



Entidades médicas con manifestaciones neuropsiquiátricas

► Es frecuente que en enfermedades con actividad sistémica (infecciosas, autoinmunes, reumatológicas, endocrinológicas, metabólicas, neoplásicas, hematológicas y genéticas) se presenten manifestaciones psiquiátricas y neurológicas como parte del cuadro clínico. La identificación de las causas y su abordaje apropiado son trascendentales para su diagnóstico y tratamiento, y así evitar posibles secuelas que un retraso en su identificación pudiese ocasionar. En algunos casos, debido a la intensidad de las manifestaciones neuropsiquiátricas es posible que se llegue de primera instancia con un médico psiquiatra, por lo que la sospecha será de suma relevancia para su derivación temprana.

A continuación, se exponen las entidades médicas no psiquiátricas que cursan con manifestaciones neuropsiquiátricas de forma muy frecuente.

Enfermedades infecciosas

De manera particular, la enfermedad por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede cursar con manifestaciones neuropsiquiátricas, resultado de la actividad primaria, por infecciones oportunistas, efectos adversos del tratamiento, las consecuencias psicosociales o el estigma asociado a la infección. Dentro de las manifestaciones más frecuentes tenemos los trastornos neurocognitivos asociados con el VIH (25 a 50% de los pacientes sufren algún nivel de deterioro cognoscitivo); en estos, de forma general se puede llegar a apreciar una triada conformada por alteración de la memoria, síntomas afectivos (casi siempre depresivos) y alteraciones del movimiento (ataxia, temblor, debilidad o bradicinesia). El tratamiento será con control antiviral y manejo sintomático con fármacos estimulantes o antipsicóticos según la necesidad.

Enfermedades reumatológicas

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad que llega a presentar síntomas neuropsiquiátricos (también conocido como Neurolupus) desde el primer año de actividad, incluso estas manifestaciones se consideran dentro de los criterios diagnósticos del LES, existiendo manifestaciones a nivel del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, cefalea, alteraciones afectivas, enfermedad vascular, crisis convulsivas y psicosis) y también periférico (e.g. polineuropatías). Como primera aproximación ante este tipo de escenarios está la posibilidad de que estas manifestaciones sean secundarias al tratamiento farmacológico del LES (e.g. esteroides) o a fenómenos de hipercoagulabilidad (e.g. anticuerpos antifosfolípidos). Se

han asociado algunos anticuerpos antineurales con estas manifestaciones, aunque no de forma específica. Un estudio con neuroimagen es también una herramienta útil para su caracterización. En el tratamiento del lupus neuropsiquiátrico pueden considerarse el uso de esteroides, inmunosupresores como azatioprina y ciclofosfamida, así como antipsicóticos en dosis bajas, sin embargo, es primordial para la elección terapéutica poder distinguir entre una psicosis por esteroides vs. una psicosis generada por la actividad lúpica, por lo que el trabajo conjunto reumatólogo-psiquiatra es imprescindible.

Enfermedades endocrinológicas

Alteraciones tiroideas

Desde la perspectiva neuropsiquiátrica, el *hipotiroidismo* puede presentar deterioro cognitivo y síntomas depresivos concurrentes con síntomas sistémicos como son la fatiga marcada, intolerancia al frío, xerodermia, aumento ponderal, letargia; en casos graves, como las tiroiditis autoinmunes, no es infrecuente la presencia de encefalopatía.

En el *hipertiroidismo*, la clínica puede incluir irritabilidad, ansiedad con cortejo vegetativo visible (diaforesis, temblor) y, en el adulto mayor, letargia y síntomas depresivos. En la esfera cognoscitiva la inatención suele ser frecuente. En casos graves pueden añadirse crisis convulsivas y movimientos coreicos.

El punto más relevante de estos escenarios para un psiquiatra es la investigación y descarte desde la primera consulta ante un cuadro clínico de deterioro cognoscitivo de inicio reciente, acompañado de la clínica antes descrita y del tamizaje en cualquier paciente que tenga sintomatología depresiva o ansiosa que tenga alteraciones sospechosas en la exploración física recalcando que la comorbilidad también es una posibilidad.

En estos escenarios, el tratamiento base del distiroidismo suele generar mejora de toda la sintomatología, pero el acompañamiento con psicofármacos puede ser útil en el periodo agudo.

En el *Hipercortisolismo* (síndrome de Cushing), hasta un 50% presenta manifestaciones neuropsiquiátricas que incluyen disforia, irritabilidad, fluctuaciones en el apetito, ataques de pánico y ansiedad, síndromes maniatiformes, insomnio y psicosis. Igualmente, hay que recordar que el cortisol puede dañar funciones cognoscitivas. Pautas para distinguir estos cuadros es la inespecificidad de la presentación de los síntomas y ante la sospecha se deberán pedir estudios para medición de cortisol en saliva u orina y con la prueba de supresión ante la administración de Dexametasona y posteriormente la identificación de la causa para dar el tratamiento específico, sin embargo, las manifestaciones neuropsiquiátricas pueden persistir como secuela y requerir manejo específico por parte del psiquiatra.

Insuficiencia adrenal (enfermedad de Addison): síntomas sistémicos a los que se agregan fatiga, lasitud, debilidad generalizada y pérdida de apetito. En escenarios crónicos es frecuente la sintomatología depresiva y alteraciones cognoscitivas y psicosis. El diagnóstico es a través de la medición de ACTH y niveles de cortisol para pautar la terapia sustitutiva específica requerida.

Enfermedades metabólicas

Para el psiquiatra, las deficiencias vitamínicas de interés relacionadas con las manifestaciones neuropsiquiátricas son la deficiencia de Tiamina (B1) y Cianocobalamina (B12).

La deficiencia de Tiamina puede provocar encefalopatía de Wernicke (deterioro cognoscitivo, ataxia, disfunción oculomotora de inicio agudo) y el síndrome de Korsakoff de naturaleza crónica y caracterizado por amnesia anterógrada y retrógrada sin afectación de la memoria a largo plazo. Ambos se asocian al contexto del paciente con trastorno por uso de etanol o con malnutrición y su diagnóstico se basa en la sospecha y medición de niveles séricos de la vitamina B1 y su ingesta.

Las alteraciones de cianocobalamina (B12) se deben a alteraciones en la absorción en el contexto de anemia perniciosa y su cuadro clínico puede incluir alteraciones afectivas, psicosis, alteraciones sensitivas y del sistema nervioso autónomo. El tratamiento sustitutivo durante 3 meses suele resolver la sintomatología.

Otros trastornos metabólicos que considerar son las alteraciones en el calcio, la enfermedad de Wilson y las porfirias, estas últimas si bien son entidades raras, cursan hasta en la mitad de las ocasiones con síntomas neuropsiquiátricos, con la clásica triada de dolor abdominal, neuropatía periférica y alteraciones en el estado de despierto, su diagnóstico ante la sospecha es con la medición de porfirinas en orina, plasma o heces y el tratamiento debe incluir manejo sintomático y de soporte.

Enfermedades neoplásicas

Por último, los síndromes paraneoplásicos pueden generar una amplia gama de manifestaciones neuropsiquiátricas a través de un mecanismo que se sospecha sea mediado por autoinmunidad, dentro de esto recordar que puede iniciar tras la identificación de la neoplasia o, en casos como el cáncer de páncreas, puede preceder al diagnóstico oncológico. El tratamiento se basa en el control de la actividad en el sitio primario, uso de inmunosupresores y manejo sintomático.

En conclusión, es imprescindible como parte de la evaluación psiquiátrica la realización de una historia clínica completa acompañada de examen físico y mental, además del contacto y conocimiento de las enfermedades con manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes permitirán la detección de este tipo de casos para dar el manejo específico necesario. Inicio de síntomas neuropsiquiátricos abruptos, sintomatología inespecífica y variada más hallazgos anormales en la exploración física requieren protocolizar y complementar con estudios de laboratorio y gabinete.

Gabriel Ahumada Curiel

Bibliografía

Isaac, M. L., & Larson, E. B. (2014). Medical conditions with neuropsychiatric manifestations. *The Medical clinics of North America*, 98(5), 1193-1208. Doi: 10.1016/j.mcna.2014.06.012

acudopik®

olanzapina

EL CAMINO A LA ESTABILIDAD

• MEJORÍA GENERAL DE LOS SÍNTOMAS Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL.!

LA LIGA DE LOS ANTIPSICÓTICOS



ORODISPERSABLE



Sabor hierbabuena

Referencia:

1. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, Bäckers L, Rothe P, Cipriani A, Davis J, Salanti G, Leucht S. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019 Sep 14;394(10202):939-951. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31135-3. Epub 2019 Jul 11. Erratum in: *Lancet*. 2019 Sep 14;394(10202):918. PMID: 31303314; PMCID: PMC6891890. **SSA 213300C2022577**

RAYAR®

Quetiapina

ESTABLE Y CONFIABLE



- 1ra. LÍNEA de TRATAMIENTO en MONOTERAPIA** para todas las fases del **TRASTORNO BIPOLAR.**¹
- MEJORÍA en la IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL, CALIDAD DE VIDA, CALIDAD DE SUEÑO, ANSIEDAD Y FUNCIONAMIENTO en TRASTORNO BIPOLAR.**²
- EFFECTIVO CONTROL en los principales SÍNTOMAS de ESQUIZOFRENIA.**^{3,4}



**PRESENTACIONES:
25 Y 100 MG CAJA CON 30 TABLETAS**

Referencias: 1.Yatham, Lakshmi N et al. "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder." *Bipolar disorders* vol. 20,2 (2018): 97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609> 2.Suttajit, S., Srisurapanont, M., Maneeton, N., & Maneeton, B. (2014). Quetiapine for acute bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug design, development and therapy*, 8, 827-838. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S63779> 3.Alotaibi MA, Elmalky AM. Use of atypical antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia and drug addiction: A randomized control trial. *Medical Science*, 2021, 25(115), 2152-2162 4.Shoja Shafiq S, Kavian H. Quetiapine versus aripiprazole in the management of schizophrenia. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. June 2015;166-171. doi:10.1177/2045125315579870. **SSA 213300C2022577**