

Síndrome prefrontal ventromedial. Reporte de caso

Dr. Ángel Mauricio Soriano Pérez,* Dr. Francisco J. Valencia Granados,** Dr. Manuel Hernández Salazar,*** Dr. Antonio Zárate Méndez,**** Dra. Érika Meza Dávalos*****

* R4 de Psiquiatría.

** Jefe del Servicio de Psiquiatría.

*** Jefe de Enseñanza de Servicios Modulares.

**** Coordinador de Servicios Modulares.

***** Neuropsicóloga Adscrita del Servicio de Psiquiatría. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE.

RESUMEN

Se trata del reporte de un caso clínico de un paciente, el cual fue diagnosticado como trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión, disfunción o enfermedad cerebral (síndrome prefrontal ventrodorsal) además de síndrome diencefálico y tratado multidisciplinariamente; y quien en estos momentos se encuentra en buenas condiciones contrario a lo que debido a la evolución natural de su padecimiento se esperaría, a más de un año y medio de tratamiento psiquiátrico.

Palabras clave: Síndrome prefrontal ventromedial, diencefálico.

CASO CLÍNICO

Trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión, disfunción o enfermedad cerebral (síndrome prefrontal ventro-dorsal) además de síndrome diencefálico.

Ficha de identificación

Se trata del paciente "J" del sexo masculino, de 31 años de edad, casado, de religión católica originario y residente del Distrito Federal con educación preparatoria terminada de ocupación policía, actualmente pendiente de reincorporación a su empleo.

Antecedentes personales no patológicos

Paciente que vive con familiares de primer grado y familia extensiva con hacinamiento sin promiscuidad

Prefrontal ventromedial syndrome. Report of a case

ABSTRACT

It is the report of a clinical case of a patient who was diagnosed with mental and behavioural disorders secondary to injury, dysfunction or cerebral disease (prefrontal ventrodorsal syndrome) plus diencephalic syndrome, and treated in a multidisciplinary way; the man at this time is found in good conditions contrary to what due to the natural evolution of his suffering would be waited for, for over half and a year since the psychiatric treatment.

Key words: Prefrontal ventromedial syndrome, diencephalic.

en casa propia con servicios intra y extradomiciliarios adecuados, dieta no balanceada básicamente (hipercalórica e hiperlipídica), con esquema de vacunación completo, niega alergias, así como toxicomanías.

Antecedentes personales patológicos

Interrogado y negados.

Padecimiento actual

Inicia con sintomatología en diciembre de 2001 caracterizada por cefalea de tipo punzante, de intensidad moderada y constante, que no cede a medicamentos tipo AINES, acompañada por náuseas y mareo ocasional, tratado por médico familiar sin resultados favorables, por lo que es enviado al hospital regional en el mes de febrero del 2002, donde se realiza tomografía axial computarizada, en la cual se observa hidrocefalia y tumoración de glándula pituitaria de 4 x 3 cm, por lo que se realiza de urgencia colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal el día 25 de febrero. Posteriormente se envía al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

del ISSSTE para continuar con diagnóstico y tratamiento definitivos.

El día 14 de marzo de 2002 se realiza biopsia por estereotaxia de tumoración en glándula pituitaria, con diagnóstico histopatológico de tumor maligno, de estirpe pinealoma neuroectodérmico primitivo maligno. Es enviado a Radioterapia, en donde se le aplican 30 sesiones de radiación del área comprometida e incluyendo columna por probables ITEMS (del 3 de abril al 30 de mayo de 2002).

Se realiza punción lumbar con resultado negativo para búsqueda de citología maligna por imagen de resonancia magnética sugestiva de actividad aracnoidea dorsal, la que posteriormente es descartada. Es enviado a Oncología Médica para continuar tratamiento, en el que se le indican seis ciclos de cisplatino y etopósido del 10 de junio al 8 de noviembre de 2002. El 15 de noviembre de 2002 se realiza valoración por endocrinología, especialidad que reporta al paciente sin alteraciones hormonales; a la misma fecha se solicita interconsulta a psiquiatría debido a la presencia de alteraciones en conducta, afecto y cognición, por lo que se realiza valoración.

Valoración psiquiátrica

Paciente ya descrito en ficha de identificación, que es enviado al Servicio de Psiquiatría por presentar alteraciones de la conducta, afecto y cognición no específicas, iniciadas aparentemente en noviembre de 2002 con un posible factor de relación por múltiples procedimientos médico y neuroquirúrgicos; el interrogatorio se realiza indirectamente debido a las condiciones del paciente, sin antecedentes psiquiátricos, sin consumo de sustancias psicoactivas, agregando la madre del paciente que no existen antecedentes prenatales y perinatales patológicos, con un desarrollo infantil normal, sólo mencionando que el paciente era "retraído y poco sociable, con facilidad para el arte y poco interesado por el estudio formal" (*sic*). Durante su edad adulta sólo ha trabajado como policía, sin problemas laborales y buen desempeño general, contrae matrimonio a los 26 años de edad, igualmente sin conflictos importantes por agregar; finalmente los familiares refieren que a finales de octubre y principios de noviembre de 2002 el paciente cambia radicalmente sus condiciones de vida, ya que presenta conducta inhibida, falta de iniciativa propia, inmovilidad total a menos que los familiares lo movilicen, falta de control de esfínteres, falta de apetito, nula respuesta emocional, completo aplanamiento afectivo, mutismo total, alteraciones del sueño a expensas de hipersomnia.

Examen del estado mental

Descripción general: paciente masculino de edad aparente, superior a la referida, con alteración en la

marcha a expensas de incapacidad para iniciar la marcha, con movimientos descoordinados, con ampliación de la base de sustentación, con arrastre de ambos pies, siendo necesario que los familiares lo fueren a caminar, con la mirada fija en el piso, con escaso contacto visual con el entrevistador y familiares, con *facies* inexpresivas, ocasionalmente perplejo o apático, con bostezos frecuentes, sin interés al medio externo, vestido acorde con edad y sexo, moderadamente desalineado, con buena limpieza, pero con incontinencia de micción y evacuación, lo cual puede percibirse, consciente, orientado sólo en persona parcialmente, con atención y concentración francamente disminuida, memoria retrógrada y anterógrada deteriorada significativamente, lenguaje monosilábico, bradilálico, ininteligible frecuentemente, con dificultad para seguir directriz o llegar a metas, pensamiento disperso y disgregado, con pobre contenido en el mismo, así como francamente bradipsíquico, no se observan alteraciones de la sensorio-percepción durante la entrevista y es negado por los familiares, humor aplanado, inexpresivo, abúlico y apático, sin resonancia afectiva, sin relación ideoafectiva, no irritable, con pocas respuestas al medio ambiente, poco interesado en el entorno, volición inexistente, juicio e introspección nulos.

Estudios de gabinete

1. IRM Noviembre de 2003.
2. Gliosis en prefrontal izquierdo (predominio ventral).
3. Incremento leve-moderado de la profundidad de surcos y cisuras en forma generalizada.
4. EEG 2003 ondas agudas en región prefrontal izquierda-izquierdo.
5. IRM-funcional (FGD). Disminución severa y estadísticamente significativa en la actividad metabólica a expensas de poca captación de FGD en las regiones prefrontales de predominio ventral izquierda.

Diagnósticos

1. Psiquiátrico. Trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión, disfunción o enfermedad cerebral.
2. Neurocirugía. Síndrome diencefálico.
3. Neuropsicológico. Síndrome prefrontal con predominio ventrodorsal.

Tratamientos psiquiátricos empleados

Risperidona (diciembre 2002): dosis 1 mg VO diaria durante siete días. Respuesta paradójica. (mayor apatía y falta de iniciativa; se suspende el medicamento).

Sertralina tabletas 50 mg (enero 2003). Dosis 50 mg VO inicialmente hasta llegar a la dosis de

150 mg diarios. Una tableta cada ocho horas. Ver gráfico de Respuesta 1.

Metilfenidato (octubre 2003). Dosis 20 mg tableta V.O. por las mañanas con pobre respuesta reportada, leve inquietud; se suspende medicamento.

Tratamientos no medicamentosos

Envío a Neuropsicología para valoración y rehabilitación.

Envío a Nutrición.

Envío a Terapia Física.

Envío a Terapia Ocupacional.

Manejo sistémico familiar.

CONCLUSIONES

Los pacientes con síndrome prefrontal con predominio ventral secundario a lesión, disfunción o enfermedad cerebral, presentan un reto tanto diagnóstico como terapéutico, ya que los síntomas que hay necesidad de eliminar mantienen un sustrato biológico que aun en la actualidad no se han estudiado a profundidad; básicamente en lo que concierne a psicofarmacoterapia, los síntomas depresivos de este tipo de padecimientos son clínicamente significativos, lo cual resulta muy preocupante para la familia, ya que su mejoría es lenta y frecuentemente requiere de dosis elevadas o manejos combinados de psicofármacos, que en primera instancia aun cuando son antidepresivos, éstos se encuentran estudiados bajo el paradigma básico de los trastornos clásicos depresivos; en este caso el reporte estriba en la intención de abrir una línea de investigación que permita realizar ensayos clínicos controlados que permitan verificar con una mayor casuística la efectividad del mismo y por otro lado buscar los fenómenos de recuperación y plasticidad cerebral que, como en el caso de los trastornos depresivos clásicos, ya han sido descritos en niveles intersinápticos y por neuroimágenes funcionales.

AGRADECIMIENTO

Se agradece ampliamente al paciente y a la familia del mismo su colaboración y disposición para la presentación de este caso clínico, ya que para ellos también fue muy satisfactoria la recuperación de su familiar.

REFERENCIAS

1. Eslinger P, Grattan L. Frontal lobe and frontostriatal substrates for different forms of human cognitive flexibility. *Neuropsychology* 1993; (31): 17-28.
2. Luria AR. Las funciones corticales superiores del hombre. 3a. Ed. México: Distribuciones Fontamara; 1977.
3. Pineda D. La Función ejecutiva y sus trastornos. *Neurología* 2000; 30(8): 16-30.
4. Agren H, Reibring L. PET studies of presynaptic monoamine metabolism in depressed patients and healthy volunteers. *Pharmacopsychiatry* 1994; 27: 2-6.
5. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1193-7.
6. Henninger GR, Charney DS, Sternberg DE. Serotonergic function in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 398-402.
7. Siever LJ, Murphy DL, Slater S, De la Vega E, Lipper S. Plasma prolactin changes following fenfluramine in depressed patients compared to controls: an evaluation of central serotonergic responsivity in depression. *Life Sci* 1984; 34: 1029-39.
8. Delgado PL, Charney DS, Price LH, Aghajanian GK, Landis H, Henninger GR. Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: reversal of antidepressant-induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 411-18.
9. Hrdina PD, Demeter E, Vu TB, Sotonyi P, Palkovits M. 5-HT uptake sites and 5-HT₂ receptors in brain of antidepressant-free suicide victims/depressives: increase in 5-HT₂ sites in cortex and amygdala. *Brain Res* 1993; 614: 37-44.
10. Yates M, Leake A, Candy JM, Fairbairn AF, McKeith IG, Ferrier IN. 5-HT₂ receptor changes in major depression. *Biol Psychiatry* 1990; 27: 489-96.
11. Biver F, Wikler D, Lotstra F, Damhaut P, Goldman S, Mendlewicz J. Serotonin 5-HT₂ receptor imaging in major depression: focal changes in orbitoinsular cortex. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 444-8.

Recibido: Agosto 24, 2004.

Aceptado: Noviembre 12, 2004.