

# Encefalitis autoinmune asociada a teratoma ovárico

Sánchez Romero, J<sup>1</sup>; Sánchez-Mateos Enrique, MR<sup>1</sup>; Crespo Bañón, P<sup>1</sup>; Salinas Amorós, A<sup>1</sup>; Pérez Buendía, J<sup>1</sup>; Manzanares López, J<sup>1</sup>; Carratalá Pérez, O<sup>1</sup>; Almela Gurrea, E<sup>1</sup>; Garzón Arana, A<sup>2</sup>; Cánovas López, Laura<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

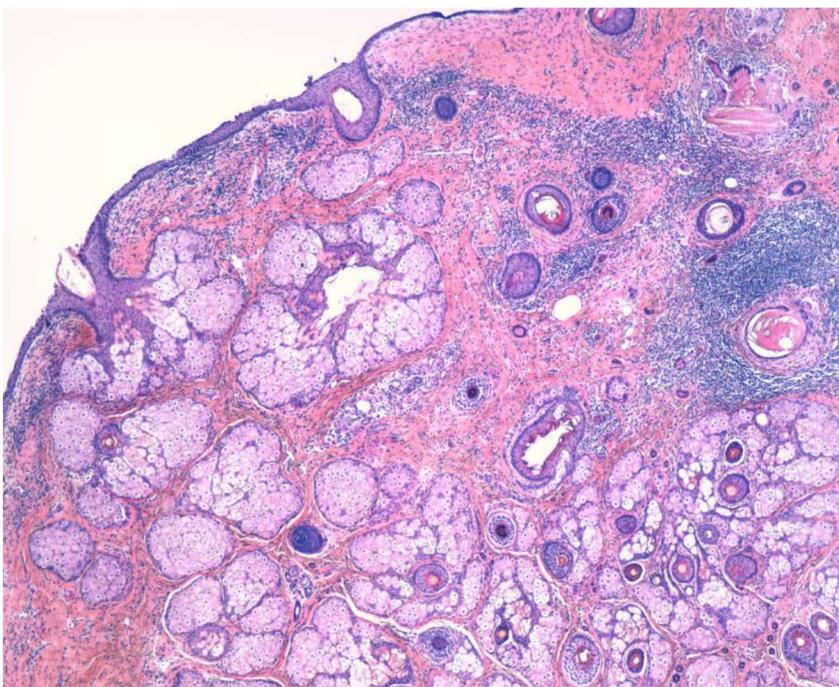
<sup>2</sup> MIR de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

<sup>3</sup> FEA de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).



Paciente de origen balcánico de 23 años que es traída por su pareja a la puerta de urgencias por intento de defenestración. La paciente refiere cefalea de una semana de evolución que se ha hecho más intensa los 3 días previos.

Los familiares refieren que dos días antes, la paciente les telefoneaba sin motivo alguno, incluso de madrugada, y no recordaba que había llamado previamente. Además, refieren que la paciente está más irritable.



La paciente no presenta hábitos tóxicos, y como antecedentes de interés: epilepsia en tratamiento con oxcarbazepina que suspendió voluntariamente hace 7 años, trastorno disocial limitado al contexto familiar y un trastorno del comportamiento con varios intentos de autolisis. Además, la paciente es de origen balcánico pero reside en España desde los 14 años. Tiene dos partos eutócicos, con hijos de 3 y 1 años de edad.

La paciente es valorada por psiquiatría, objetivándose una actitud perpleja, desorganizada y mutista por lo que se decide ingreso en planta con el diagnóstico de sospecha de psicosis de inicio. Se inicia tratamiento antipsicótico con olanzapina y clonacepam.

Durante el segundo día de ingreso, la paciente presenta en planta alucinaciones visuales y auditivas con insomnio pertinaz e ideas delirantes. Por la tarde, la paciente fue encontrada por enfermería con sufriendo una crisis tónico-clónica generalizada (CTCG).

Se inició tratamiento con valproato y fenitoina, y se decide ingreso en UCI con el diagnóstico de estatus epiléptico de etiología indeterminada.

Al ingreso en UCI la paciente está estuporosa con episodios de agitación, pupilas mióticas y reactivas, y se objetiva una desconjugación de la mirada horizontal.

La paciente sufre fluctuaciones del nivel de conciencia y episodios de desconexión del medio con agitación. Ante la falta de respuesta al tratamiento antipsicótico se decide iniciar terapia electroconvulsiva (TEC). Sin embargo, tras 6 sesiones de TEC no se produce mejoría.

Se solicitan PCR de virus neurotrópicos que resultan negativas y batería de anticuerpos que resultan negativos salvo ANCA y anticuerpos anti NMDAR.

Se administraron bolos de metilprednisolona durante 5 días, presentando progresiva mejoría del nivel de conciencia. Ante todo ello, se llega al diagnóstico de encefalitis autoinmune por anticuerpos anti NMDAR.

Se realiza una ecografía abdominal para despistaje de masas abdominales. Observándose en el anejo derecho destaca un teratoma ovárico.

Con la sospecha de encefalitis autoinmune por anticuerpos contra receptor NMDA paraneoplásico al teratoma ovárico se decide anexectomía derecha laparoscópica.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de sospecha de teratoma ovárico maduro. Tras la cirugía la paciente permanece con Ac. anti R-NMDA negativos y clínicamente estable

## Bibliografía:

1. Graus F, Delattre JY, Antoine JC, et al. Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:1135–1140.
2. Graus F, Dalmau J. Paraneoplastic neurological syndromes. *Curr Opin Neurol*. 2012; 25:795–801.
3. Dalmau J, Tuzun E, Wu HY, Masjuan J, Rossi JE, Voloschin A, et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol*. 2007; 61(1):25–36.
4. Andy Cheuk-Him Ng, Miljan Tripic, Seyed M. Mirsattari. Teratoma-negative anti-NMDA receptor encephalitis presenting with a single generalized tonic-clonic seizure. *Epilepsy Behav Case Rep*. 2018; 10:29–31.
5. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, Armangue T, Glaser C, Iizuka T, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *Lancet Neurol*. 2013; 12(2):157–165.