
Psicosis con manía en paciente con lupus y uso de corticoides, un reto diagnóstico

Psychosis with mania in patient with lupus using corticosteroids, a diagnostic challenge

Dra. Illiane Marie Pritsiolas Vernaza; ^I **Dra. Larissa Anette Calvo García.** ^{II}

I. Hospital Regional de Chepo. Caja del Seguro Social de Panamá. Panamá.

II. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja del Seguro Social de Panamá. Panamá.

RESUMEN

Fundamento: el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad crónica, autoinmune y multisistémica que puede presentar manifestaciones neuropsiquiátricas, las cuales representan un reto diagnóstico ya que se debe distinguir si son secundarias a la patología en sí o a los efectos secundarios del tratamiento medicamentoso.

Objetivo: establecer un diagnóstico diferencial de psicosis en un paciente con lupus eritematoso sistémico.

Caso Clínico: paciente femenina de 24 años de edad con antecedente de lupus eritematoso sistémico, quien ingresó a sala de nefrología por recurrencia de síndrome nefrótico. Dentro del manejo dado, se aumentó la dosis de prednisona de forma brusca. Posterior a su egreso, la paciente presentó un cuadro de psicosis con manía. Fue ingresada en el Servicio de Psiquiatría para manejo en conjunto con nefrología y reumatología, donde se descartó actividad lúpica y se manejó como una psicosis inducida por corticoides, respondió de manera adecuada al manejo con antipsicótico de segunda generación.

Conclusiones: es importante que los médicos sepan distinguir entre las manifestaciones neuropsiquiátricas propias del lupus y aquellas secundarias a los efectos adversos de los medicamentos para un adecuado abordaje clínico.

DeCS: TRASTORNOS PSICÓTICOS; CORTICOESTEROIDES; LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO; ADULTO; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Background: systemic lupus erythematosus is a chronic, autoimmune and multisystemic disease that can present neuropsychiatric manifestations, which represent a diagnostic challenge because it requires to differentiate if they are secondary to the pathology itself or adverse effects of the pharmacotherapeutic treatment.

Objective: to establish a differential diagnostic of psychosis on a patient with systemic lupus erythematosus.

Clinical case: a 24 year-old female with past medical history of systemic lupus erythematosus, who was admitted to nephrology ward for recurrence of nephrotic syndrome. Prednisone dose was abruptly increased as part of the management given to the patient. After the discharge, the patient presented an episode of psychosis with mania. She was admitted to psychiatry service for a multidisciplinary management with nephrology and rheumatology, and lupic activity was discarded, therefore the patient was treated as a corticosteroid induced psychosis that responded to second generation antipsychotic.

Conclusions: it is important for physicians to learn how to distinguish between lupus neuropsychiatric manifestations and those secondary to medical adverse effects in order to make an appropriate clinical approach.

DeCS: PSYCHOTIC DISORDERS; ADRENAL CORTEX HORMONES; LUPUS ERYTHEMATOSUS, SYSTEMIC; ADULT; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad crónica, autoinmune y multisistémica, que conlleva un deterioro en la calidad de vida de los pacientes afectados y presenta un amplio rango de manifestaciones clínicas, con gravedad variable.¹

Su prevalencia es de 20-50 casos por 100 000 habitantes y es más frecuente en mujeres (9:1), en la mayoría de los casos se manifiesta entre la segunda y cuarta década de vida. Su prevalencia también está aumentada en población negra y asiática. Esta enfermedad compleja por lo general cursa en brotes y con manifestaciones generales, pero puede afectar a todo el cuerpo, al incluir el sistema renal y nervioso central.^{1, 2}

El síndrome nefrótico es la consecuencia clínica

del aumento de la permeabilidad glomerular, que se traduce en proteinuria masiva e hipoalbuminemia y que se acompaña de forma variable de edema, hiperlipemia y lipiduria. Puede ser de causa primaria o secundaria. Entre las enfermedades sistémicas que pueden presentar un síndrome nefrótico se encuentra el lupus eritematoso sistémico. El manejo del mismo si es de causa primaria o secundaria incluye restricción hídrica, medidas dietéticas, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II y estatinas.³

El 25-75 % de las personas con lupus pueden presentar manifestaciones neuropsiquiátricas, al ser las mismas variables incluso en un mismo individuo. El diagnóstico en estos casos re-

sulta complejo debido a la dificultad en diferenciar la causa orgánica de una psicológica secundaria al curso crónico del lupus, a complicaciones de la enfermedad o al tratamiento dado. Los estudios de imagen y laboratorio son de limitado apoyo en el diagnóstico diferencial dado a que muchas veces sus resultados no son concluyentes. Cuando ocurre un episodio psicótico se debe incluir en la sospecha clínica que el mismo sea secundario al uso de corticoides.¹

Dentro de los síntomas neuropsiquiátricos más comunes del lupus se encuentran la disfunción cognitiva (1-20 %), trastornos del ánimo (1-20 %), ansiedad (1-8 %), estado confusional agudo (3-4,5 %) y la psicosis (2,5-3,5 %).⁴

Los corticoides son parte esencial en el manejo del lupus eritematoso sistémico, sin embargo, se debe evaluar el riesgo-beneficio de su uso debido a los múltiples efectos secundarios que conllevan. Los mismos pueden observarse desde horas hasta meses después de su administración, según incremento de dosis y duración del tratamiento. Estos efectos pueden provocar alteraciones a nivel sistémico, que van desde manifestaciones cardiovasculares, gastrointestinales, cutáneas e inclusive neuropsiquiátricas.⁵

Existen distintos grados de respuesta psicológica a los esteroides, clasificados por Rome y Braceland del uno al cuatro, en forma progresiva, donde el cuarto grado una psicosis franca con alucinaciones, delirios y variaciones extremas en el afecto.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 24 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, diabetes secun-

daria a corticoides y un cuadro de hipomanía un año previo asociado a altas dosis de corticoides no especificados en la historia, quien ingresó en sala de Nefrología por recurrencia de síndrome nefrótico caracterizado por edema periférico, que remite mediante restricción hídrica, uso de diuréticos y prednisona.

En biopsia renal se consignó glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Previo a su hospitalización la paciente utilizaba prednisona 2,5 mg cada día y se le aumentó a 25 mg vía oral cada día durante la hospitalización, egresó con 20 mg vía oral cada día. La paciente egresa a los 15 días de estar hospitalizada con mejoría de su cuadro de ingreso. Además, al alta hospitalaria se le prescribió furosemida 40 mg vía oral cada día, simvastatina 40 mg vía oral hora sueño, insulina NPH 6 unidades subcutáneas en la mañana, hidroxiclороquina 400 mg cada día vía oral, ciclosporina 100 mg vía oral cada 12 horas, omeprazol 20 mg vía oral cada 12 horas.

La paciente fue llevada por sus padres a los 21 días del alta hospitalaria por cuadro caracterizado de ocho días de evolución de aumento de la actividad intencionada: ordenaba toda su casa, lava y barre la misma muchas veces al día, dromomanía, gastos excesivos e innecesarios, disminución de la necesidad del sueño, logorrea, ideas delirantes expansivas: posee grandes cantidades de dinero en el banco, ideas de erotomanía: un cantante de música local le dedica las canciones a ella, ideas mágico primitivas: le hicieron brujería para no tener hijos y desde hace dos semanas tiene algo que crece dentro de ella, que se mueve y que lo está alimentando, ideas de daño: sus padres la quieren envenenar y llamó a sus padres para que los apresaran, alucinaciones auditivas: escucha

a Dios y le dice que tiene una misión que cumplir. Según sus familiares la paciente ingería los medicamentos de forma no adecuada tomando hasta 25 mg vía oral dos veces al día de prednisona.

Evaluada en urgencias por el servicio de Nefrología quien solicitó evaluación por el servicio de psiquiatría para manejo del cuadro psicótico con síntomas maníacos. La paciente fue hospitalizada en la sala de Psiquiatría en manejo conjunto con Nefrología y Reumatología.

Durante su estancia hospitalaria el servicio de Reumatología descartó actividad lúpica (anticuerpos antinucleares/Hep-2 moteado 3+, anti-smith negativo, anti-RNP negativo, anti-DNA Ds negativo, anti Ribosomal P negativo). Las pruebas de serología (virus de inmunodeficiencia humana y pruebas no treponémicas de sífilis) se mostraron negativas, así como las pruebas de toxicología negativas. No presentó alteraciones en la química sanguínea, hemograma ni en el perfil tiroideo. Los niveles de ciclosporina estaban en rangos subterapéuticos (112 ng/mL).

En la sala de Psiquiatría fue manejada con risperidona 0,5 mg vía oral dos veces al día se aumentó la dosis hasta 1 mg vía oral dos veces al día con mejoría de su sintomatología de ingreso. El servicio de Reumatología reinició la medicación para su cuadro de lupus, se introdujo la prednisona a dosis 5 mg cada día. Se le dio alta hospitalaria a los ocho días de su ingreso con seguimiento en el hospital de día de psiquiatría al cual acudió por 18 días, y de donde egresa sin síntomas psicóticos ni maníacos.

DISCUSIÓN

El abordaje diagnóstico y el tratamiento en pacientes con enfermedades sistémicas constituyen cada día un mayor reto para los clínicos. En pacientes con lupus eritematoso sistémico con manifestaciones neuropsiquiátricas plantea un abanico de posibilidades diagnósticas que abarcan desde manifestaciones propias de la enfermedad, así como posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico para la misma. En el caso estudiado por las autoras se contempló de manera inicial ambos diagnósticos como posible causa de su cuadro de ingreso. Se excluyó el diagnóstico de neurolupus al no encontrarse actividad lúpica en los marcadores serológicos, y se excluyeron causas infecciosas que podrían ocasionar el cuadro. Se planteó la posibilidad de que el cuadro en esta enferma sea una reacción adversa a la medicación con corticoides por el aumento brusco de la dosis y el antecedente de la paciente de presentar un cuadro de características similares por corticoides. Según la escala de Naranjo, citada por Seger D et al.⁷ para determinar la posibilidad de una reacción adversa a un medicamento, en este caso puntuó en cinco, lo que indica que sea muy probable secundario a la medicación.

La información ofrecida por los familiares no concuerda con las recomendaciones dadas por sus médicos al alta hospitalaria de nefrología, la incidencia de sus síntomas sugiere que la paciente estuviese ingiriendo dosis altas de corticoides, 50 mg cada día vía oral, lo que se ha descrito en otros reportes que indican, que la incidencia de los síntomas es dependiente de la dosis. En dosis de 41-80 mg al día la incidencia de síntomas neuropsiquiátricos es de 4,6 %.⁸

Se ha descrito en otros casos clínicos que el uso de antipsicóticos de segunda generación es más efectivo para manejar los síntomas psicóticos y maniacos.⁹ Así como la reducción de manera gradual de los corticoides.¹⁰

CONCLUSIONES

Las manifestaciones neuropsiquiátricas constituyen un reto en la práctica clínica, debido a que se deben valorar desde causas orgánicas como reacciones adversas a medicamentos. Los corticoides son medicamentos utilizados de forma amplia en distintas enfermedades, incluidos el lupus eritematoso sistémico, por lo que se debe tener cuidado al incrementar la dosis de los mismos y vigilar por efectos adversos secundarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilardell Tarrés M, Ordi Ros J. Lupus eritematoso sistémico. En: Rozman Borstnar C, Cardellach López F, editores. Farreras Rozman. Medicina Interna. 18 ed. España: Elsevier; 2016. p. 1031-8.
2. Lazaro E, Richez C, Seneschal J. Lupus eritematoso sistémico. EMC-Aparato locomotor [Internet]. 2015 [citado 15 Dic 2016];48(1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1286935X15700821?scrollTo=%2351-s2.0-S1286935X15700821-gr4>
3. Alcázar Arroyo R. Síndrome nefrótico. En: Rozman Borstnar C, Cardellach López F, editores. Farreras Rozman. Medicina Interna. 18 ed. España: Elsevier; 2016. p. 815-21.
4. Díaz-Cortés D, Correa-González N, Díaz MC, Gutiérrez JM, Fernández-Ávila DG. Compromi-

so del sistema nervioso central en el lupus eritematoso sistémico. Rev Colomb Reumatol. 2015;22(1):16-30.

5. Kasturi S, Sammaritano L. Corticosteroids in Lupus. Rheum Dis Clin N Am. 2016;42:47-62.

6. Herazo-Bustos M, Aparicio-Turbay S, Patarroyo L. Trastorno psicótico inducido por glucocorticoides: descripción de 2 casos clínicos y revisión de la literatura. Psiquiatr Biol. 2016;23(1):40-3.

7. Seger D, Barker K, McNaughton CD. Misuse of the Naranjo Adverse Drug Reaction Probability Scale in toxicology. Clin Toxicol. 2013;51(6):34-42.

8. Dubovsky A, Arvikar S, Stern T, Axelrod L. The Neuropsychiatric Complications of Glucocorticoid Use: Steroid Psychosis Revisited. Psychosomatics. 2012;53:103-15.

9. Sánchez García MD, Pecino Esquerdo B, Pérez Martínez E. Manía inducida por el tratamiento de corticoesteroides: revisión a partir de un caso clínico. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2015;35(126):323-40.

10. Muzyk A, Holt S, Gagliardi J. Corticosteroid psychosis: Stop therapy or add psychotropics? Current Psychiatry. 2010;9(1):61-9.

Recibido: 21 de noviembre de 2017

Aprobado: 10 de febrero de 2018

Dra. Illiane Pritsiolas Vernaza Médica Interna del Hospital Regional de Chepo, Caja del Seguro Social, Panamá, Panamá.
Email: illiprit@gmail.com