

CATATONÍA LÚPICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO  
LUPUS CATATONIA. A CASE REPORT**Resumen**

Presentamos el caso de una joven de 16 años con manifestaciones clínicas correspondientes a la reagudización de un Lupus eritematoso sistémico (LES) de 7 años de evolución, con severas manifestaciones neuropsiquiátricas que consistieron en un síndrome catatónico agudo con mala respuesta al tratamiento psicofarmacológico. La evolución clínica fue favorable luego de la administración endovenosa de gammaglobulina. Esto produjo una lenta remisión de los síntomas psiquiátricos. Las manifestaciones psicóticas en el contexto de un LES tienen una baja incidencia y representan un criterio de gravedad y mal pronóstico. Se considera que el control de la enfermedad de base es el tratamiento fundamental, al apuntar al origen orgánico del trastorno neuropsiquiátrico.

**Palabras clave:** lupus neuropsiquiátrico; psicosis lúpica; síndrome catatónico.

**Abstract**

We are reporting the case of a 16 year-old young woman with clinical symptoms of acute exacerbation of systemic lupus erythematosus (SLE) of 7 years of evolution. Neuropsychiatric compromise presented as an acute catatonic syndrome with bad response to the pharmacological treatment. Intravenous gamma globulin induced a favorable clinical evolution and a slow remission of psychiatric symptoms. Psychotic symptoms have low incidence in the context of a SLE and represent criteria of the severity and bad prognosis of the disease.

It is accepted that control of the underlying disease constitutes the main treatment, focused on the organic origin of the neuropsychiatric disorder.

**Key words:** catatonic syndrome, lupus psychosis, neuropsychiatric lupus.

**Introducción**

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) pertenece al grupo de las llamadas enfermedades autoinmunes que frecuentemente involucra en sus manifestaciones clínicas al sistema nervioso central<sup>(1)</sup>. En este trabajo hacemos referencia a la psicosis como modo de expresión de la afectación cerebral lúpica a través de la presentación de un caso clínico.

Podemos definir al Lupus neuropsiquiátrico (LES-NP) como el conjunto de síndromes neurológicos del sistema nervioso cen-

Valeria Ferreyra <sup>1</sup>  
Fernanda Pin <sup>1</sup>  
María Florencia Iveli <sup>1</sup>  
Francisco A. Zamperetti <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Psicopatología  
y Salud Mental

<sup>2</sup> Servicio de Clínica Pediátrica  
Hospital de Niños  
"Superiora Sor María Ludovica".

✉ [mfiveli@yahoo.com.ar](mailto:mfiveli@yahoo.com.ar)

tral, periférico y/o autonómico y a aquellas manifestaciones psiquiátricas observadas en los pacientes con LES en los cuales otras causas han sido descartadas <sup>(2)</sup>. Según la revisión de 1999 del American College of Rheumatology los criterios para nombrar y definir dichas manifestaciones son las siguientes <sup>(3)</sup>:

#### Sistema Nervioso Central

- Meningitis aséptica
- Enfermedad cerebrovascular
- Síndrome desmielinizante
- Cefaleas
- Trastornos de los movimientos (corea)
- Mielopatías
- Convulsiones
- Estado confusional agudo
- Trastorno por ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Trastornos del estado del ánimo
- Psicosis

#### Sistema Nervioso Periférico

- Síndrome de Guillain-Barré
- Trastornos autonómicos
- Mononeuropatías
- Miastenia gravis
- Neuropatía de los pares craneanos

A continuación expondremos el seguimiento de un caso cuya signo-sintomatología se correspondió con un caso de Psicosis en el contexto clínico de una reagudización del LES de base.

#### Relato del caso

Paciente de 16 años con diagnóstico de LES de 7 años de evolución. Durante este período recibió los siguientes fármacos en forma combinada a dosis terapéuticas: deltisona, hidroxiclороquina, deflazacort. En el año previo a la internación su cuadro de base se encontraba estable. A fines del año 2003 se produjo una reagudización de su enfermedad que motivó la internación. En ese momento presentó fiebre, alopecia, úlceras bucales, poliartritis, descenso ponderal, amenorrea y dificultad en la deglución. Concomitantemente aparecieron las primeras manifestaciones neuropsiquiátricas: insomnio, tendencia al aislamiento, alucinaciones auditivas, olfatorias y cenestésicas, e ideación delirante autorreferencial. Du-

rante los primeros días de la internación se agudizó la sintomatología presentada al ingreso con la aparición de episodios autolesivos e inquietud psicomotriz. Cesó la ingesta tanto para sólidos como para líquidos, por aparente dificultad deglutoria, colocándose sonda nasogástrica. En el lapso de horas se inició un cuadro de mutismo y aquinesia progresivo acompañado de flexibilidad cérica, obediencia automática y movimientos estereotipados en miembros superiores. La paciente no realizaba casi ningún movimiento espontáneo y mantenía pasivamente las posiciones en las que era colocada. En una oportunidad la aquinesia se interrumpió por un episodio hiperquinético bajo la forma de acción impulsiva, en la que la paciente se sentó en la cama, lloró y gritó, para volver luego a su inmovilidad y posición acostumbrada. Los movimientos oculares se encontraban conservados. Estas manifestaciones se acompañaron de una importante repercusión sistémica con marcado descenso ponderal. Los estudios de neuroimágenes y electroencefalograma fueron normales. Los dosajes de anticuerpos anti-P ribosomal fueron negativos. Este estado fue interpretado como un síndrome catatónico en el marco de una psicosis lúpica. La paciente mantuvo este estado durante 8 días a pesar del tratamiento inmunosupresor (hidroxiclороquina, pulsos de ciclofosfamida y corticoides), medicación antipsicótica (risperidona a dosis máxima de 5 mg/día) y benzodiazepinas (lorazepam IM, 2 mg/día), sin observarse remisión sintomática.

Frente a esta situación, al noveno día, se decidió incorporar al plan pulsos de gammaglobulina con el siguiente resultado: a las 48 hs de iniciada la administración el cuadro comenzó a revertir. La paciente evolucionó con mutismos, lenguaje desorganizado, desorientación témporo-espacial y alucinaciones visuales. Posteriormente comenzó con ingesta de dieta blanda, su relato se hizo más coherente, recuperó el control de esfínteres y, finalmente, la deambulación. Este proceso abarcó un período de aproximadamente 10 días. Al momento del alta y tras el segundo pulso de gammaglobulina presentó un discurso coherente y organizado, amnesia total del episodio y puerilidad.

En controles posteriores la paciente se encontró compensada en su cuadro clínico de base, libre de síntomas de orden psiquiátrico aunque con persistencia de una actitud pueril.

## Discusión

El LES es una enfermedad inflamatoria que tiene predilección por el sexo femenino. En el 65% de los casos comienza entre la segunda y cuarta década de la vida, correspondiendo el 20% al inicio en menores de veinte años <sup>(4)</sup>. Puede afectar piel, articulaciones, riñones, pulmones, serosas, tubo digestivo, aparato cardiocirculatorio y en un 50% de los casos el sistema nervioso, cifra que se sostiene en los diferentes grupos etáreos <sup>(5)</sup>.

Hasta el momento, no existe base anatomopatológica clara para los trastornos neuropsiquiátricos, aunque se implica al daño vascular agudo con oclusión de los pequeños vasos por proliferación de la íntima, invocándose lesión endotelial por anticuerpos antifosfolipídicos, ribosomales y presencia de anticuerpos contra antígenos neuronales <sup>(6,7)</sup>.

Por lo general las manifestaciones del LES-NP se presentan en estadios avanzados y se relacionan con una mayor severidad y un peor pronóstico <sup>(8,9)</sup>.

En este caso se impuso la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con psicosis corticoidea, la cual se descartó ya que en la historia farmacológica de la paciente se había observado la administración previa de dosis superiores a las actuales, sin que se hubieran reportado síntomas compatibles con un cuadro psicótico.

Por otro lado, apoyó el diagnóstico de psicosis lúpica el hecho de que la constelación de síntomas psiquiátricos coincidió temporalmente con un recrudescimiento de la clínica correspondiente a la enfermedad autoinmune <sup>(10)</sup>.

Por último, consideramos que como en cualquier manifestación psiquiátrica de origen orgánico, el tratamiento fundamental apunta al control de la enfermedad de base <sup>(11,12)</sup>. En este caso, fue la utilización de los pulsos de gammaglobulina endovenosa lo que

permitió no sólo la remisión de la sintomatología psiquiátrica, sino la estabilización del LES.

## Bibliografía

1. Micheli F. Complicaciones neurológicas de las enfermedades sistémicas. Tratado de Neurología Clínica. Ed. Panamericana 2003. p. 1363-99.
2. Soneira S. Manifestaciones neuropsiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico. Alcmeon, vol. 12, junio 2005.
3. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. Arthritis Rheum. 1999; 42: 599-608.
4. Bruyn G. Controversies in Lupus: nervous system involvement. Annals of the Rheumatic Diseases, 1995; 54:159-167.
5. Steinlin M, Blaser S, Gilday D. y col. Neurologic manifestations of pediatric systemic lupus erythematosus. Pediatr Neurol, 1995; 13:191-7.
6. Sanna G, Bertolaccini M, Cuadrado M, y col. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: prevalence and association with antiphospholipid antibodies. J Rheumatol 2003; 30:985-92.
7. Hanly JG. Neuropsychiatric lupus. Rheum dis Clin North Am. 2005; 3:273-98.
8. Weiner S, Otte A, Uhl M y col. Neuropsychiatric involvement in systemic lupus erythematosus. Med Klin. 2003; 15; 98:79-90.
9. Milstone A, Meyers K, Elia J, Treatment of acute neuropsychiatric lupus with intravenous immunoglobulin (IVIg): A case report and review of the literature. Clin Rheumatol. 2005; 24:394-7.
10. Kohen M, Asheron R, Gharavi A. y col. Lupus psychosis: differentiation from the steroid-induced state. Clin Exp Rheumatol. 1993;11:323-6.
11. Higa O, Fasolino G. Catatonia. Editorial Salerno, 1993.p. 35-43.
12. Furmaga K, De Leon O, Sinha S. y col. Psychosis in medical conditions: response to risperidone. Gen Hosp Psychiatry. 1997; 19:223-8. ♦