

Jeffrey González Giraldo
Residente II año de psiquiatría. Universidad del Rosario
Rossana Calderón Forero
Psiquiatra de Enlace
Docente del programa de psiquiatría. Universidad del Rosario

Trastornos Neuropsiquiátricos frecuentes en la consulta de neurología

El estudio de la neurología y la psiquiatría se consideró casi por 2000 años como una ciencia única, donde el estudio anatómico-patológico del sistema nervioso iba de la mano con la investigación de la conducta, basándose en el precepto teórico propuesto por Hipócrates que postulaba al cerebro como el origen de la conducta. Sin embargo, no sería sino hasta el siglo XV donde el filósofo y matemático francés René Descartes, propone su teoría dualista de mente y cuerpo, considerando a estas dos entidades como distintas e independientes, dando origen a una forma de pensamiento que hasta el día de hoy genera debate. Esta dicotomía sería más evidente en el siglo XIX con el grupo de la Salpêtrière en París, cuna tanto de neurólogos como de psiquiatras dirigidos bajo la batuta de Charcot y sus investigaciones sobre la histeria, posicionándose como un representante igualmente importante en estas dos ciencias, que a partir de allí tomarían caminos cada vez más divergentes, unos centrando su objeto de estudio en enfermedades del sistema nervioso que comprometen la cognición y el comportamiento, los cuales se manifiestan somáticamente (eventos cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, entre otros); mientras que otros centrarían sus investigaciones en trastornos del afecto y del pensamiento, sin importar que estas presenten o no síntomas somáticos.

Estos caminos se han reencontrando en la historia más reciente, claro está que sin la misma solidez de antaño. De esto dan ejemplo los trabajos de principios del siglo XX de Julius Wagner Jauregg, un psiquiatra vienés muy comprometido con las causas orgánicas del comportamiento, y más tarde los estudios sobre la encefalitis letárgica hechos por Constantin von Economo, quien describe una enfermedad con manifestaciones típicamente neurológicas en su fase aguda, para posteriormente dar paso a síntomas psiquiátricos como psicosis, trastornos obsesivo compulsivos y otros trastornos del comportamiento que coexisten en el curso de la enfermedad. Estos eventos darían inicio a lo que hoy denominamos Neuropsiquiatría y aclararon en parte la relación existente entre ellas (1).

El objetivo actual para estas dos ciencias es reunificarse, asumiendo un enfoque biopsicosocial, teniendo en cuenta que la reunión de estos factores son determinantes para el desarrollo y el mantenimiento de las enfermedades que nos competen.

Historia Clínica como herramienta diagnóstica

La historia clínica es la herramienta fundamental para el diagnóstico de patologías tanto neurológicas como psiquiátricas, sin embargo, muchas de las enfermedades que trataremos en este capítulo se solapan entre sí, de tal manera que en la tabla mostrada a continuación (tabla1), se resumen diferentes caracteres clínicos que facilitan el reconocimiento de pacientes con enfermedades neurológicas en pacientes con sintomatología psiquiátrica.

Características clínicas que sugieren enfermedades neurológicas en pacientes con síntomas psiquiátricos

Presencia de características psiquiátricas atípicas

Edad de inicio tardía	Alteración en el comportamiento
Aparición aguda o subaguda	Deterioro cognitivo
Falta de estresores psicosociales significativos	Enfermedad intratable a pesar de realizar el tratamiento adecuado
Catatonía	Síntomas progresivos

La Historia de la enfermedad actual incluye:

Empeoramiento o cefalea de novo	Incontinencia
Fallas en la atención	Cambios neuroendocrinos
Somnolencia	Anorexia / pérdida de peso

Historia clínica

Malignidad	Enfermedades hepatobiliares
Inmunosupresión	Enfermedades abdominales de causa desconocida
Trauma craneocefálico moderado a severo	Familiares con enfermedades similares
Convulsiones	
Trastornos del movimiento	

Enfermedades de causa desconocida

Paraclínicos	Electroencefalograma
Estudios de neuroimagen o imágenes de otros sistemas	Líquido cefalorraquídeo

(2) Modificado de

Depresión

La depresión es un trastorno mental de rápido crecimiento a nivel mundial, que tiene la capacidad de ser incapacitante y potencialmente progresiva, representando de esta forma uno de los grandes retos de la neuropsiquiatría moderna. Según cifras del Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003, esta entidad tiene una prevalencia en la población general de 13.8 %, constituyendo así, el segundo diagnóstico psiquiátrico más común en nuestro medio (3). Esta enfermedad se caracteriza por presentar ánimo predominantemente triste, pérdida del interés o pérdida del placer por más de 2 semanas, asociado a síntomas somáticos como enlentecimiento motor, hiperfagia o hiporexia y alteraciones en el sueño.

Este trastorno es de origen multifactorial, donde variables genéticas, ambientales y diferentes neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina), tienen gran peso en cuanto al desarrollo y mantenimiento del cuadro. Se ha descrito que enfermedades de orden

cardiovascular, neoplásicas y neurológicas se ven frecuentemente asociadas a esta patología, postulando a la depresión como un factor desencadenante y un indicador de mal pronóstico en dichas entidades.

Concretamente, las enfermedades neurológicas más relacionadas con síntomas depresivos son la demencia tipo Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y los accidentes cerebrovasculares (ACV) (4). En este tipo de enfermedades, y particularmente en la demencia tipo Alzheimer, los síntomas depresivos suelen instaurarse de forma precoz, convirtiendo a la depresión en un síntoma con un alto valor predictivo para pacientes con sospecha o con enfermedades neurodegenerativas ya insaturadas dentro de la consulta de neurología.

Adicionalmente se puede destacar que diferentes fármacos de uso común son generadores de síntomas depresivos que pueden llegar a ser incapacitantes; dentro de las diferentes familias de medicamentos capaces de desarrollar esta discapacidad se encuentran antibióticos, antineoplásicos, antiinflamatorios, entre otros. Allí, los fármacos con tropismo por el sistema nervioso central no son la excepción. Es así como medicamentos de prescripción rutinaria dentro del que hacer de los neurólogos deben ser formulados con cautela en pacientes con antecedentes de depresión o con alta sospecha de esta, intentos de suicidio u otro tipo de trastornos afectivos, como por ejemplo, el trastorno afectivo bipolar. Es así como los barbitúricos, los corticoesteroides, el vigabatrin, la flunarizina y el topiramato no se prefieren como tratamiento de elección en estos pacientes (5).

La demencia tipo Alzheimer, es el tipo de demencia que de manera más común se asocia con depresión, sin embargo es bien conocido que otros tipos de demencias, en especial las demencias subcorticales, presentan como comorbilidad síntomas depresivos. La depresión tiene la capacidad per se de generar deterioro cognitivo, que de manera concomitante con un cuadro demencial, favorecería a rápido deterioro cognoscitivo en estos pacientes. Esto puede ser explicado por las diferentes vías implicadas en la depresión, tales como el sistema límbico, los circuitos fronto – subcorticales y el hipotálamo; que son áreas que sufren daños tanto histológicos como funcionales en procesos que provocan demencia (6).

Por otro lado se tiene que pacientes con enfermedad de Parkinson y depresión se caracterizan por presentar menos ideación suicida, menor ansiedad e irritabilidad, al igual que menor ideación delirante; comparado con otras depresiones de origen orgánico. En contraste, estos pacientes van a mostrar más síntomas somáticos asociados a la depresión, tal como mareo, cefaleas, fatiga, insomnio, pérdida del apetito y diaforesis; haciendo que su diagnóstico sea más dispendioso (4).

Finalmente se incluye también que pacientes, quienes han presentado ataques cerebrovasculares, son susceptibles a desarrollar síntomas depresivos severos. Estos síntomas pueden ser reactivos, puesto que estos cuadros pueden generar discapacidades parciales o permanentes que afectan el rol social del paciente; como también puede ser del orden no reactivo, por el daño neurobiológico que produce el ictus. Estudios con Resonancia Nuclear Magnética (RNM) han demostrado que lesiones tanto isquémicas como hemorrágicas en el hemisferio izquierdo del cerebro se encuentran asociados con la depresión que presentan este tipo de pacientes.

La importancia que tiene el identificar oportunamente esta psicopatología radica en su valor pronóstico, teniendo en cuenta que la rehabilitación y la adherencia al tratamiento se dificultan gracias a la discapacidad funcional que produce la depresión. A su vez la estimulación de sistemas neurobiológicos como el del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (ciclo del estrés), implicados en la etiopatogenia de la depresión, permite el mantenimiento y la aparición de nuevas enfermedades de tipo psicosomático.

El tratamiento, no sólo debe ir enfocado hacia el paciente, sino también debe incluirse al cuidador, quien será el responsable de manifestar al equipo médico los resultados del tratamiento instaurado. Los diferentes enfoques terapéuticos pueden incluir el uso de psicofármacos, psicoterapia, psicoeducación y en casos más severos Terapia Electro-Convulsiva (TEC). Dentro de los medicamentos con mejores resultados en diferentes estudios clínicos se encuentran los inhibidores de la recaptación de serotonina ISRS, más específicamente la sertralina, el citalopram y el escitalopram; gracias a su baja propiedad de presentar interacción con otros medicamentos. Además de proporcionar a estos pacientes un cambio en su entorno favoreciendo la actividad física, psíquica y social, al igual que modificar variables ambientales como entornos luminosos y con baja sonoridad, suelen estar a favor de la recuperación de los pacientes (6).

Ansiedad

La ansiedad es un síntoma común en estadios iniciales de enfermedades neuropsiquiátricas y frecuentemente se acompaña de síntomas depresivos. Teniendo en cuenta lo anterior, síntomas ansiosos son habituales en entidades tipo demencia Alzheimer y vasculares, donde adicionalmente son evidentes síntomas somáticos como cefalea, vértigo, fatigabilidad, apatía y astenia. Cuando la ansiedad es más severa encontramos inquietud motora, irritabilidad, tensión muscular y dificultad respiratoria (trastorno de pánico). A su vez la ansiedad se presenta en pacientes con abstinencia a sustancias psicoactivas, delirium, porfirias, entre otros. El tratamiento de los trastornos de ansiedad al igual que los trastornos depresivos, consiste en el uso de ISRS, benzodiacepinas y psicoterapia (Springer).

Psicosis

La psicosis es un estado mental anormal, en el cual el individuo pierde el contacto con la realidad. Clínicamente la psicosis se manifiesta por medio de alucinaciones, desorganización en el pensamiento e ideas delirantes. Estas últimas tienen la característica de ser ideas extrañas, intensas y poco habituales; adicionalmente el individuo está totalmente convencido de su veracidad, a pesar de que nadie las comparta. (7)

Diversos tipos de patologías pueden llegar a ser responsables de estadios psicóticos de origen orgánico (Tabla 2). Más específicamente se encuentra el Síndrome de Falsa Identificación Delirante, donde las personas afectadas tienen la creencia erronia de que sus allegados o ellos mismos, han sido suplantados por dobles quienes roban su identidad. Esta entidad se encuentra asociada a una serie enfermedades que afectan el sistema nervioso central tales como la demencia tipo Alzheimer, por cuerpos de Lewy y vascular, al igual que ataques cerebro vasculares, mieloma múltiple, epilepsia, esclerosis múltiple, tumores hipofisarios, traumas craneoencefálicos y encefalitis de origen viral; encontrándose una

relación entre un 25 al 40% con el Síndrome de Falsa Identificación Delirante (8) Adicionalmente se ha identificado a través de estudios neuroradiológicos que lesiones en el hemisferio derecho, más específicamente en lóbulos frontal y temporal, tienen un vínculo anatomo-patológico con el síndrome.

Diferentes factores desencadenantes de psicosis			
Categoría	Descripción		
Autoinmunes	Lupus eritematoso sistémico		
SNC	Enfermedad de Alzheimer	Demencia frontotemporal lobar	Otras demencias
	Calcificación ganglios Basales	Enfermedad de Huntington	Enfermedad de Párkinson
	Neoplasias	Retardo Mental	Trauma Cráneo encefálico
	Ataques Cerebrovasculares	Esclerosis Múltiple	Enfermedad de Wilson
	Epilepsia (lóbulo temporal)		
	Enfermedad de Addison	Hipercalcemia o hiperparatiroidismo	Hipotiroidismo
	Síndrome de Cushing	Hipertiroidismo	
Infecciosas	Hepatitis C	VIH	Neurosífilis
	Virus de Epstein-Barr		
Sistémicas	Delirium	Hipoglicemia	Porfiria
	Hipocalcemia	Hiponatremia	Deficiencia Vitamina B12
Medicamentos	Antihipertensivos	Corticoesteroides	Digoxina
	Interferon	isoniazida	Agonistas Dopaminérgicos
	AINES		

Modificado de (9)

Las alteraciones sensorio-perceptivas, tipo alucinaciones, alucinosis e ilusiones; representan un factor distintivo al momento de reconocer patologías orgánicas, éstas pueden afectar cualquier órgano de los sentidos del cuerpo humano, sin embargo las más estudiadas son las visuales y las auditivas. En términos generales se puede asegurar que las alteraciones sensorio-perceptivas visuales en psiquiatría resultan poco frecuentes representando un pequeño porcentaje dentro de los trastornos psicóticos. Estas se dividen según su complejidad sensorial en simples y complejas o escénicas, siendo estas últimas las más relacionadas con enfermedades de tipo neurológico. Además suelen tener como origen anatómico el lóbulo occipital, mientras las complejas están relacionadas con alteraciones en el lóbulo temporal diferenciándolas entre sí. La enfermedad de Parkinson y la demencia por cuerpos de Lewy, son las entidades neurológicas más relacionadas con alucinaciones de tipo visuales complejas, representadas en objetos, personas y animales que pueden tener movimiento o no; complementariamente pacientes con este tipo de patologías describen que éstas suelen presentarse en mayor medida cuando la intensidad lumínica es pobre, por ejemplo al final del día. La aparición de alucinaciones visuales en estas dos entidades se ha visto relacionada con mayor incidencia de depresión, deterioro cognitivo y alteraciones en el

sueño (9).

Otro síndrome comúnmente involucrado en la producción de alteraciones sensorio-perceptivas de tipo visual es el Síndrome de Charles Bonnet, el cual se caracteriza por la aparición de alucinosis visuales, es decir que se produce una percepción errónea sin un estímulo visual; sin embargo, a diferencia de las alucinaciones, el paciente identifica esta percepción como irreal y debate su existencia. Esta entidad se presenta en pacientes ancianos, sin deterioro cognitivo y con una limitación visual, la cual permite que el lóbulo occipital compense esta deficiencia generando estímulos visuales distorsionados, vívidos y grotescos.

Los fármacos más comúnmente involucrados en la generación de síntomas psicóticos son los anticolinérgicos y los agonistas dopaminérgicos, los cuales han permitido validar teorías acerca de la importancia de la dopamina en otros estados psicóticos de tipo endógeno, como es el caso de la esquizofrenia. Teniendo en cuenta que en la enfermedad de Parkinson es común el uso de agonistas dopa como la L-Dopa, selegilina, bromocriptina, entre otros; se debe tener precaución en cuanto a la aparición de síntomas psicóticos, sean alucinaciones o ideaciones delirantes, especialmente en pacientes añosos. La recomendación cuando estos síntomas aparezcan consiste en disminuir la dosis del medicamento o cambiar el medicamento por otros no derivados del ergot (10).

Cuando se detectan síntomas psicóticos de novo en la consulta externa, lo más conveniente resulta remitir a este paciente para que reciba manejo en una unidad de emergencias, con el objetivo de velar por la seguridad del paciente, pues la realidad vivida por estos se encuentra alterada, representando un riesgo para la integridad propia y la de sus allegados, especialmente si presenta ideación delirante persecutoria. Es en esta unidad donde la toma de paraclínicos de extensión se hace necesaria, incluyendo la realización de neuroimágenes, con el objetivo de detectar anomalías de tipo orgánico que pudieran estar produciendo el cuadro, haciendo énfasis en los agentes psicotogénicos previamente mencionados como inductores de la sintomatología psicótica. También la entrevista con los familiares indagando acerca del tiempo de instauración y la personalidad previa del paciente resulta indispensable, ya que esto orienta a su diagnóstico y tratamiento. El uso de antipsicóticos es de gran utilidad en el estadio agudo del cuadro, ya que permiten realizar una contención en pacientes agitados, por lo cual el uso de medicamentos como el haloperidol por vía parenteral es indicado en este tipo de pacientes. El uso de antipsicóticos por vía enteral se debe reservar a aquellos pacientes plenamente estudiados donde la causa de la sintomatología haya sido establecida, teniendo en cuenta la edad y las comorbilidades como criterios de escogencia.

Epilepsia

La epilepsia es una enfermedad que produce manifestaciones de igual importancia tanto para psiquiatras como para neurólogos, incluso algunos autores han llegado a ubicar a esta entidad en la confluencia de estas dos disciplinas (1). Por tal motivo la epilepsia merece un enfoque especial con el fin de ofrecer un manejo integral a esta patología. Se ha establecido que pacientes con epilepsia de pobre control presentan manifestaciones psiquiátricas entre un 25 a un 50%, entre ellas se encuentran trastornos de ansiedad, depresión, psicosis, alteraciones cognoscitivas y de la conducta (11); las cuales tienen relación temporal con la aparición del episodio (preictal, ictal, post ictal e interictal).

La depresión es la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en pacientes con epilepsia, en especial aquellos pacientes con crisis focales del lóbulo frontal y lóbulo temporal. Síntomas depresivos pueden predecir el inicio de una crisis convulsiva, presentándose hasta 3 días previos a la convulsión y alcanzando su máxima expresión 24 horas previas al evento convulsivo. Después del episodio ictal, 1 de cada 2 pacientes presentan depresión, sintomatología que se extiende hasta 2 semanas después del cuadro epiléptico. Además, estos síntomas pueden instaurarse en periodos inter-ictales de la enfermedad generando cuadros depresivos crónicos (distimia), asociado a síntomas como irritabilidad, ideación suicida, dolor crónico y pérdida del placer, entre otros.

La ansiedad suele presentarse de forma similar a la depresión durante los periodos previamente mencionados. Sin embargo la ansiedad más que la depresión es el síntoma psiquiátrico más comúnmente evidenciado durante las crisis focales simples, representando el 21% del total de los síntomas psiquiátricos descritos en este tipo de pacientes (11). Los episodios de pánico hacen parte de la sintomatología ansiosa, y son constantemente diagnosticados durante este mismo tipo de crisis, como a su vez en periodos inter-ictales. Estos son calificados como moderados y raramente son de tipo severo, teniendo una duración aproximada de 5 a 20 minutos y asociándose a síntomas somáticos como diaforesis, palpitaciones y disnea.

El uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRSs para los estados afectivos (depresión y ansiedad) incluyendo los ataques de pánico, han mostrado ser los más efectivos frente al placebo para el control de estos síntomas. Estudios con antidepresivos tricíclicos han mostrado resultados muy similares comparados con los ISRSs, sin embargo sus conocidos efectos adversos hacen que estos medicamentos se prefieran como segunda línea de manejo para la atención de estos pacientes (12) (13). El uso de benzodiazepinas resulta un tratamiento coadyuvante eficaz en el manejo de la ansiedad, particularmente en los episodios de pánico, donde el clonazepam es el medicamento que mejores resultados ha demostrado en el control agudo de estos síntomas, teniendo en cuenta que la prescripción de este tipo de medicamentos no se prolongue por más de 6 meses debido a su gran potencial adictivo.

Por otro lado, medicamentos antiepilépticos como la fenitoina, carbamazepina, fenobarbital y primidona en dosis regulares, y la oxcarbazepina y el topiramato en dosis elevadas, alteran los niveles séricos de la mayoría de los antidepresivos disminuyéndolos, alterando así la eficacia de éstos. Estudios con diferentes antidepresivos han mostrado que de la amplia gama de antidepresivos disponibles en el mercado, el bupropion, clomipramina, maprotilina y la amoxapina; son los medicamentos antidepresivos que más aumentan el umbral convulsivo a dosis terapéuticas, de tal forma que su utilización debe ser restringida en pacientes con epilepsia (13).

Las psicosis en pacientes con epilepsia, suelen presentarse de forma casi idéntica a la esquizofrenia, de allí, que estudios sobre epilepsias hayan dilucidado el papel del lóbulo límbico en la etiopatogenia de esta enfermedad, así como también lo muestra la estrecha afinidad entre la psicosis y la epilepsia, contando con tasas de prevalencia del 2 al 9%. Tanto las crisis focales como las generalizadas, se han visto involucradas en la génesis de sintomatología psicótica, sin embargo es bien conocido que las crisis focales complejas son

las más frecuentemente relacionadas con la producción de alucinaciones e ideación delirante (8).

Los síntomas psicóticos característicos durante una crisis epiléptica, suelen ser pleomorfos, incluyendo alucinaciones visuales, auditivas y olfatorias; al igual que ideación paranoide y pensamiento desorganizado. Es común que este tipo de psicosis presentada durante el ictus, contenga delirios y alucinaciones de tipo religioso o místico, además de una perseverante inclinación a la oposición; por ejemplo si se le pregunta por donde sale el sol, este no dirá hacia el oriente, sino hacia el occidente sin dar pie a la reflexión. La duración suele ser de unas pocas horas y rara vez se extiende por semanas o meses, teniendo una fluctuación de estos síntomas a través del tiempo (14).

La psicosis post-ictal representa un conjunto de síntomas con una duración de al menos 24 horas de evolución donde el síntoma prodrómico más común es el insomnio. En términos generales las psicosis post-ictales cumplen una serie de características que facilitan su reconocimiento las cuales se relacionan a continuación:

- Un retraso entre el inicio de los síntomas psiquiátricos y el tiempo de la última convulsión.
- Una duración relativamente corta de los síntomas psicóticos.
- Síntomas afectivos prominentes.
- Presencia de ideas delirantes similares a la esquizofrenia o al trastorno afectivo bipolar.
- Aumento de crisis tónico-clónicas secundariamente generalizadas previa instauración de la psicosis post-ictal.
- Rápida respuesta a la medicación neuroléptica a dosis bajas o a las benzodiacepinas (12).

La aparición de sintomatología psicótica post-ictal, también tiene importantes implicaciones en la localización de los focos epileptogénicos, puesto que este tipo de sintomatología sugiere focos ictales bilaterales e independientes, teniendo implicaciones en su diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado los síntomas psicóticos inter-ictales se caracterizan por ser episodios psicóticos con ausencia casi absoluta de síntomas negativos, tales como aislamiento social, falta de motivación, apatía y embotamiento. También la severidad de este tipo de casos es leve y tienen una buena respuesta al tratamiento farmacológico, características clínicas que diferencian este estado con otras presentaciones psicóticas similares.

Los síntomas psicóticos en el contexto de una epilepsia, también pueden ser desencadenados por diferentes anticonvulsivantes principalmente la etosuximida, fenobarbital, primidona, topiramato y levetiracetam. Así mismo la interrupción abrupta de algunos medicamentos anticonvulsivantes, en especial aquellos usados como estabilizadores del ánimo (carbamazepina, ácido valproico y lamotrigina), suelen ser responsables de cuadros psicóticos. Los medicamentos antipsicóticos resultan de uso necesario en este tipo de pacientes pese a su potencialidad pro convulsivante, sin embargo esto nunca debe ser un impedimento para su prescripción siempre y cuando se haga un seguimiento adecuado y una asesoría oportuna. En términos generales tanto los antipsicóticos de primera como de segunda generación son capaces de inducir nuevas crisis convulsivas en pacientes con

epilepsia; sin embargo los antipsicóticos más epileptogénicos son en orden descendente clozapina, clorpromazina y loxapina; en contraste antipsicóticos como haloperidol y risperidona tienen poca incidencia de convulsiones. (12)

Trastorno por síntomas neurológicos funcionales (Trastorno de conversión)

Recientemente el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su 5ª edición, propone un cambio en cuanto a la denominación del trastorno de conversión que se ubica dentro del capítulo de trastornos por síntomas somáticos; de esta forma el nombre de trastorno por síntomas neurológicos funcionales, es la denominación que se prefiere en la actualidad para referirse a este trastorno. La razón es debido a que la gran mayoría de estos pacientes presentan síntomas sensitivos y motores que simulan enfermedades sistémicas, especialmente neurológicas, de allí que los principales diagnósticos diferenciales se den con esclerosis múltiple, miastenia gravis y distonias (16). Los criterios diagnósticos y sus especificaciones se exponen en la tabla siguiente (Tabla 3).

Trastorno por síntomas neurológicos funcionales

- A. Uno o más síntomas de alteración en la función motora o sensorial
- B. Hallazgos clínicos proporcionan evidencia de la incompatibilidad entre el síntoma y condiciones neurológicas o médicas reconocidas
- C. Los síntomas o la deficiencia de éste no puede ser explicado medicamente o como un trastorno mental
- D. Los síntomas o la deficiencia causan malestar clínico significativo, disfunción social, laboral o en otras áreas del funcionamiento

Tipo de síntomas específicos

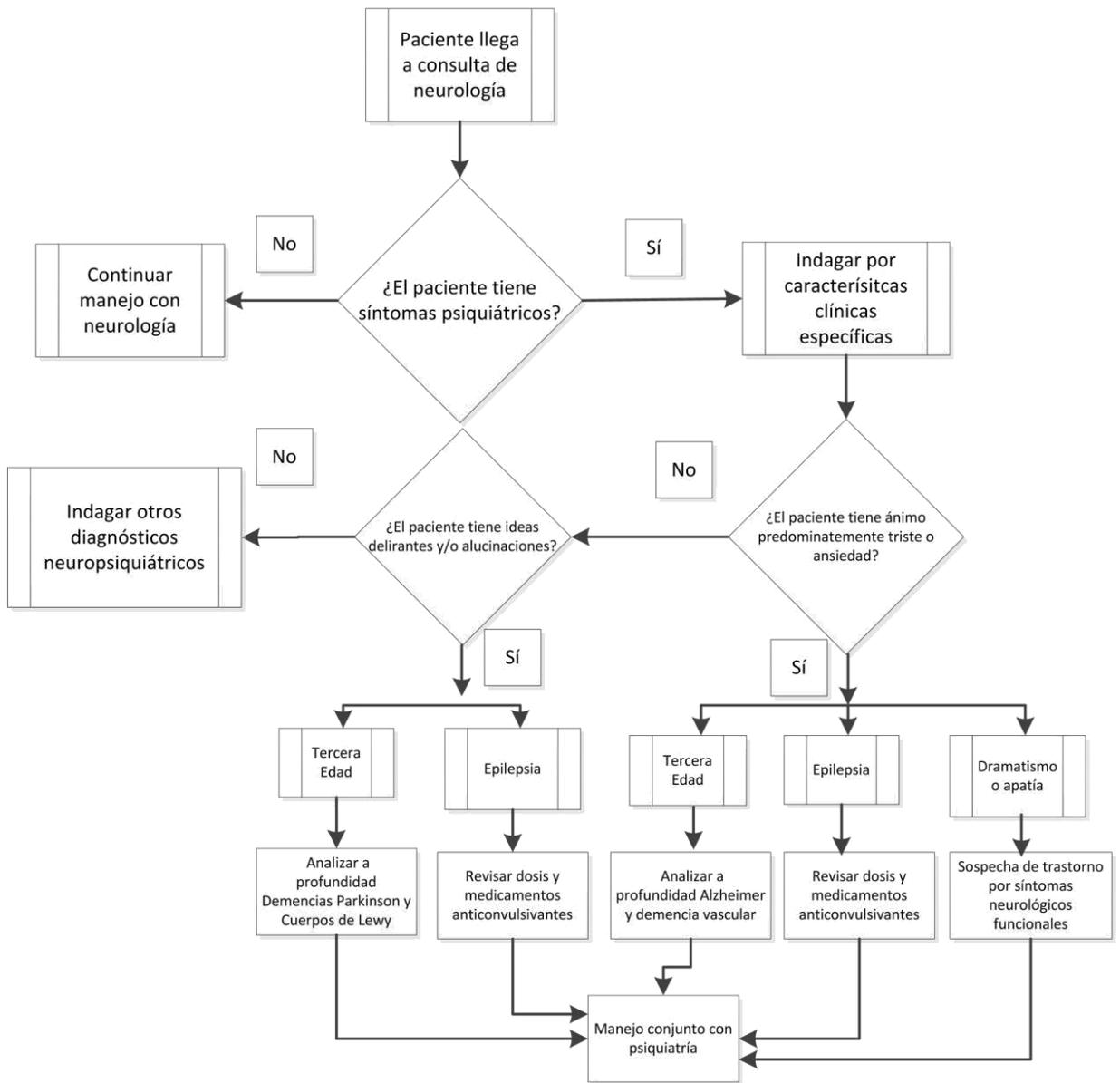
- Debilidad o parálisis
- Movimiento anormal (temblor, movimiento distónico, mioclonías, trastornos al caminar)
- Trastornos de la deglución
- Trastornos del habla (disfonía, dificultad para hablar)
- Ataques o convulsiones
- Pérdida sensorial
- Síntomas sensoriales (visual, olfatorio, alteración auditiva)
- Síntomas mixtos
 - a. Episodio agudo : Síntomas presentes por menos de seis meses
 - b. Persistentes: Síntomas presentes por más de seis meses
 - c. Con estresor psicológico
 - d. Sin estresor psicológico

Modificado de (17)

Este trastorno es más común en mujeres que hombres, y puede estar asociado a diferentes patologías de origen psiquiátrico, principalmente trastornos de la personalidad (antisocial, histriónico, limítrofe y dependiente), trastornos depresivos y trastornos disociativos. Los niños menores de 10 años son los que más presentan convulsiones y alteraciones en la marcha, mientras que en los hombres se presentan accidentes laborales. Dentro de las características clínicas más prominentes de los cuadros agudos, se encuentran la apatía o gran dramatismo que los pacientes experimentan alrededor de sus síntomas somáticos, éstos tienen una corta duración y suelen remitir en un tiempo aproximado de 2 semanas; el inicio o la exacerbación de estos síntomas, suelen estar relacionados con un estresor que puede ser detectado a través de la historia clínica.

El trastorno por síntomas neurológicos funcionales suele recurrir a través del tiempo, de tal forma que estos pacientes suelen ser consultantes crónicos y su pronóstico depende de los síntomas expuestos y el tiempo de instauración; de esta forma tenemos que los síntomas de aparición aguda, un estresor fácilmente identificable y síntomas como ceguera y parálisis tienen buen pronóstico. En contraparte la cronicidad, estresores no identificables y temblores y convulsiones tienen un peor pronóstico.

Una minuciosa historia clínica, un examen físico haciendo énfasis en el examen neurológico, acompañado de diferentes paraclínicos, resultan necesarios para descartar un componente físico desencadenante de los síntomas, máxime cuando algunos estudios muestran que aproximadamente 12.5% de los pacientes inicialmente diagnosticados con este trastorno, se les detecta una condición médica general que explica el cuadro clínico (16).



Preguntas

1. ¿Son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRSs), los antidepresivos de primera línea para manejo tanto de ansiedad como depresión en pacientes con enfermedad neuropsiquiátrica?

Rta: Gracias a sus reducidos efectos adversos y su adecuada respuesta terapéutica, los antidepresivos tipo ISRSs no solo son los antidepresivos de elección en ansiedad y depresión secundaria a patologías orgánicas, sino también en trastornos del ánimo de origen endógeno o funcional.

2. ¿El uso de psicofármacos como monoterapia para el manejo de patologías neuropsiquiátricas son suficientes para el control de la enfermedad?

Rta: No, teniendo en cuenta que las patologías neuropsiquiátricas tienen un componente ambiental, los mejores resultados terapéuticos se obtienen por medio de la combinación entre psicofarmacoterapia y psicoterapia.

3. ¿Existen pruebas de laboratorio que permitan el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas tipo esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar, que permitan el diagnóstico diferencial con entidades de tipo orgánico?

Rta: No, aunque los esfuerzos científicos en el campo de la neuropsiquiatría están enfocados al desarrollo de pruebas diagnósticas que permitan la detección de enfermedades mentales, estas aun no tienen la validez suficiente para permitir realizar este tipo de diagnósticos.

4. ¿La presencia de un trastorno por síntomas neurológicos funcionales y otros trastornos somatomorfos, representa ausencia de enfermedad y por ende requiere un manejo exclusivo por psiquiatría?

Rta: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, este tipo de pacientes suelen tener varias recaídas de su enfermedad a través del tiempo, el manejo interdisciplinario con el fin de reducir estas recurrencias suele ser el objetivo terapéutico. Una escucha genuina sin deslegitimar los síntomas expuestos por el paciente, representan puntos claves en la atención.

Sitios de internet

- <http://www.anpaonline.org/> American Neuropsychiatric Association
- <http://www.aen.es/> Asociación Española de Neuropsiquiatría
- <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/> Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica
- <http://www.psych.org/> American Psychiatric Association
- <http://www.inawebsite.org/> International Neuropsychiatric Association

Bibliografía

1. Gómez L, Et al Neuropsiquiatria. In Toro J VE. Tratado de Neurología Clínica. Colombia: Lerner; 1994. p. 599.
2. Murray E, Et al. Depression and Psychosis. In Walter G. Bradley Et al. Neurology in Clinical Practice.; 2012. p. 99.
3. Ministerio de la protección social. Estudio nacional de salud mental en Colombia. ; 2003.
4. Miyoshi k, Et al. Clinical Manifestations. In Springer. Neuropsychiatric Disorders.; 2010.
5. Testa A, Et al. Psychiatric emergencies (part II): psychiatric. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013; 17.
6. Sociedad española de psiquiatría, Sociedad española de neurología. Depresión paciente con enfermedades neurológicas. In Documento de consenso SEP-SEN. Madrid; 2012. p. 3.
7. Fierro M. Pensamiento. In Fierro M. Semiología del Psiquismo. Bogotá: Kimpres; 2008. p. 110.
8. Oyebode F. The Neurology of Psychosis. Medical Principles and Practice. 2008 Febrero; 17.
9. Nadejda A, Et al. Urgent and Emergent Psychiatric Disorders. Neurologic Clinics. 2012 February; 30.
10. Bertram K. Visual hallucinations in the differential diagnosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2012 Enero; 83.
11. Gilles F. Epidemiology of psychosis in Parkinson's disease. Journal of the Neurological Sciences. 2009 Septiembre; 289.
12. LaFrance W, Et al. Epilepsy. In Dilip V. Jeste J. Psychiatry for Neurologists. New Jersey: Springer; 2006. p. 191.
13. Mula M. Treatment of anxiety disorders in epilepsy. Epilepsia. 2013 Abril; 54.
14. Kanner A. The treatment of depressive disorders in epilepsy. Epilepsia. 2013 Abril; 54.

15. Brent E, Et al. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: 2. *Epilepsy Research*. 2009 Octobre; 85.
16. LaFrance W. Somatoform Disorders. *Seminars in Neurology*. 2009 July; 29.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.