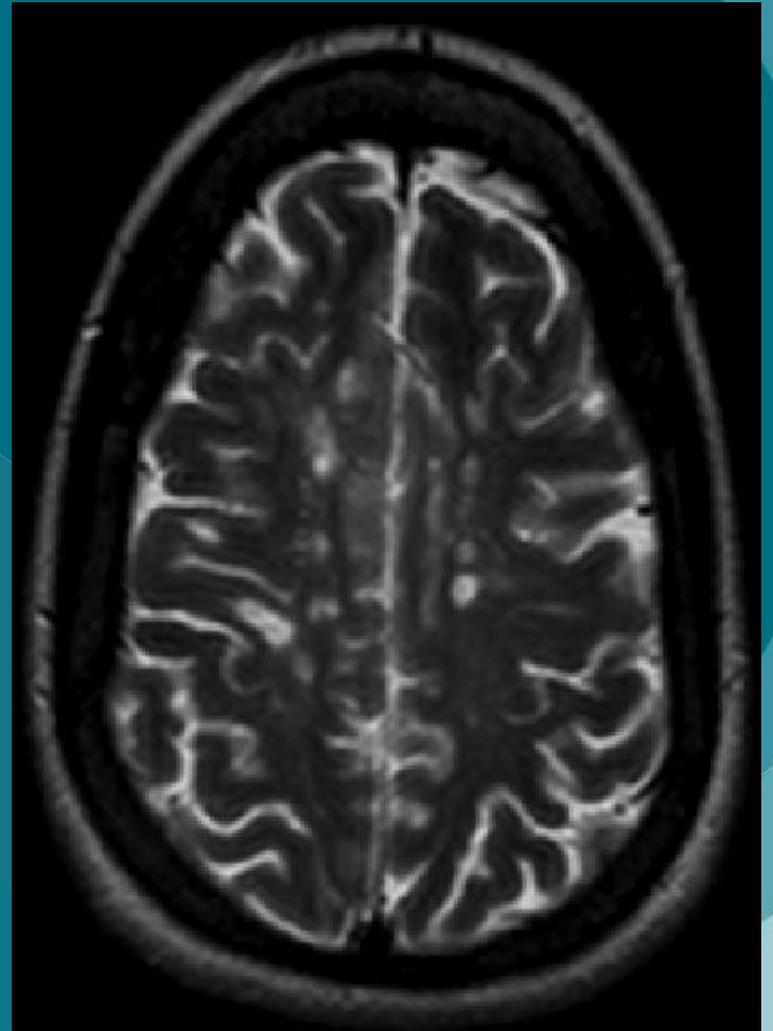
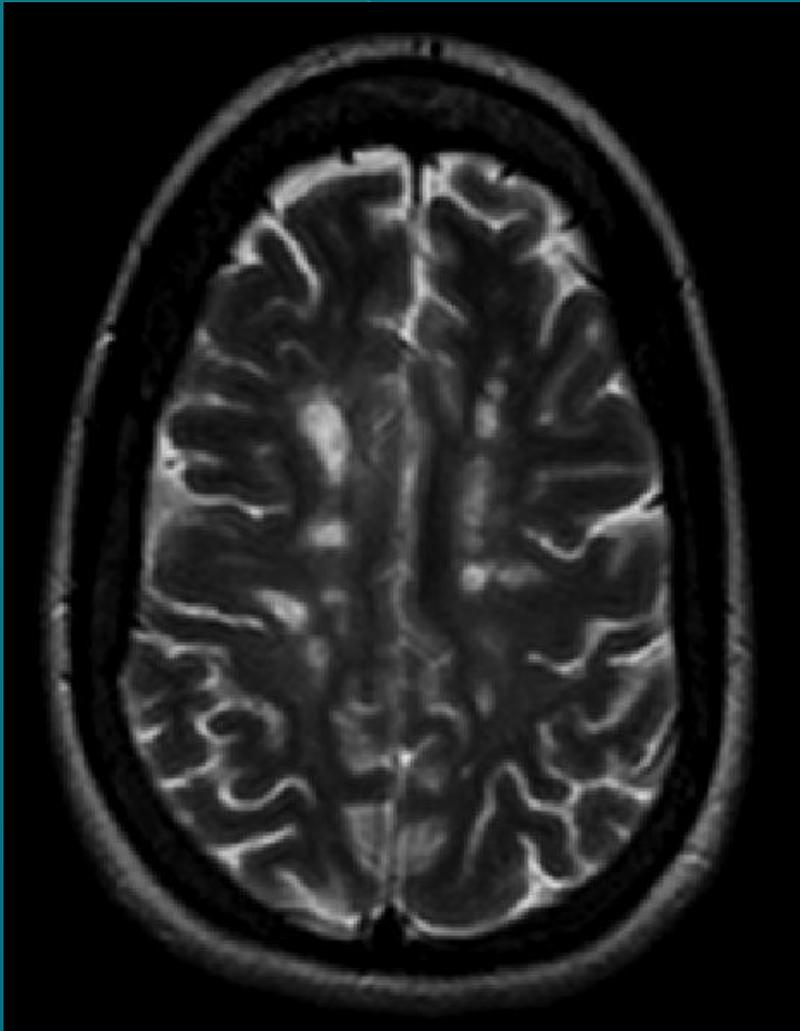
EXPLORACIÓN

- ◉ Monoparesia MSI 4+/5.
- ◉ Paraparesia predominio izquierdo grado MID 4+/5 y MII 4/5.
- ◉ ROT con aumento del área reflexógena.
- ◉ RCP extensores con clonus agotable bilateral.
- ◉ Nivel sensitivo T10.
- ◉ Romberg negativo.
- ◉ Marcha insegura y tandem imposible.

RM cerebral +/- Gd.



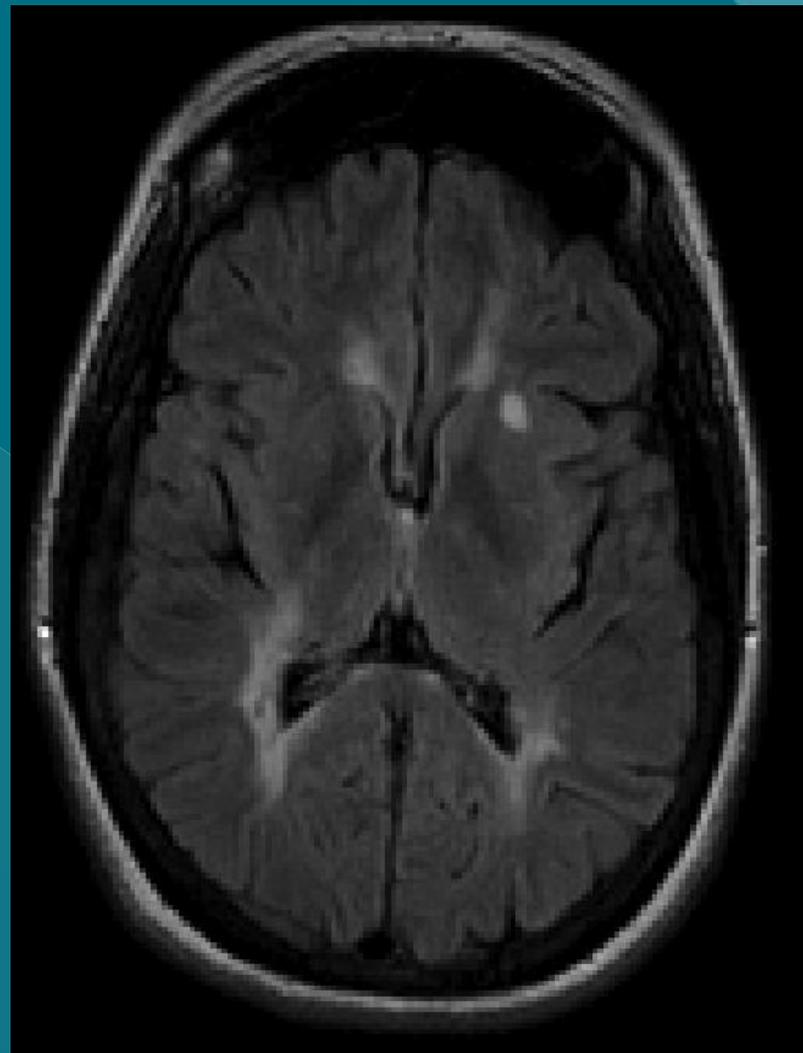
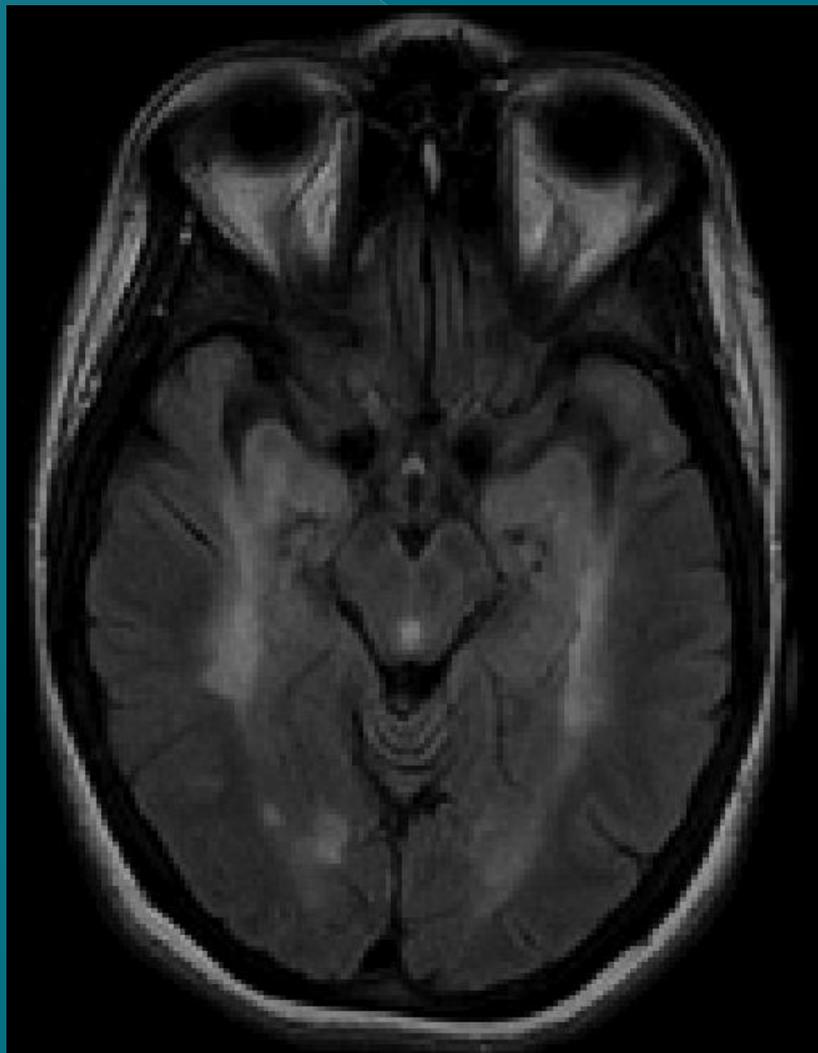
RM cerebral +/- Gd.



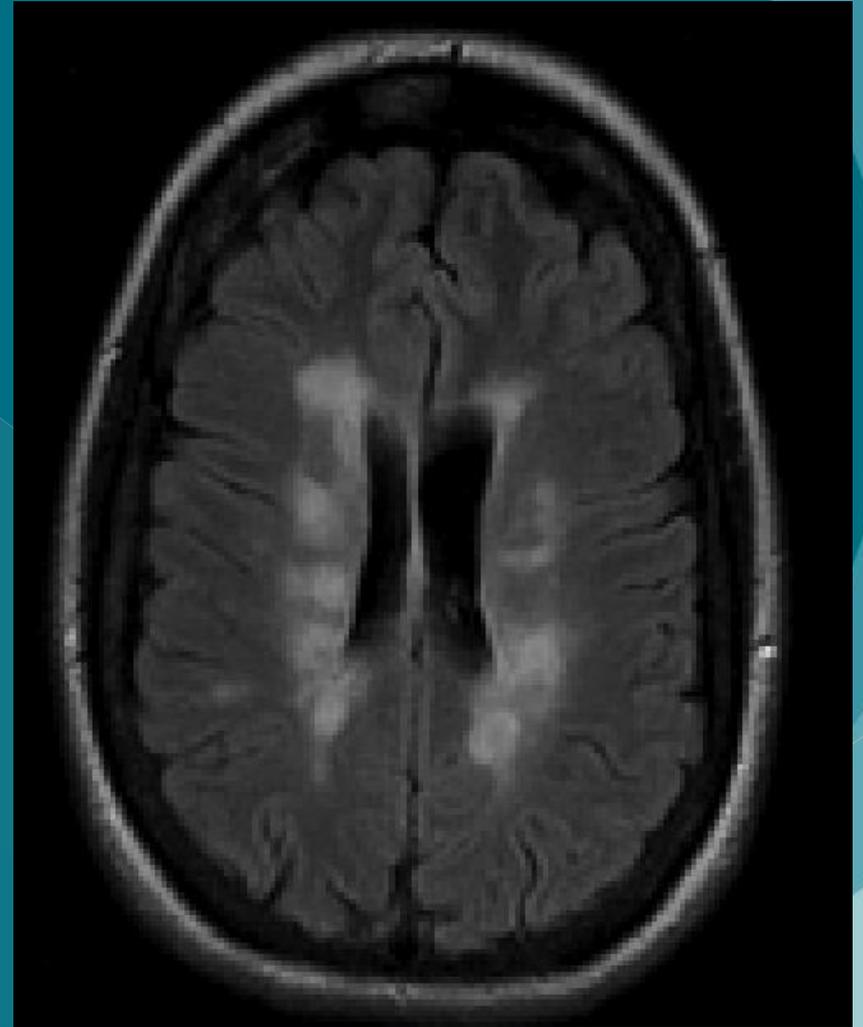
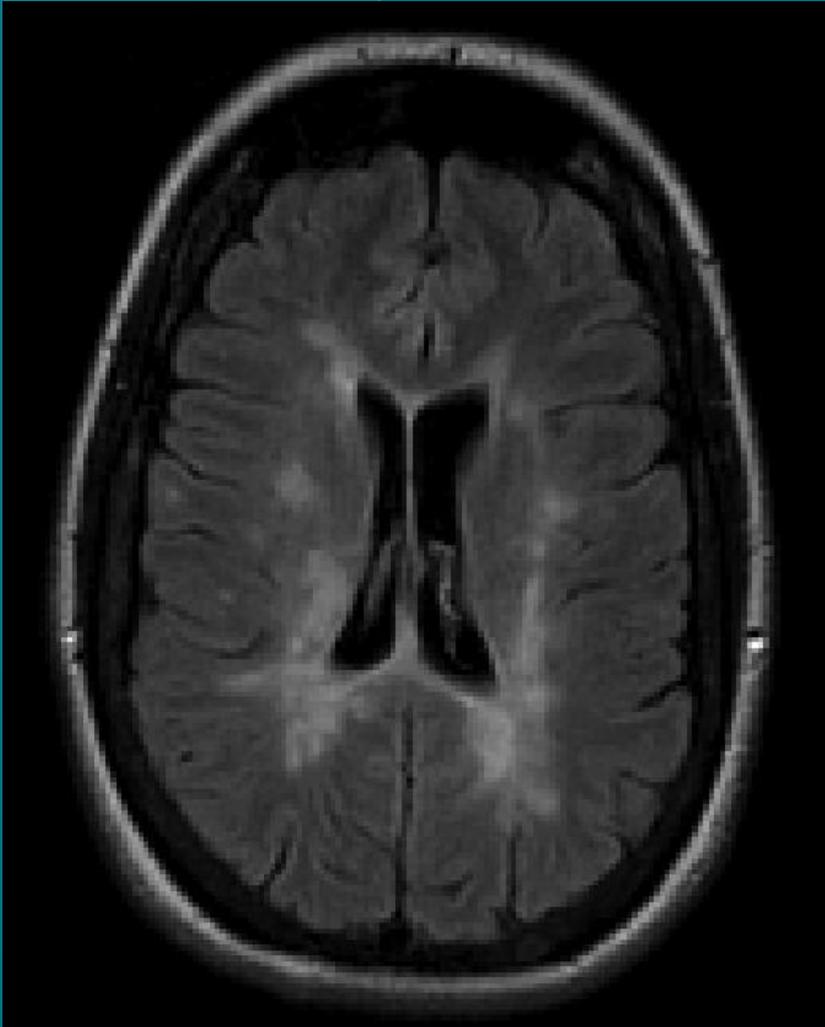
RM cerebral +/- Gd.



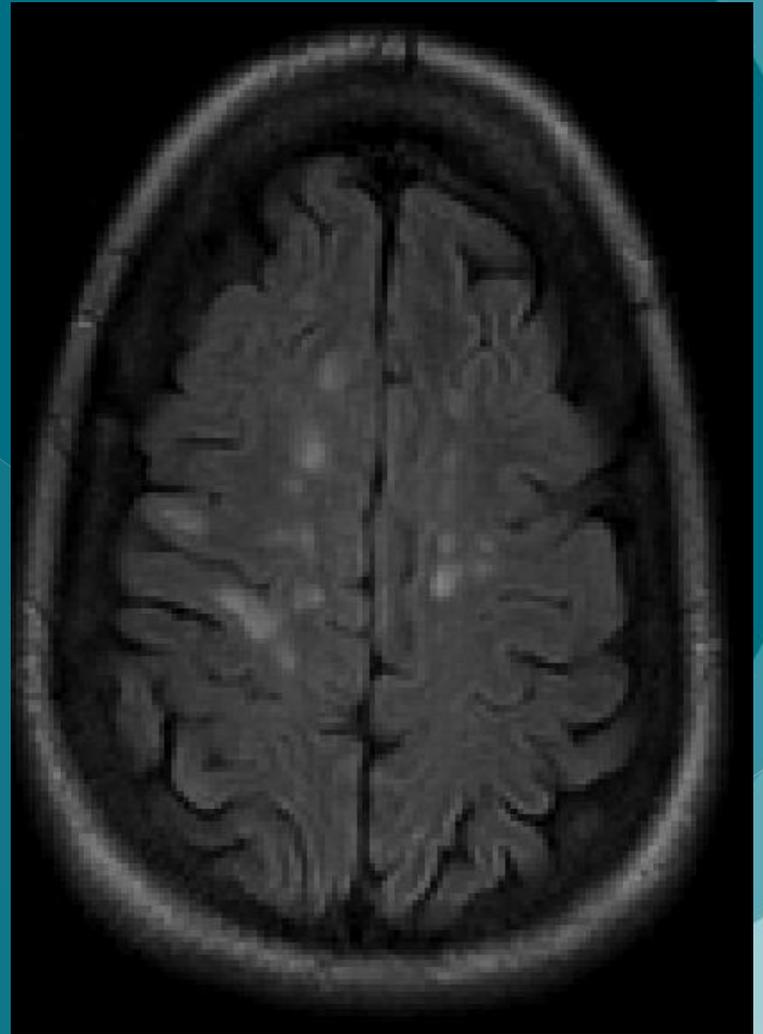
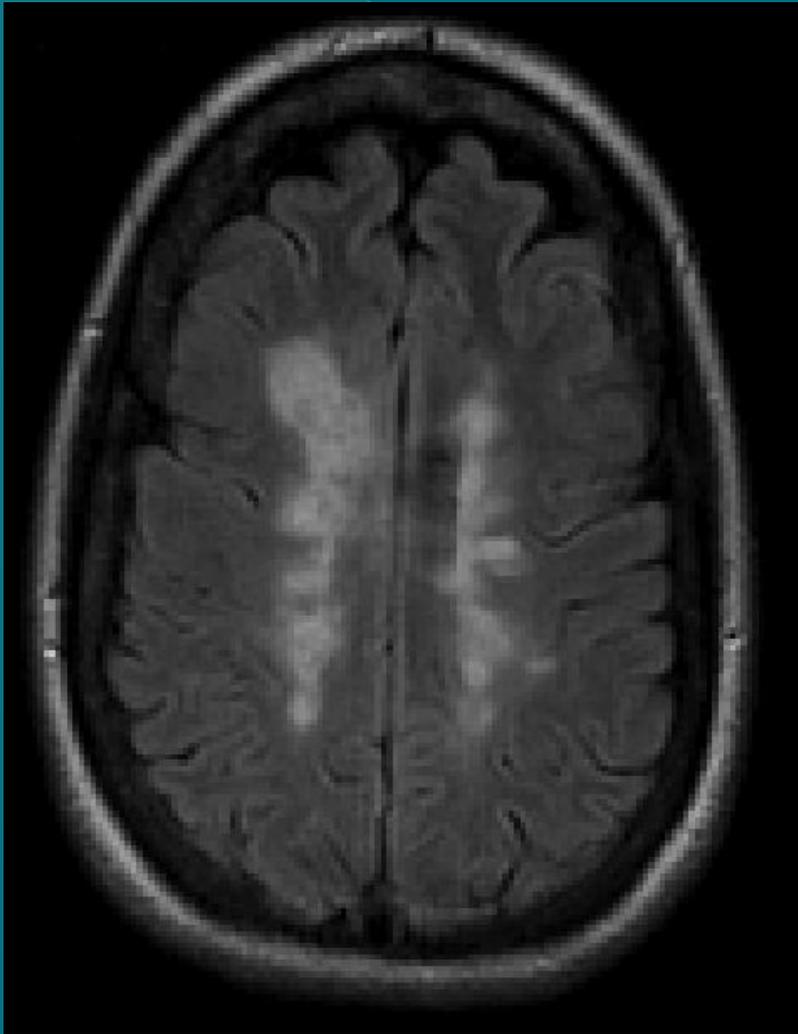
RM cerebral +/- Gd.



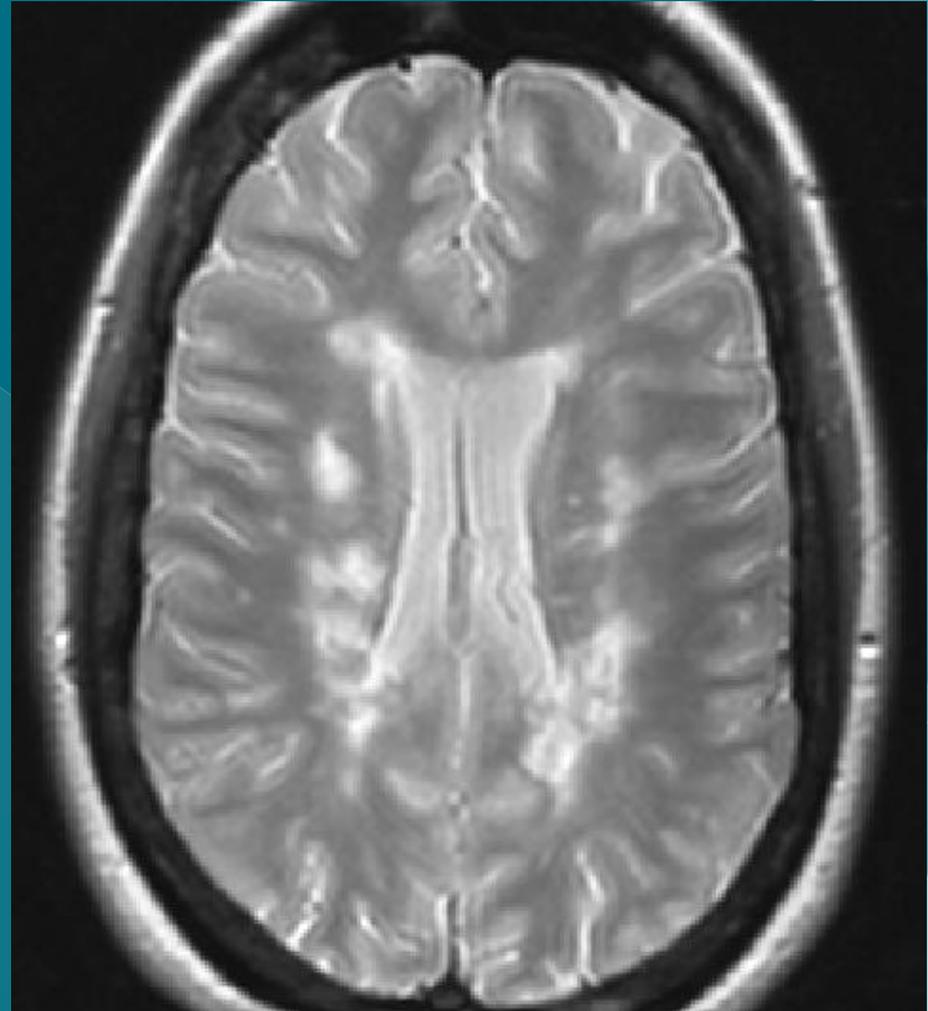
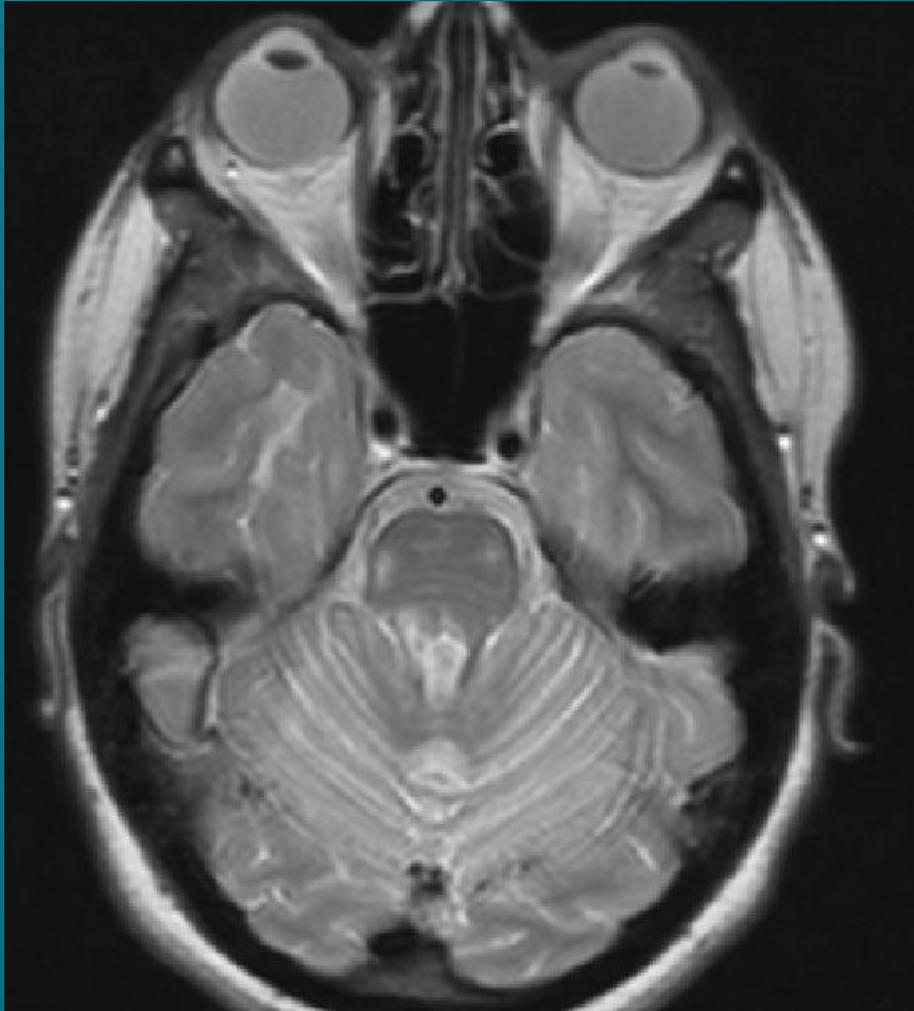
RM cerebral +/- Gd.



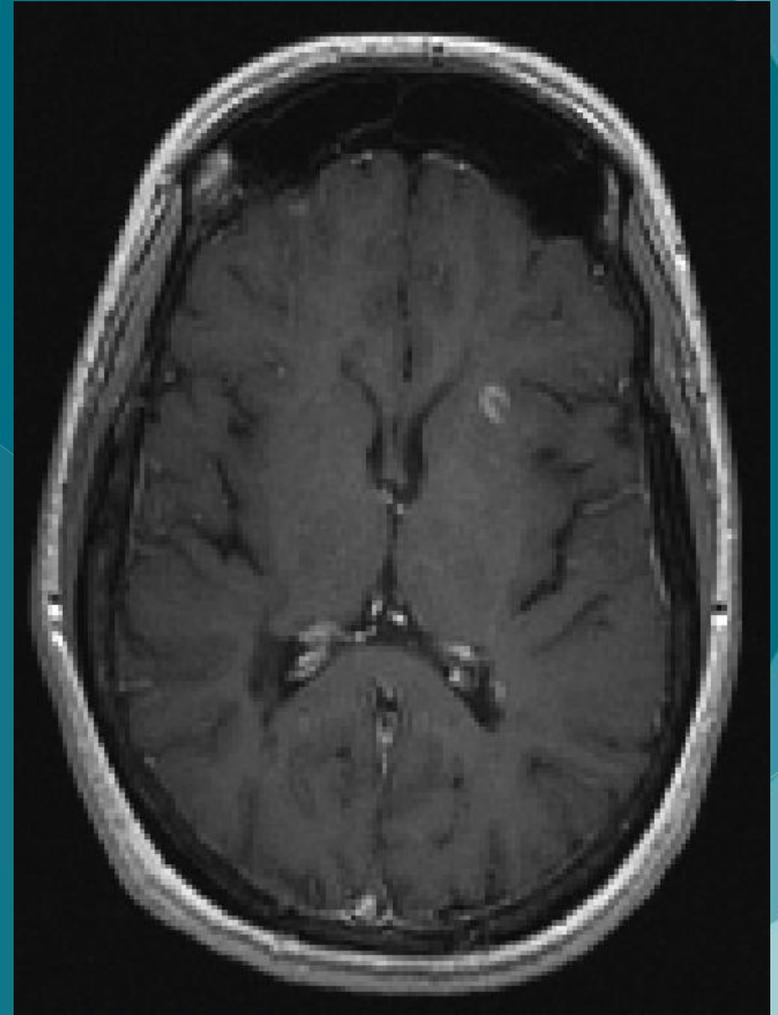
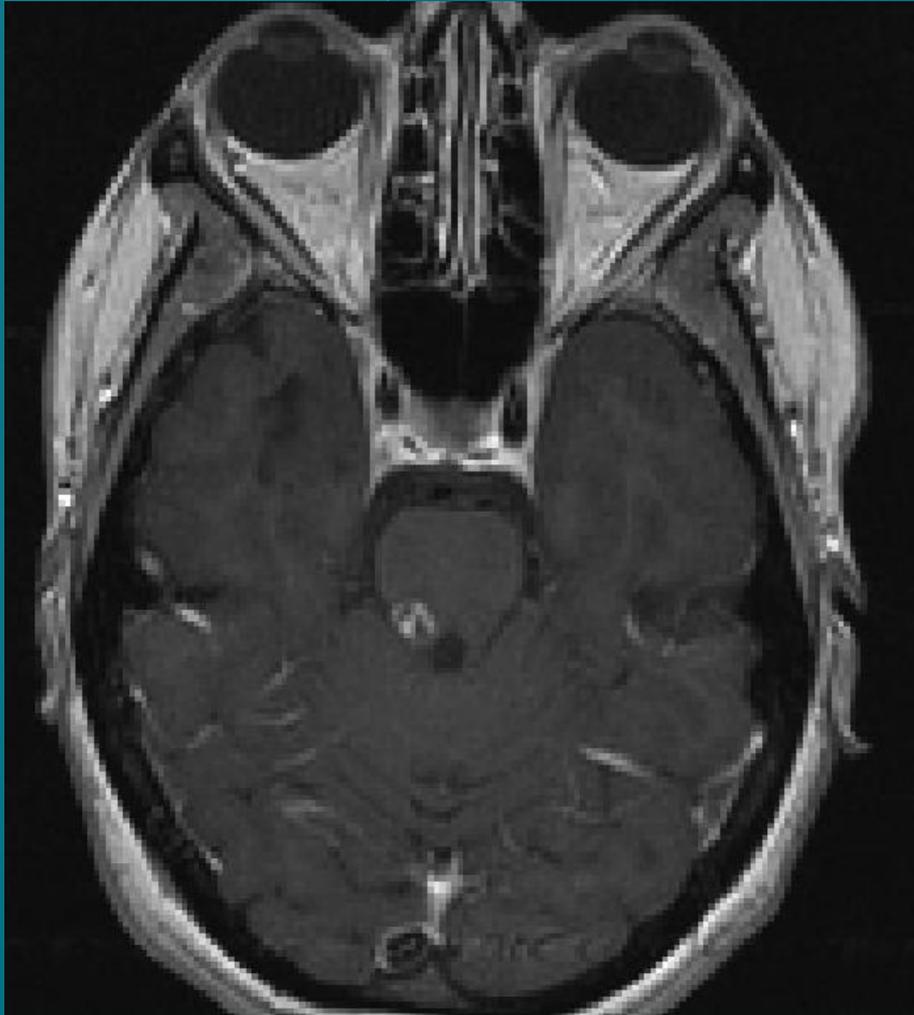
RM cerebral +/- Gd



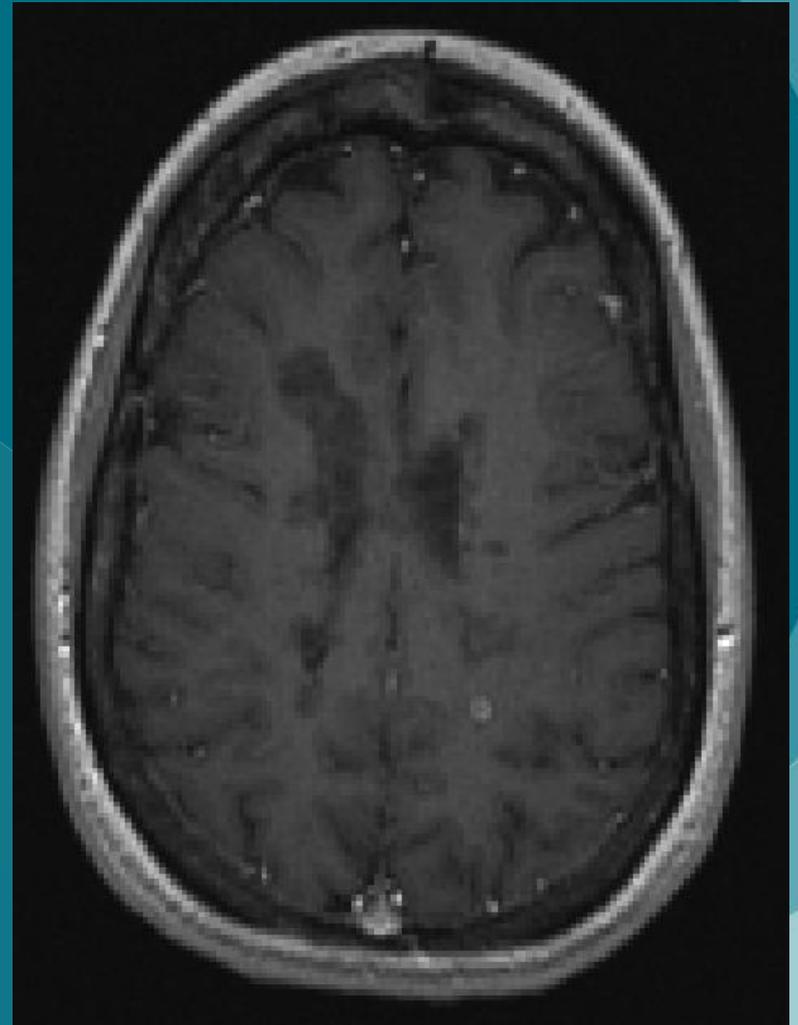
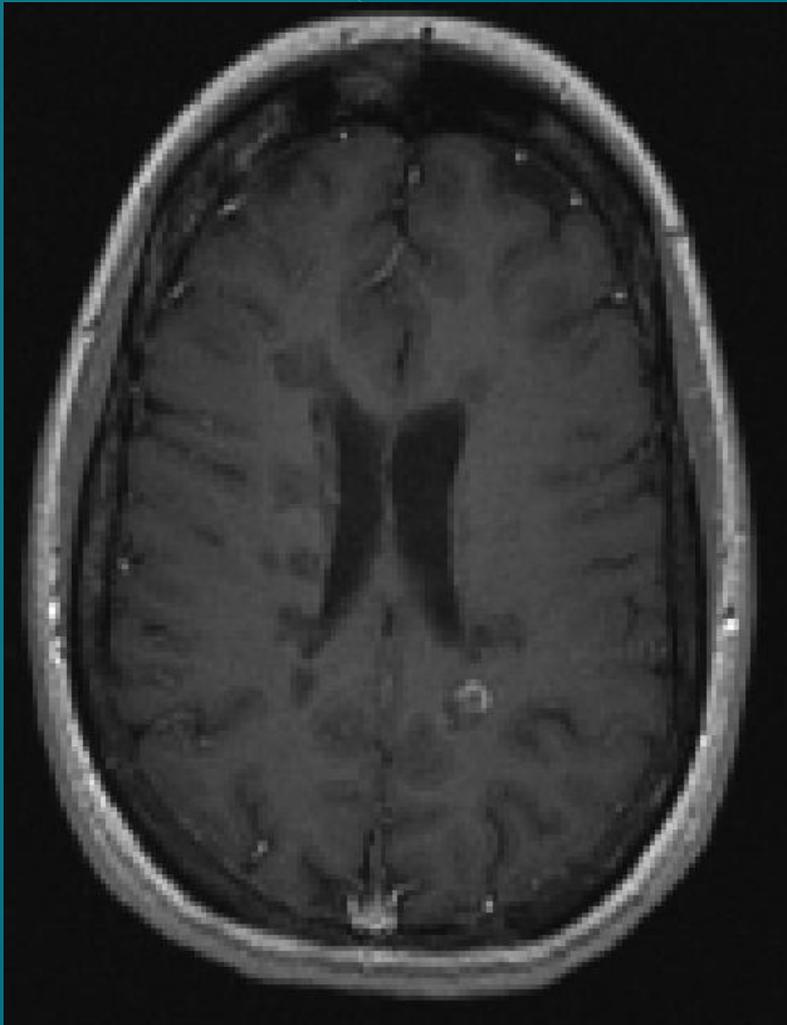
RM cerebral +/- Gd.



RM cerebral +/- Gd.



RM cerebral +/- Gd.



RM cervical +/- Gd.



PRIMER CONTACTO:

- Ingreso NRL
- **EXPLORACION**
- IRM = Dx EM
- Inicia Amantadina

DURANTE 2 AÑOS

- NTZ/RM sin actividad/EDSS2
- Seroxat/Lyrica/Lioresal
- Psicología
- Intención embarazo

AGO/2010:

- BROTE – MP oral
- RM sin actividad

NOV/2010:

- Urgencias
- Seguimiento CSM
- Trast Adaptativo tipo ansioso

DURANTE 1 AÑO:

- Brotes perfil motor
- EDSS 5

CONSULTA EXT:

- RM actividad
- No embarazo
- Plantea FGM

DOS MESES:

- NUEVO BROTE – MP iv

SEP/11:

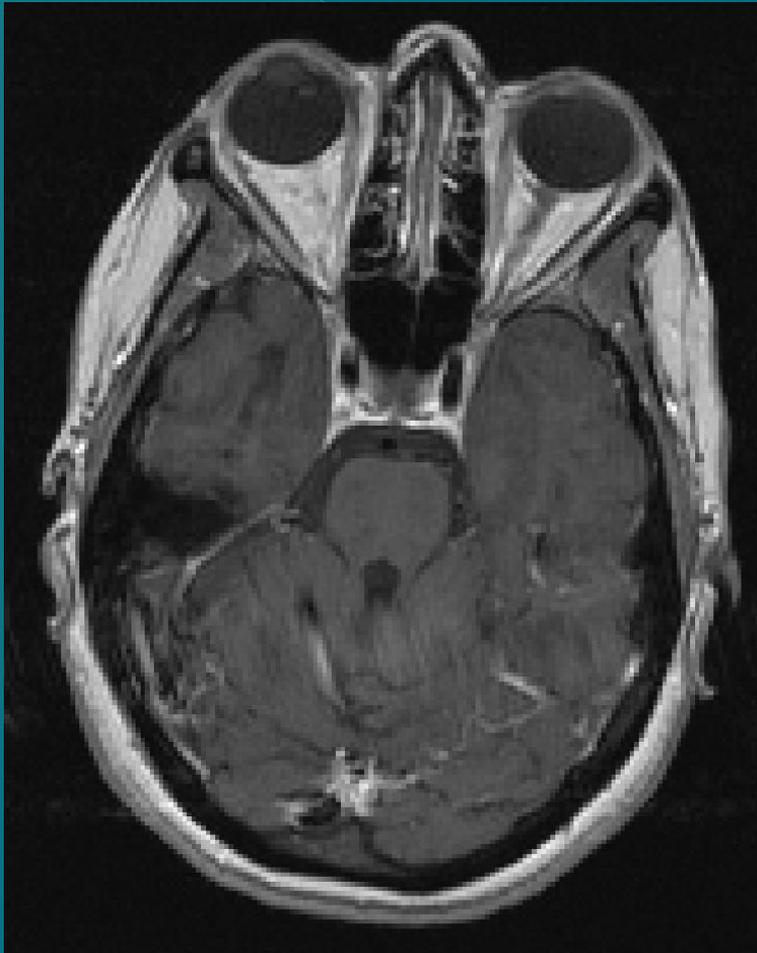
- Inicio FGM
- Nueva IRM

DOS SEMANAS:

- Contacta imprevisto manifestando ideación autolítica

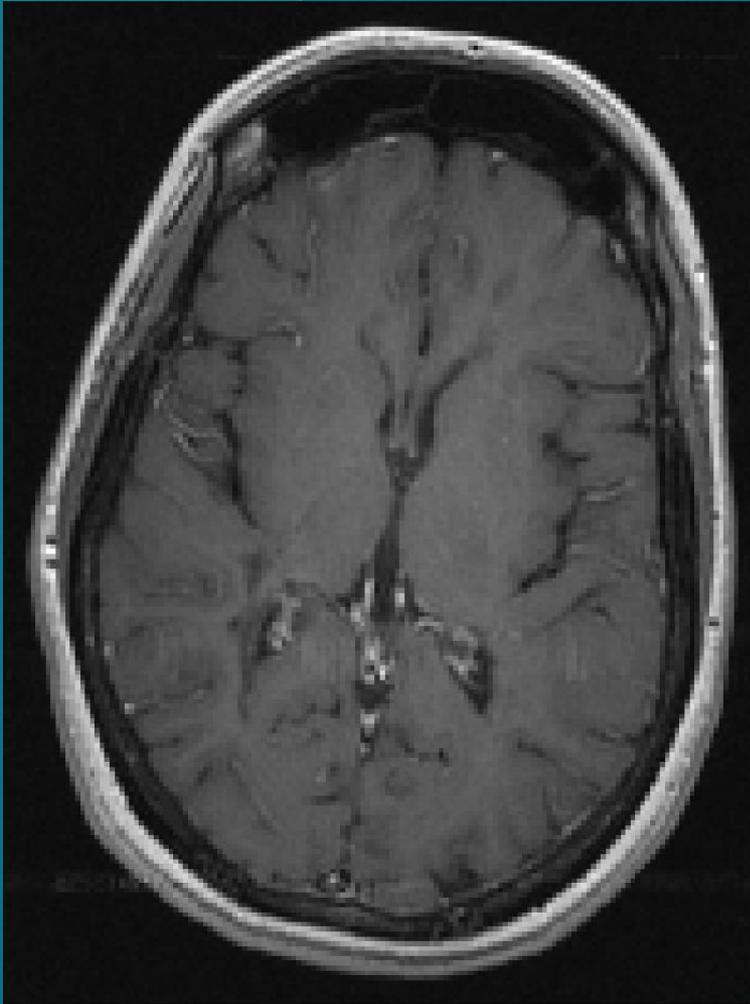
RM cerebral
Noviembre 2011

T1+Gd.



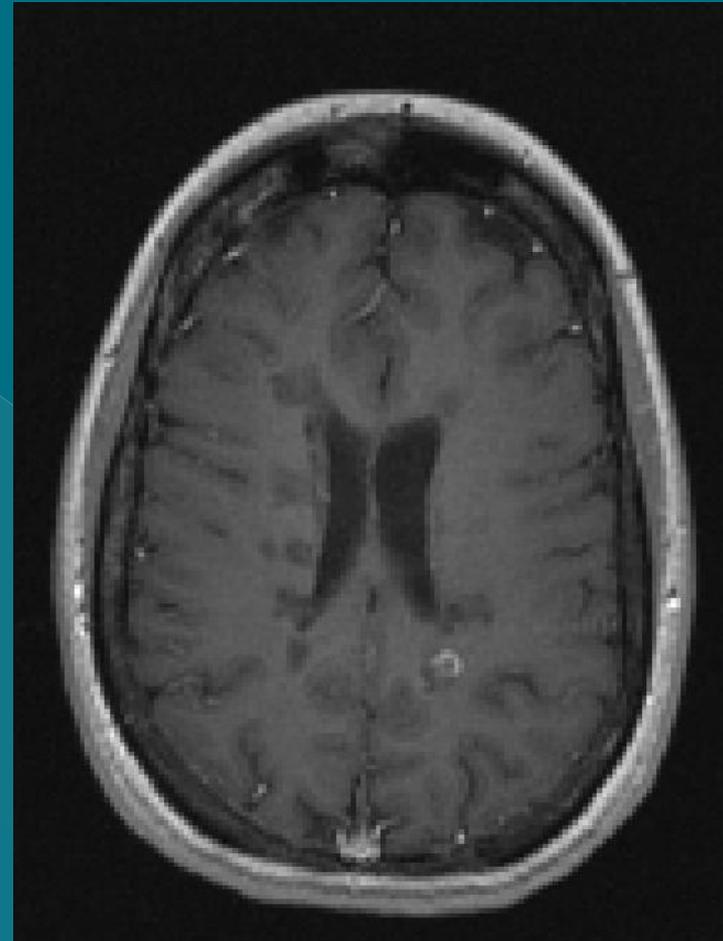
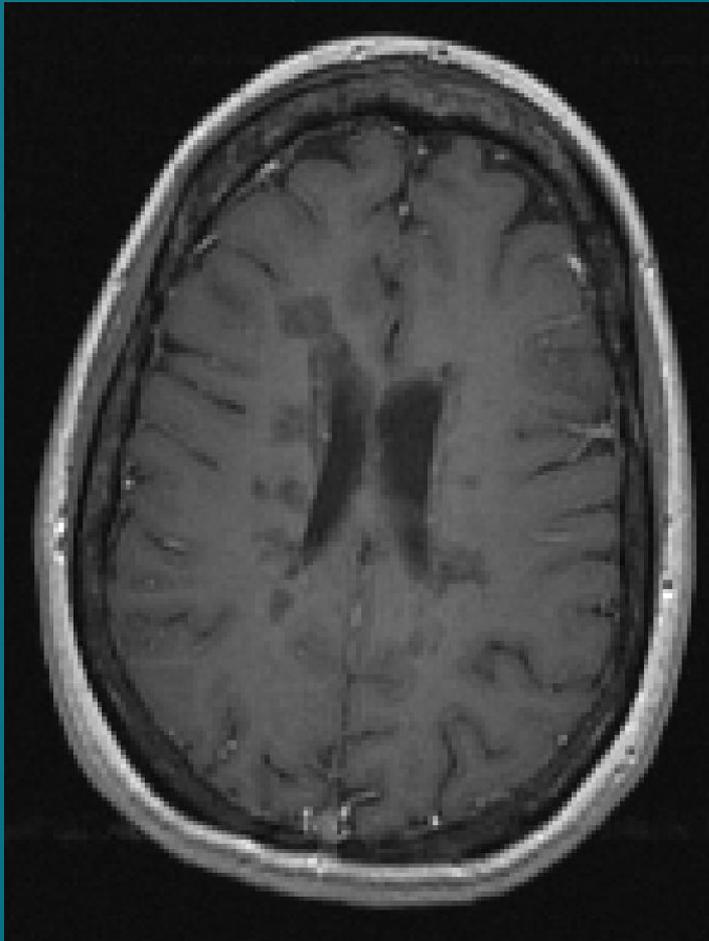
RM cerebral
Noviembre 2011

T1+Gd.



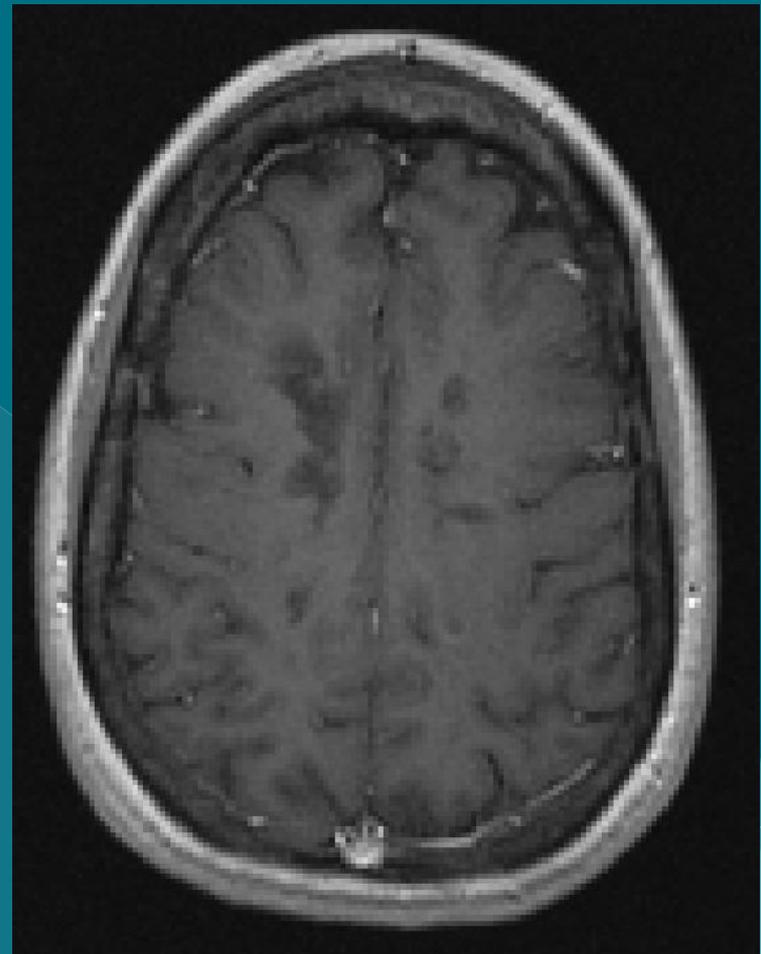
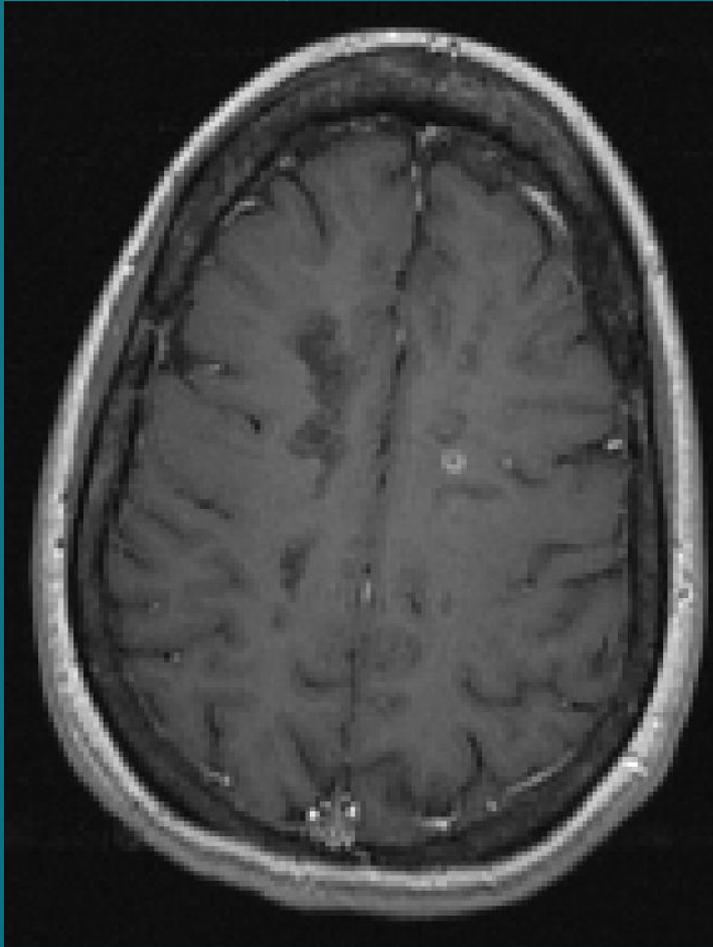
RM cerebral
Noviembre 2011

T1+Gd.



RM cerebral
Noviembre 2011

T1+Gd.



PRIMER CONTACTO:

- Ingreso NRL
- **EXPLORACION**
- IRM = Dx EM
- Inicia Amantadina

DURANTE 2 AÑOS

- NTZ/RM sin actividad/EDSS2
- Seroxat/Lyrica/Lioresal
- Psicología
- Intención embarazo

AGO/2010:

- BROTE – MP oral
- RM sin actividad

NOV/2010:

- Urgencias
- Seguimiento CSM
- Trast Adaptativo tipo ansioso

DURANTE 1 AÑO:

- Brotes perfil motor
- EDSS 5

CONSULTA EXT:

- RM actividad
- No embarazo
- Plantea FGM

DOS MESES:

- NUEVO BROTE – MP iv

SEP/11:

- Inicio FGM
- Nueva IRM

DOS SEMANAS:

- Contacta imprevisto manifestando ideación autolítica

Motivo de consulta (Interconsulta de NL 22/11/11)

- Mujer de 31 años ingresada en NL por empeoramiento de su esclerosis múltiple.
- Solicitan valoración por cuadro de alteraciones de conducta.

Psicobiografía:

- Gestación y parto normales.
- Desarrollo psicomotor normal.
- Nivel estudios básico-medio.
- Inicia vida laboral a los 18 años (administrativa en una empresa, que abandonó por síntomas de su enfermedad neurológica). Jubilada desde 2009.
- Casada (2005) sin hijos.

Antecedentes médicos:

- Esclerosis múltiple diagnosticada en 2007 y seguida en consultas externas de neurología.
- Recibió tratamiento con Natalizumab durante 2 años, 23 ciclos (retirado por deseo de gestación) posteriormente MP Recibe ciclos de metilprednisolona.
- Ultimos brotes: Octubre 2010, julio 2011, y agosto 2011, recibiendo metilprednisolona.

Antecedentes psiquiátricos familiares:

- Probables trastornos mentales no filiados en abuelos tanto maternos como paternos.
- Un hermano de su abuelo se le dio TEC.

Antecedentes psiquiátricos:

- ◉ Desde 2008:
 - > Clínica de tipo ansioso-depresivo reactiva a patología orgánica (inicia Paroxetina en mayo de 2011).
- ◉ Desde octubre 2011:
 - > Seguimiento en CSM tras consulta en urgencias por sintomatología ansiosa impresionando de un trastorno adaptativo. Se aumenta dosis de AD e inicia ansiolítico.
 - > Seguimiento en psicología clínica del HGUV.
- ◉ Tóxicos:
 - > Consumidora habitual de cannabis desde los 13 años.

Anamnesis:

Cuadro de 2 meses de evolución:

- Irritabilidad creciente
- Aumento de la vida social
- Aumento de la familiaridad al trato
- Prodigalidad
- Desinhibición y cambio conductual (quiere comprarse otro perro, hacerse tatuajes).
- Disminución de necesidad de sueño.

Exploración psicopatológica:

- Inquietud psicomotriz.
- Verborrea
- Labilidad emocional.
- Hipertimia.
- Desinhibición conductual.
- Ideación deliroide no congruente con el estado de ánimo, de perjuicio y control
 - > (que su marido le ha dicho a los vecinos que le controlen, que le quemen la vitrocerámica de su cocina, que sufre acoso psicológico por parte de su marido, llega a dar aviso a la guardia civil). Refiere abusos sexuales durante su infancia por parte de familiares y su jefe.
- No alteraciones sensorio-perceptivas.

RNM cerebral

- Se realiza estudio comparativo visual con RM previa.
 - > Múltiples **lesiones desmielinizantes ya conocidas** localizadas en sustancia blanca profunda, periventriculares, periatricales bilaterales, así como en mesencéfalo que no presentan cambios significativos.
 - > Disminución del tamaño de la lesión situada en pedúnculo cerebeloso superior derecho, sin captación.
 - > Realce anular de una única lesión situada en corona radiata del lado izquierdo, indicativo de lesión con componente inflamatorio.
 - > Talla ventricular y espacios subaracnoideos acordes a la edad de la paciente. Estructuras cerebrales centradas en línea media. No se observan signos de lesiones expansivas. Sin otros datos de interés.

Exploración neuropsicológica:

- Escalas de la vida diaria
- Mini-test cognitivos (MMSE/Reloj)
- T. Orientación
- T. Lenguaje
- T. Afasia
- T. de memoria
- Praxias
- T. Gnosias
- Cálculo
- Razonamiento y abstracción
- Funciones ejecutivas

Areas dentro de la normalidad en ausencia de deterioro cognitivo.

Plan terapéutico:

- Traslado a sala de psiquiatría.
- Retirada de antidepresivos (Paroxetina).
- Introducción de antipsicótico (Olanzapina).
- Introducción de eutimizante (Valproato).
- Ajuste de benzodiazepinas (Clonazepam).

Evolución:

- Sala:
 - Mejoría progresiva de la clínica maniforme.
- Ambulatorio:
 - > En seguimiento en CSM y en la Unidad e Psicología Clínica del Hospital, donde se trabaja la asertividad, manejo de las emociones y estrategias de resolución de problemas.
 - > No episodios afectivos mayores al seguimiento.
 - > En la actualidad se encuentra eutímica, con niveles de ansiedad controlados.

Hipótesis diagnóstica:

- Trastorno del humor orgánico (F06.3)

Formulación:

- No antecedentes psiquiátricos familiares.
- No antecedentes personales de cuadros afectivos mayores.
- **Importancia de la evolución posterior del cuadro.**

Desencadenates?

- Uso de corticoides.
- Ascenso de dosis de antidepresivo.
- Uso de cannabis?
-

Trastornos psiquiátricos en EM:

	EM (%)	PG (%)
Depresión	22,8	16,2
Intento suicida	28,6	3,8
Ansiedad	36	5,1
Fatiga	75	23,7
Manía	0,3	0,2
Euforia	25	-
Psicosis	2-3	0,5-1
APB	10	-
D.Cognitivo	40-65	3,2

Haussleiter. Therapeutic advances in Neurological Disorders 2009

Manía y EM:

◉ Distintas hipótesis:

- > **Lesiones desmielinizantes cerebrales en áreas temporales bilaterales.**
- > **Medicación:** Inducción con corticoides, baclofeno, dantrolene, etc. (dosis dependientes, suelen ocurrir las primeras semanas de la terapia y son reversibles con reducción de la dosis de tratamiento). Posibilidad de beneficio de tratamiento con litio preventivo.
- > **Genética:** alta similitud entre los genes de HLA, particularmente los de clase II (DR, DQ).

Relación entre lesión y síntomas neuropsiquiátricos:

- ◉ No existe una relación clara entre lesión identificada por RNM y manía.
- ◉ Lesiones bilaterales de los cuernos temporales pudiesen estar relacionadas (st en manía con stmas psicóticos).

Feinstein et al. 1992.

**Otros diagnósticos diferenciales
en un paciente con clínica
maniforme y EM**

Euforia

- ◉ Estado de bienestar extremo, que es patológico cuando es excesivo en duración y desproporcionado.
- ◉ No se acompaña de otras alteraciones psicopatológicas como verborrea, hiperactividad, presión del habla, taquipsiquia o ideas deliroides.
- ◉ Se asocia a uso de drogas.
- ◉ En EM, asociada a:
 - > Discapacidad cognitiva
 - > Afectación desmielinizante en el lóbulo frontal.

Trastorno de expresión emocional involuntaria:

También afecto pseudobulbar, llanto o risa patológicos, incontinencia emocional, moria.

Es un síndrome de desinhibición afectiva, en el que no hay relación entre el humor y el afecto expresado.

Se asocia a:

- ⊙ EM
- ⊙ ELA
- ⊙ ACV
- ⊙ Parkinson
- ⊙ Demencias
- ⊙ Traumatismo cerebral

Cambio de personalidad

- Patrón conductual y rasgos de personalidad estables en el tiempo.
- Subtipos:
 - > **Desinhibido:** Lesiones orbitofrontales.
 - > **Apático:** Lesiones de vías subcorticales del cíngulo anterior.

Deterioro cognitivo

Alteración funciones ejecutivas, incapacidad para planificar acciones y resolver problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Esclerosis múltiple: manifestaciones neuropsiquiátricas. Gómez Gómez L., Ramírez Patiño C. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace. 2008 Sep;(39):15-19.
- Bipolar disorder and resembling special psychopathological manifestations in multiple sclerosis: a review. Lacovides A., Andreoulakis E. Current Opinion in Psychiatry 2011; 24:336-340.
- Correlating Brain Atrophy with Cognitive Dysfunction, Mood Disturbances, and Personality Disorder in Multiple Sclerosis. Ralph H.B. Benedict, PhD Dominic A. Carone, PhD Rohit Bakshi, MD. J. Neuroimaging 2004; 14:36S-45S.
- Personality functioning in patients with a progressive course of multiple sclerosis. Lorio R., Moressa G., Meneghello F. Psychological Reports, 2010, 107, 2, 629-646.
- Personality Disorder in Multiple Sclerosis Correlates with Cognitive Impairment. Ralph H.B. Benedict et al. J. Neuropsychiatry Clin Neurosci 13:1 Winter 2001.

● MUCHAS GRACIAS