

# DOCTOR, NO ENTENC A LA MEVA DONA!

Adrian Oller<sup>1</sup>; Eva Martinez<sup>1</sup>; Cristina Nicolas<sup>1</sup>; Montserrat Méndez<sup>1</sup>, Cristina Diaz<sup>2</sup>, Francisco Casarramona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Resident Geriatria

<sup>2</sup>Servei d'Urgències

Consorti Sanitari del Maresme, Mataró.

Nom autor: Adrian Oller

Lloc de treball: Consorci Sanitari del Maresme

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: aoller@cscdm.cat

Forma de citació: Oller A, Martínez E, Nicolás C, Méndez M, Diaz C, Casarramona F. *Doctor, no entenc a la meva dona!*. ReMUE.c@t 2018;5(1):67-68

## Motiu de consulta:

Alteració de la conducta.

## Antecedents personals:

No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Fumadora activa. Simptomatologia ansiosa intermitent des del 2003, reactiva a estressors psicosocials, sense tractament farmacològic.

## Malaltia actual:

Dona de 35 anys que acut a urgències per alteració de la conducta amb irritabilitat. La família explica que la pacient presenta des de fa 5 dies sensació interna de felicitat i plenitud amb augment de plans i sense necessitat de dormir. A les últimes 48 hores s'agreguen idees intrusives egodistòniques de predomini nocturn i imatges catastrofistes amb dificultat de control. 24h abans d'acudir a urgències conducta desorganitzada i idees autolítiques, sol·licitant la pròpia pacient visita mèdica.

## Exploració física:

TA 130/80 mmHg, FC 90bpm, FR 20rpm, T<sup>a</sup> 36.5°C. Bon estat general. PELL I MUCOSES: Normocolorejada i normohidratada. Sense lesions cutànies. NEUROLÒGIC: Conscient, orientada i col·laboradora, sense focalitat. PSIQUIÀTRIC: Hiperprosèxica. Contacte parcialment sintònic, hiperfamiliar. Hipertímic subjectiva amb humor reactiu, no irritabilitat ni disfòria. Verborrea, amb discurs difícilment interrompible sent aquest coherent i amb una adequada direccionalitat. Taquipsíquia. No idees delirants ni alteracions

senso perceptives. Refereix haver presentat ideació autolítica parcialment estructurada. Inquietud psicomotriu. Hiporèxia. RESPIRATORI: murmurí vesicular conservat, sense sorolls sobreafegits COR: Tons cardíacs rítmics. Sense bufs ni frecs. Polsos perifèrics simètrics ABDOMEN: Tou i no dolorós, peristaltisme present. No masses ni megàlies palpables.

## Proves complementàries realitzades a urgències:

Analítica: Glucosa 77.3mg/dL, Urea 40.6 mg/dL, Creatinina 0.54mg/dL, FG>90 mL/min/1.73m<sup>2</sup>, Àc úric 3.7mg/dL, Na 144mmol/L, K 3.4mmol/L, Cl 104.1mmol/L, PCR 0.77mg/dL, Hb 10.3g/dL, Hto 32.9%, VCM 91.6fL; Leucòcits 12.240/uL (N 80.6%, L 11.5%), Plaquetes 167.000/uL. Tòxics en orina: Negatiu.

## Diagnòstic diferencial:

Episodi maníac, intoxicació, encefalitis vírica.

## Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències:

Pacient orientada com episodi maníac i ingressada a unitat d'observació de Psiquiatria (15/7). S'inicia tractament amb valproat, olanzapina, haloperidol i clonazepam, però la pacient presenta resposta erràtica al tractament, amb fluctuació clínica, desorientació i heteroagressivitat. El 25/7 presenta disminució del nivell de consciència, pel que es realitza TAC cranial, que descarta lesió aguda. El 26/7 inici tractament amb liti i es manté olanzapina,

ambdós retirats el 29/7, sense milloria, alternant baix nivell de consciència i estat semi vigil amb moviments erràtics d'extremitats i sense resposta verbal. Acompanyat de taquicàrdia, pics hipertensius (190/80) i síndrome febril (fins 38°), pel que el 30/7 s'inicià tractament amb aciclovir i antibiòtic d'ampli espectre (cursant hemocultius). El 31/7 moviments involuntaris hemifacials inferiors drets tipus distònic i/o clònic, amb moviments en ambdues EESS no clarament clònics, tot i que estereotipats, iniciant antiepilèptics. Es realitza EEG el 4/8 amb troballes suggestives d'encefalopatia tipus límbica severa compatible amb anti-NMDA i malaltia orgànica. Es realitza TAC Tòraco-abdominal amb troballa de lesió axial esquerra de 34-36 mm, amb alteracions suggestives de teratoma, pel que es decidí intervenció quirúrgica d'urgència, que es practica. La intervenció quirúrgica es realitza sense incidències i es derivà a UCI intubada. Es van confirmar les serologies d'encefalitis autoimmune límbica antiR NMDA pel que es realitzà tractament amb corticoides, IGev (x2) i rituximab. La pacient actualment està en progressiva millora en teràpia neurocognitiva i rehabilitació.

**Diagnòstic final:**

Encefalitis autoimmune límbica antiR NMDA i teratoma ovàric intervingut i extirpat.

**Discussió:**

L'encefalitis és una malaltia inflamatòria cerebral d'etiologia múltiple. Existeixen síndromes d'encefalitis paraneoplàsica i associats a processos autoimmunitaris, com és el cas del teratoma i de l'encefalitis antiReceptor-NMDA. Les característiques clíniques generals són cefalea, febre i episodis psiquiàtrics amb comportament delirant, agitació, ansietat i pensament desorganitzat, així com disquinèsies, convulsions i dèficits de memòria, dificultant el diagnòstic.

El teratoma ovàric es diagnostica mitjançant ecografia transvaginal/abdominal o TAC abdominal. La freqüència de la presència del tumor va lligat a l'edat, sent més freqüent en dones majors de 30 anys. En la pràctica totalitat dels casos la cirurgia és necessària per al diagnòstic histològic, estadiatge i tractament. És important incloure'l en el diagnòstic diferencial de les alteracions cognitives agudes.

**Bibliografia:**

- Sagae S, Kudo R. Surgery for germ cell tumors. *Semin Surg Oncol* 2000; 19:76.
- Talerman A. Germ cell tumours of the ovary. In: *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*, Kurman RJ (Ed), Springer Verlag, New York 1994. p.849.
- Tewari K, Cappuccini F, Disaia PJ, et al. Malignant germ cell tumors of the ovary. *Obstet Gynecol* 2000; 95:128.
- Zalel Y, Piura B, Elchalal U, et al. Diagnosis and management of malignant germ cell ovarian tumors in young females. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 55:1.