

Introducció

L'encefalitis aguda és un trastorn ràpidament progressiu causat per inflamació cerebral. La causa més freqüent és la infecciosa i existeixen protocols i guies consens per al seu diagnòstic i tractament. En els darrers anys s'han incrementat els casos d'encefalitis de causa no infecciosa, principalment autoimmune.

Els símptomes són molt amplis, des de cefalea, febre, símptomes respiratoris o digestius, alteracions psiquiàtriques com al·lucinacions o paranoia i crisis convulsives que progressen a un ràpid deteriorament general. Si es fa un diagnòstic precoç, el quadre neurològic és potencialment reversible i s'aconsegueix una millora dels símptomes en la majoria de casos.

Exposició del cas

Dóna de 22 anys que arriba a urgències de l'hospital per síncope. Després d'una exploració anodina és donada d'alta. El mateix dia a la nit torna a urgències amb quadre d'al·lucinacions visuals i sonores, discurs incoherent, febrícula de 37°C i agitacions.

Es contacta amb neurologia que orienten el cas com una possible encefalitis vírica. Realitzen tomografia computeritzada (TC) cranial i abdominal, analítica general, mostres per estudi microbiològic i punció lumbar.

A l'espera dels resultats, i davant la sospita d'encefalitis vírica, s'administren antivirals. Ingressa a la unitat de cures intensives (UCI) degut a la tòrpida evolució.

Resolució del cas

Un cop ingressada li fan analítica completa on destaca una hemoglobina de 114 g/L (valor de referència (VR): 120-160 g/L), una lleu limfopènia de $0.79 \times 10^9/L$ (VR: $1.3-3.4 \times 10^9/L$) i una PCR $<0.05 \text{ mg/L}$ (VR: $<3 \text{ mg/L}$). El test de drogues en orina va ser negatiu.

L'estudi del líquid cefaloraquídi (LCR) va ser el següent: proteïnes i glucosa dins la normalitat; leucòcits: 61 cel/ μL , dels quals 100% eren limfòcits. (Taula 1)

Els resultats del TC tant cranial com abdominal no van mostrar cap alteració. Els resultats de les proves microbiològiques van ser negatius. Es realitza un electroencefalograma amb resultats de lentitud difusa, ressonància magnètica cerebral amb resultat normal i exploració abdomino-pelviària anodina.

Davant de l'empitjorament de la pacient amb nous símptomes psicòtics i deteriorament de l'estat general se sol·licita ampliar estudi del LCR per descartar una possible malaltia d'origen autoimmune o neoplàsica, ampliem anticossos antineuronals de superfície.

La tècnica realitzada és una immunofluorescència indirecta sobre cèl·lules transfectades (Euroimmun). El resultat és positiu per anticossos contra el receptor de glutamat tipus NMDA (NMDAR). Per aquest motiu es realitza ecografia transvaginal on s'evidencia una petita massa a l'ovari dret. Per laparoscòpia es realitza l'extracció de l'ovari afectat i es confirma el diagnòstic de teratoma ovàric madur.

La pacient comença tractament amb corticoides, immunoglobulines i rituximab, així com sedoanalgesia amb midazolam, fentanil i propofol.

Després de la intervenció quirúrgica i el tractament farmacològic la pacient roman en coma induït i intubada a la UCI. Degut a la lenta progressió de la pacient i que continua amb un estat neurològic estacionat sense millora després de més de 20 dies de tractament es decideix trasllat a l'hospital de tercer nivell de referència per realitzar plasmàferesi. En el moment actual la pacient continua ingressada a l'hospital amb una lleu millora neurològica.

LCR		Marcador tumoral		Autoimmunitat	
Aspecte	Cristall de roca	Ca-125	6,1 U/L (VR: $<35 \text{ U/L}$)	Antineuronals de superfície	Positiu NMDAR
Proteïna	0,4 g/L (VR: 0,1-0,5 g/L)	Hemograma		Bioquímica	
Glucosa	3,2 mmol/L (VR: 2,2-3,9 mmol/L)	Hemoglobina	114 g/L (VR: 120-160 g/L)	Creatinina	53,9 $\mu\text{mol/L}$ (VR: 44-97 $\mu\text{mol/L}$)
Leucòcits	61 cel/ μL	Limfòcits	$0.79 \times 10^9/L$ (VR: $1.3-3.4 \times 10^9/L$)	Glucosa	6,2 mmol/L (VR: 4,1-6,1 mmol/L)
Recpte diferencial	100% limfòcits			PCR	$<0,05 \text{ mg/L}$ (VR: $<3 \text{ mg/L}$)

Taula 1: principals resultats de l'analítica d'ingrés.

Conclusions

Els pacients amb encefalitis són un repte diagnòstic. En el cas de noies joves amb símptomes psiquiàtrics prominents sense cap causa que ho justifiqui s'hauria d'estudiar un possible origen autoimmune. En el nostre cas la positivitat dels NMDAR va fer que s'ampliés l'estudi de la pacient a la cavitat pelviària i mitjançant una ecografia transvaginal es diagnosticava el teratoma ovàric.

El laboratori té un paper fonamental per al diagnòstic d'aquest tipus d'encefalitis ja que en molts casos no és diagnosticada correctament i es classifica com un quadre psiquiàtric primari, sense tractar la causa principal, que en el nostre cas va ser el teratoma.