

Encefalitis agudas con presentación neuropsiquiátrica: un reto diagnóstico

Ramírez-Bermúdez J¹, Trejo-Marquez H¹, Manterola O¹, Soto-Hernández JL²

RESUMEN

Algunos pacientes, diagnosticados erróneamente como portadores de un primer episodio psicótico esquizofrénico o bipolar, presentan en realidad encefalitis aguda de etiología viral. *Objetivo:* identificar la frecuencia de dos errores diagnósticos en pacientes con encefalitis aguda y/o psicosis. *Error tipo I, falso positivo:* al enfermo sin infección se le practica punción lumbar. *Error tipo II, falso negativo:* no se identifica la infección. *Material y métodos:* estudio observacional, retrospectivo, mediante revisión sistemática de casos atendidos en una institución neurológica entre 1990 y 2005, con diagnóstico de encefalitis aguda no herpética, o primer episodio psicótico (sin neuroinfección). *Resultados:* se estudiaron 125 casos de encefalitis aguda, y 104 casos de primer episodio psicótico. En 46% de los casos psiquiátricos puros se cometió el *error tipo I (falso positivo)*. El *error tipo II (falso negativo)* ocurrió en 26 % de los sujetos con encefalitis, la mayoría atendidos y hospitalizados inicialmente en otros hospitales psiquiátricos con desarrollo de complicaciones médicas. La mayoría de los sujetos con encefalitis cursaban con diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM-IV: *delirium* (68%), trastorno psicótico (8.8%), Trastorno de control de impulsos (5.6%), trastorno catatónico (3.2%) y trastorno del sueño (1.6%). *Conclusiones:* en el diagnóstico diferencial entre trastornos psicóticos primarios y encefalitis aguda, los errores diagnósticos son comunes, debido a la alta frecuencia de trastornos mentales en sujetos con neuroinfección. Se requieren criterios clínicos para identificar con mayor precisión a los sujetos con alteraciones mentales que requieren realización de punción lumbar.

Palabras clave: agitación, *delirium*, encefalitis aguda, neuroinfección, psicosis, punción lumbar.

Diagnostic errors in the clinical approach to acute encephalitis

ABSTRACT

Some patients admitted due to psychotic symptoms and diagnosed as schizophrenic or bipolar first episode, present in fact acute encephalitis. *Objective:* to identify the frequency of two diagnostic errors in patients with acute encephalitis and/or psychotic disorders: type I error, or false positive (in a subject without brain infection a lumbar puncture is made), and type II error, or false negative (a subject without brain infection is not recognized and lumbar puncture is delayed). *Patients and methods:* a retrospective, observational study with clinic files audit was done in cases attended between 1990-2005 at a neurological institution, WITH diagnosis of acute encephalitis or first psychotic episode (without infection). *Results:* 125 cases of acute encephalitis and 104 cases of first psychotic episode were included. *Type I error* (false positive) was observed in 46% of the pure psychotic subjects. *Type II error* (false negative) was observed in 26% of subjects with encephalitis, most of them attended in other psychiatric hospitals, with development of medical complications. Most subjects with encephalitis meet criteria for a DSM-IV psychiatric diagnosis: *delirium* (68%), psychotic disorder (8.8%), impulse control disorder (5.6%), catatonia (3.2), sleep disorder (1.6%). *Conclusions:* diagnostic errors are common in the differential diagnosis between first onset primary psychotic disorders, and acute encephalitis, probably due to the high frequency of mental disorders in subjects with brain infections. There is a lack of precise clinical criteria for the indication of lumbar puncture in subjects with acute mental disturbances.

Key words: acute encephalitis, agitation, brain infection, *delirium*, lumbar puncture, psychosis.

Algunos pacientes que ingresan a servicios de psiquiatría por presentar síntomas psicóticos, con la presunción diagnóstica de ser casos nuevos de enfermedades como esquizofrenia o trastorno bipolar, en realidad son portadores de infecciones cerebrales¹. Tal error diagnóstico parece ser más frecuente en la encefalitis aguda de etiología viral. Con frecuencia, la encefalitis por virus se presenta con alteraciones de conducta y signos físicos mínimos, por ello es fácil confundirla con trastornos psicóticos primarios². Diversos autores han descrito casos de encefalitis caracterizados por episodios con alteraciones psicóticas agudas en ausencia de signos neurológicos evidentes^{3,4}. Un estudio prospectivo⁵ reportó la frecuencia significativa elevada de infecciones virales mediante búsqueda sistemática de anticuerpos en sangre y de seis tipos de virus en líquido cefalorraquídeo (LCR) entre 35 pacientes psicóticos: cuatro diagnosticados con esquizofrenia, trece con manía y ocho con psicosis no especificada.

La mayoría de los enfermos con encefalitis y otras infecciones del sistema nervioso muestran cuadros de *delirium*⁶. Es sabido que el *delirium* hiperactivo puede confundirse con estados de psicosis desorganizada con agitación psicomotora, y que el *delirium* hipoactivo puede confundirse con episodios de depresión psicótica. Además, entre los enfermos con encefalitis aguda no son infrecuentes los estados de psicosis pura (sin alteración del estado de alerta).

Al ser difícil la distinción entre algunos casos de *delirium* y psicosis, al reconocer que en las encefalitis puede haber episodios de psicosis pura (sin alteración del estado de alerta), el objetivo de este estudio es conocer frecuencia con que se cometen dos tipos de error diagnóstico en los pacientes con encefalitis aguda y/o psicosis: **1. Error tipo I o falso positivo**, donde el enfermo que no padece enfermedad infecciosa, es catalogado como posible portador, practicándole estudios invasivos innecesarios, como es la punción lumbar. **2. Error tipo II o falso negativo**, más grave, porque no se identifica el cuadro infeccioso, y no se hacen los estudios necesarios (imagen y punción lumbar). El paciente se envía a servicio psiquiátrico, donde quizás tendrá mala respuesta al tratamiento con medicamentos antipsicóticos, y su evolución podrá complicarse por el desarrollo de crisis convulsivas (incluyendo *status epilepticus*), neumonía y síndrome neuroléptico maligno⁷.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, mediante la revisión de expedientes de todos los casos con diagnóstico confirmado de encefalitis aguda (tabla 1), atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Ciudad de México entre 1990 y 2005 (N=125). Se estudió además a todos los pacientes atendidos en el

servicio de psiquiatría de la misma institución, que desarrollaron un primer episodio psicótico y en quienes se descartó la presencia de neuroinfección; después del seguimiento mínimo a un año fueron clasificados como portadores de trastornos mentales primarios: esquizofrenia, 42%; trastorno bipolar, 34%; depresión psicótica, 14%; entre otras, 9%. Todos fueron atendidos por médicos con entrenamiento similar.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de encefalitis aguda.

CRITERIO A. Al menos dos de los siguientes datos:		
1. Datos clínicos sugestivos de enfermedad neurológica aguda (alteración del estado de alerta, crisis epilépticas, cefalea, signos meníngeos y/o fiebre).	2. EEG anormal con lentificación del ritmo de base.	3. Edema cerebral en la TAC o en la RM, con ausencia de otra lesión/enfermedad que explique el cuadro clínico (hemorragia cerebral o neoplasia).
CRITERIO B. Líquido cefalorraquídeo anormal, de tipo inflamatorio, con incremento en células y proteínas.		
CRITERIO C. Se ha descartado la presencia de bacterias mediante cultivo de LCR, NCC mediante RM, tuberculosis mediante PCR, así como criptococosis mediante prueba de la tinta china.		

La información de los expedientes clínicos fue extraída por un especialista en neuropsiquiatría a un formato establecido previamente para registrar datos demográficos, clínicos generales, paraclínicos y los veinte signos y/o síntomas psiquiátricos, neurológicos y sistémicos más frecuentes entre los pacientes con encefalitis aguda, de acuerdo con un estudio piloto previo². Para el análisis de los mismos se hizo estadística descriptiva, pruebas de normalidad (para las variables numéricas) y estadística inferencial (mediante prueba de chi-cuadrada).

En el grupo con encefalitis aguda, se buscó en el expediente evidencia de error inicial *tipo II*, o *falso negativo*, porque: **a.** El paciente fue hospitalizado de primera intención en un servicio psiquiátrico (sin haberle practicado punción lumbar), y desde allí fue enviado al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía por mala evolución; o bien, **b.** El paciente fue enviado inicialmente al servicio de psiquiatría sin punción lumbar.

Entre los enfermos con psicosis pura (no infecciosa), se buscó si los clínicos tratantes habían cometido el error *tipo I*, o *falso positivo*, al considerar que sí se trataba de encefalitis, con la subsiguiente práctica de la punción lumbar.

Recibido: 25 septiembre 2009. Aceptado: 15 octubre 2009.

¹Servicios de Neuropsiquiatría, ²Neuroinfectología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. Correspondencia: Jesús Ramírez-Bermúdez; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Unidad de Neuropsiquiatría. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama 14269. México, D.F. Email: jesusramirez@yahoo.com.mx

RESULTADOS

Se integró la muestra total con 209 sujetos (125 con encefalitis aguda, y 104 con primer episodio psicótico). No hubo diferencia significativa en cuanto a género y edad (28.2 ± 12 en sujetos con encefalitis vs 28.8 ± 12 en sujetos con primer episodio psicótico; $p = .678$, prueba *t-student*). En la figura 1 se observa que en este Instituto, ambos tipos de error diagnóstico son comunes. Por tratarse de un Instituto Neurológico se comete con más frecuencia el *error tipo I* (46%), al practicar punción lumbar en pacientes sin infección cerebral. El *error tipo II* también fue frecuente (26 %), la mayoría de los casos (20 de 27 casos) fueron atendidos y hospitalizados inicialmente en servicios psiquiátricos de otras instituciones dedicadas a la medicina interna o psiquiatría, para luego ser enviados al servicio de urgencias de este (figura 1).

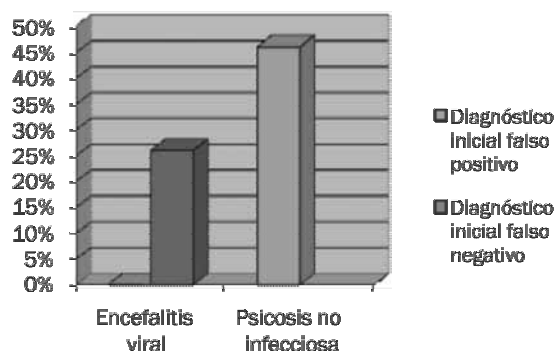


Figura 1. Frecuencia de errores *tipo I* o falso positivo (realizar punción lumbar en pacientes sin neuroinfección) y *tipo II* o falso negativo (no realizar punción lumbar oportuna en pacientes con neuroinfección).

En los enfermos con encefalitis aguda, el diagnóstico nosológico psiquiátrico, de acuerdo a los criterios DSM-IV, aparece en la tabla 2. Como se observa, el diagnóstico más frecuente es *delirium* secundario a encefalitis aguda; sin embargo, hay también casos que se manifiestan como psicosis (alucinaciones e ideas delirantes sin alteración del estado de alerta), agresividad (sin psicosis, sin *delirium*), catatonia (predominio de mutismo y actitud indiferente al ambiente externo, con otras alteraciones psicomotoras como catalepsia) y aún casos de insomnio, sin otras manifestaciones psiquiátricas.

Tabla 2. Diagnóstico psiquiátrico nosológico (de acuerdo a criterios del DSM-IV) en sujetos con encefalitis aguda (N=125).

TRASTORNO	N	%
<i>Delirium</i> secundario a encefalitis aguda	86	68.8
Trastorno psicótico secundario a encefalitis aguda	11	8.8
Trastorno de control de impulsos no clasificado en otra parte (agresividad/agitación)	7	5.6
Trastorno catatónico secundario a encefalitis aguda	4	3.2
Trastorno del sueño (insomnio) secundario a encefalitis aguda	2	1.6

DISCUSIÓN

El estudio de los errores diagnósticos en esta población, sugiere las siguientes hipótesis: **1.** En las encefalitis virales se producen con frecuencia alteraciones del estado mental y del comportamiento, por ello, su diagnóstico es confundido con el de primer episodio de trastornos psicóticos primarios, como esquizofrenia, trastorno bipolar, o depresión psicótica; esto confirma observaciones previas³. **2.** En una Institución Neurológica de tercer nivel, se cometieron con frecuencia dos tipos de error diagnóstico: practicar punción lumbar a enfermos sin infección (*error tipo I*). **3.** No practicarla o postergarla en sujetos que sí padecían la neuroinfección. Quizás por la orientación de este Instituto se cometió con mayor frecuencia el *error tipo I* (acorde con uno de los refranes clínicos mexicanos: *más vale un estudio de más, que un paciente de menos*). **4.** En la mayoría de los casos en que se cometió el *error tipo II*, los pacientes fueron atendidos inicialmente en hospitales psiquiátricos o en hospitales generales (por servicios de medicina interna y urgencias médicoquirúrgicas), donde no se detectó oportunamente neuroinfección. Estos hechos sugieren que tanto en el campo de la psiquiatría como de la medicina general hay poco entrenamiento y advertencia respecto a las frecuentes manifestaciones psiquiátricas de encefalitis agudas. En los programas universitarios de psiquiatría de México y en muchas otras partes del mundo, la punción lumbar que es el procedimiento invasivo imprescindible para el diagnóstico, no se considera como parte del entrenamiento de especialidad. **5.** Más aún, las indicaciones precisas para la punción lumbar en enfermos con alteraciones psiquiátricas agudas predominantes, no están bien definidos en los libros de texto de medicina interna, neurología, psiquiatría, y aún en los textos de neuropsiquiatría. **6.** En las encefalitis agudas son muy frecuentes los signos y síntomas neurológicos y sistémicos como cefalea, síndrome meníngeo, crisis convulsivas y fiebre. Pero pueden estar ausentes en casos verdaderos de infección, por ello el clínico debe tomar en cuenta esta posibilidad ante cualquier enfermo en *delirium* cuya causa no se explique con claridad, o ante el primer episodio psicótico, agitación psicomotora o catatonia, con mínimos datos neurológicos o sistémicos. **7.** Es necesaria una escala clínica o criterios diagnósticos que permitan sistematizar el abordaje de las encefalitis virales para mejorar su diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS

1. Wise TN, Le Bufféfp, Granger SI. *Meningoencephalitis presenting as an acute paranoia psychosis. InternacionaI Journal of Psychiatry in Medicine* 1977-1978;8:405-14.
2. Ramírez-Bermudez J, Soto-Hernández JL, López-Gómez M, Mendoza-Silva M, Colin-Piana R, Campillo-Serrano C. *Frequency of neuropsychiatric signs and symptoms in patients with viral encephalitis. Rev Neurol* 2005; 41: 140-4.

3. Wilson LG: *Viral encephalopathy mimicking functional psychosis. Am J Psychiatry* 1976;133:165-70.
4. Frasca J, Kilpatrick TJ, Burns RJ: *Protracted forms of encephalitis with good outcome. Medical Journal of Australia* 1993;158:629-30.
5. Srikanth S, Rai, Poornima KS, Shetty KT, et al. *Viral antibodies in recent onset, non organic psychoses: correspondence with symptomatic severity. Biol Psychiatry* 1994; 36: 517-21.
6. Ramírez-Bermúdez J, López-Gómez M, Sosa AL, Aceves S, Nader-Kawachi J, Nicolini H. *Frequency of Delirium in a Neurological Emergency Room. J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006;18:108-12
7. Serrano-Duenas M. *Neuroleptic malignant syndrome in patients with non-herpetic viral encephalitis. Study of 7 cases. Med Clin* 2002;118(2):62-4.