

ENCUENTROS DE PSICOSOMÁTICA

SESIÓN del jueves 18 DE JUNIO DE 2009
en el I. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Caso clínico: “¿HISTERIA O ENCEFALITIS LÍMBICA?”

Moderador:

Dr. Tomás Palomo Álvarez.
Catedrático de Psiquiatría UCM.
Presidente de la Fundación Cerebro y Mente
Jefe Serv. Psiquiatría Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

Ponente:

Dra. Mercedes Navío Romero
Psiquiatra Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

Discusores:

Dr. Luis Agüera Ortiz
Psiquiatra Coordinador Unidad de Interconsulta y
Enlace del Serv. Psiquiatría

Dra. Francisca Denia Ruiz.
Psicóloga Clínica. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

Dr. Jesús Hernández Gallego.
Jefe de sección del servicio de Neurología.
Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

Dra. Teresa Moreno
Neuróloga. Adjunta del servicio de Neurología.
Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

I HISTORIA CLÍNICA

Ponente:

Dra. Mercedes Navío Romero

Psiquiatra Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

□ ANEXO I . ppt

II ESTUDIO NEUROPSICOLÓGICO

Discusora:

Dra. Francisca Denia Ruiz.

Psicóloga Clínica Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

□ ANEXO II . ppt

III DISCUSIÓN DEL CASO:

Dr. Palomo

Afirma que se encuentra como "en casa".

La encefalitis límbica nos habla de zonas cerebrales que son puentes entre lo somático y lo psíquico y tienen referentes inmunológicos.

Existen otros síndromes próximos a las encefalitis de naturaleza neoplásica, histérica, etc.

No olvidemos que la histeria es poco entendible. Al igual que la esquizofrenia es lo más típico de la irracionalidad.

Estos cuadros desorientan cuando topamos con casos de etiología orgánica.

Precisamente por eso, ante un mismo caso, neurólogos y psiquiatras dicen cosas diferentes.

Disiento de aquello que el Dr. Portera me comentaba hace muchos años: "La neurología es señal de inteligencia y la psiquiatría de inmadurez".

Dra. Moreno

Era un caso "crónico", con debate diario y gran desconocimiento que exigía perspectivas distintas y complementarias.

Dr. Álvarez

Cuando no conocemos un caso, pensamos en un supuesto y probamos tratamientos para comprobar un diagnóstico "ex juvantibus".
En este caso, se supuso y se trató causalmente, y se acertó.
Una intuición hizo aplicar TEC que funcionó, se hizo por la catatonía, pero hubo efectividad y mejoría en otras áreas.

Dra. Moreno

El caso tiene dos partes. Una inflamación meníngea, que responde a las inmunoglobulinas porque es autoinmune, se observa mejoría en la RMN.
La otra parte es la catatonía, ¿es secuela de la enfermedad o un cuadro psiquiátrico específico.

Dra. Navio

Tras la encefalitis aparece una catatonía orgánica que responde al TEC. Se quita la coraza muscular y aparece lo que estaba encubierto, las secuelas de la encefalitis que se recoge en la exploración neuropsicológica.
No vemos síntomas afectivos.
Las secuelas emocionales de desinhibición serían ptiáticas, como mucho. Hay conciencia de déficit en la propia paciente.

Dr. Agüera

Destacaría el déficit frontal.

Dr. Palomo

El hipocampo es la zona cerebral que más mejora en el TEC y no el área frontal.

Dr. Álvarez Romero

Los síntomas y signos son el lenguaje de los órganos, el cerebro habla con signos, y aquí hay lesiones orgánicas claras. Me pregunto, ¿existe una personalidad previa histriónica? Otra cuestión es considerar el factor estresor que lo desencadenó. En nuestro caso, ¿el lenguaje de la persona con sus síntomas es histriónico?

Dra. Navío

El déficit concreto primario no nos habla de la identidad corpórea y, por consiguiente, tiende a descartar la histeria como nuclear.
Tuvo episodios en la adolescencia de alta expresividad emocional pero, aún así, no podemos pensar en histeria disociativa o conversiva.

Si me quedo con una categoría, es con la encefalitis límbica.
Pienso en una Reactivación vivencial en razón de la deficiente urdimbre afectiva con la consiguiente imbricación cerebro-mente.
Las secuelas son los déficit cognitivos y no histeria.
Necesidad de encaje del proceso con limitación importante, tiene un campo emocional significativo.

Dr. Martínez López

No le encaja la destrucción del hipocampo. Lo que si se ve alterada es la funcionalidad del mismo.
Echa de menos su anamnesis antes del episodio. Es muy importante la biografía de la paciente, el enclave en su familia, qué piensa de sus padres, etc.
A los 19 años ¿por qué se presenta una patología?
¿Cómo es su novio, cuantos años estuvieron saliendo, cómo ha sido la ruptura, quién lo decidió, ...?
No encuentro rasgos para hablar de histeria, si alteración funcional, sintomatología orgánica, cuadro psicoide atípico enmarcado en un cuadro de limitación orgánica.
Por su recuperación "ex juvántibus" se ha de pensar en posible diagnóstico

Dra. Moreno

La neurogénesis en adultos es posible en el hipocampo.
Datos acerca de la patología biográfica completa no tenemos, aunque sí disponemos de algunos, como que pertenece a la clase media, su padre posee un cargo en la policía, su madre se dedica a sus labores, es la segunda de dos hermanos, cursó estudios de FP como técnica de laboratorio, su novio no es aceptado por la familia, la ruptura es decisión de ella y él no comparte la misma decisión, el padre se ha visto obligado a intervenir de forma jurídica. Mantiene una nueva relación con otro chico, con rasgos obsesivos, y ahora él es el que ha roto la relación, porque la disforia propicia que no se contenga y, con frecuencia, manifieste su disconfort.

Dr. Martínez López

Echo de menos el Rorschach.

Dra. Denia

Se pensó hacerlo. Se retrasó y no se hizo.

Dr. Palomo

¿Qué esperaba, el Dr. Martínez, del Rorschach?

Dr. Martínez López

La organicidad. Y mucho de psicodinámico que también podría obtenerse. Para mí, hubiera sido básico.

Dr. Mingote

Felicito a los ponentes y remarco que siempre hay que elegir entre los modelos interpretativos utilizados: biográficos, psicopatológicos, psicoanalistas, etc.

¿Se ha pensado en la importancia del Tegretol que potencia la neurogénesis?
¿Por qué se utilizó?

Dra. Moreno

Se pensó, y se utilizó por la epilepsia temporal secundaria a la encefalitis. Lo límbico es muy importante aquí por la integración cognitivo-afectiva y por la motivación y regulación de la conducta desde lo emocional.

Dra. Navío

La epilepsia es considerada como secundaria por inflamación del hipocampo (ver RMN)

Dr. Palomo

¿Y la etiología?

Dra. Moreno

Desconocida, puede ser:

- 1) paraneoplásica.
- 2) no se sabe.

La etiopatogenia clara, autoinmune, con anticuerpos específicos, pero la causa no.

Dr. Palomo

Lo autoinmune se dispara con el estrés previo. ¿Es suficiente?

Dra. Moreno

Aquí no se usan corticoides, sino inmunoglobulinas.

Dr. Palomo

¿Pronóstico?

Dra. Moreno

Abierto y sin final de recuperación por ahora.

Carmen Alonso

Preguntaría por la situación actual y por quien la sigue, por el tratamiento actual y el pronóstico.

Dra. Navío

En el hospital, desde hace un año y por mí. Con una clínica ansiosa y episodios de desinhibición.

Psicólogo privado para la psicoterapia.

En 2008: crisis ligeras. También acude al neurólogo del hospital.

Madrid a 2-VII-2009