

FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONOSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POSIBLE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS NEUROLÓGICAS

López-Hernández Juan Carlos¹, Martínez-Angeles Victoria², Ramírez-Bermúdez Jesús², Espínola-Nadurille Mariana², Salas-Alvarado Lilia Carolina¹, García-Quintero Roberto³, García Xiomara¹, Yarce-Cabrera Luis⁴, Maciel-García Pedro⁵, Paredes-Aragón Elma¹, Violante-Villanueva Arturo¹

1.-Departamento de Urgencias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2.-Clínica de Neuropsiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 3.-Departamento de Neurología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 4.-Benemerita Universidad Autónoma de Puebla; 5.-Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo

recibido: 24-05-2023 aceptado: 22-06-2023 publicado: 21-11-2023

Introducción: la encefalitis autoinmune (EA) se presente en 1/100,000 personas al año, siendo la encefalitis autoinmune por anticuerpo anti-NMDAR la más frecuente (36%). Los criterios de Graus, et al., (2016) son los más utilizados para el abordaje diagnóstico de pacientes con encefalitis autoinmune posible (EAP). Objetivo: describir la frecuencia, características clínicas y pronóstico funcional en pacientes ingresados al servicio de urgencias con diagnóstico de EAP.

Material y métodos: (registro 168/22) estudio cohorte ambispectiva. De los pacientes atendidos en Urgencias del instituto en el año 2022, se revisaron los pacientes con diagnóstico de ingreso de neuroinfección/encefalitis, seleccionándose aquellos que cumplían criterios diagnósticos de Encefalitis Autoinmune Posible según Graus, et al. Se describió la frecuencia, características clínicas y paraclínicos al ingreso (laboratorios, determinación de anticuerpo anti-NMDAR y citoquímico en LCR) y diagnóstico y pronóstico al egreso hospitalario. Definimos pobre pronóstico como una puntuación ≥ 3 puntos en Escala de Rankin.

Resultados: De 9046 pacientes, 201 (2.2%) se catalogaron al ingreso como neuroinfección/encefalitis y 48 (0.5%) de estos cumplieron criterios de EAP. Género femenino 48%, edad 33.2 ± 16.5 años; estancia hospitalaria (mediana) 28 (RIQ14-51) días. Síntomas/signos frecuentes: psicosis 69%, crisis epilépticas 60%, fiebre 46%, cefalea 40%. Diagnósticos al egreso: encefalitis NMDAR definida 19 (39.6%), EAP con resultado de anti-NMDAR negativo en LCR 12 (21%), encefalitis viral 9 (12.5%); 3 pacientes fallecieron. Los pacientes con Rankin ≥ 3 puntos presentan: mayor edad (40 ± 19 vs 29 ± 14 , $p=0.03$), IMC (kg/m^2) (24.7 ± 3.6 vs 20.6 ± 8.0 , $p=0.04$), estado epiléptico (44% vs 6.6%, $p=0.003$), EAP con anti-NMDAR negativo (44% vs 13%, $p=0.03$), albumina (4.2 ± 0.6 vs 4.7 ± 0.5 grs/dl, $p=0.01$). Al comparar grupos (EA

anti-NMDAR definida vs EAP anti-NMDAR negativo vs encefalitis viral) las siguientes variables tuvieron diferencia significativa: estancia hospitalaria ($p=0.001$), psicosis ($p=0.018$), catatonia ($p=0.002$), movimientos anormales ($p=0.03$) y recuento de células en LCR ($p=0.04$) (Tabla 1).

Conclusión: la frecuencia de EAP fue del 0.5%; los síntomas psicóticos estuvieron presentes en 69% de los casos; Encefalitis anti-NMDAR definida fue el diagnóstico más frecuente al egreso. Mayor edad, estado epiléptico, EAP anti-NMDAR negativo y menor concentración de albumina son características asociadas a pobre pronóstico.

Palabras clave: encefalitis autoinmune posible, frecuencia, pronóstico funcional



FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONOSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POSIBLE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS NEUROLÓGICAS

Tabla 1. Diferencias clínicas, paraclínicas y pronóstico funcional entre los grupos:

	EA anti-NMDAR definida N=19	EAP con anti-NMDAR negativo N=12	Encefalitis viral N=9	Valor de P
Edad (años), promedio (DE)	26±5	33±18	40±20	0.056
Género femenino, n (%)	9(47)	7(58)	2(22)	0.24
Inicio de los síntomas al ingreso (días), mediana (RIQ)	13(4-34)	30(5-60)	4(2-19)	0.10
Estancia hospitalaria (días), mediana (RIQ)	37(22-66)	46(22-90)	12(10-18)	0.001
Infección previa, n (%)	6(31.5)	5(41.6)	3(33.3)	0.88
Consumo de sustancias previamente, n (%)	6(31.6)	4(33.3)	6(66.6)	0.17
Cefalea, n (%)	10(52.6)	3(25)	4(44.4)	0.31
Fiebre, n (%)	10(52.6)	3(25)	5(55.5)	0.24
Síntomas psicóticos, n (%)	14(73.6)	9(75)	2(22)	0.018
Alteraciones cognitivas, n (%)	18(95)	10(83.3)	7(77.7)	0.39
Crisis epiléptica, n (%)	12(63)	8(66.6)	5(55.5)	0.87
Estado epiléptico, n (%)	2(10.5)	4(33.3)	3(33.3)	0.22
Catatonía, n (%)	13(68.4)	8(66.6)	0(0)	0.002
Movimientos anormales, n (%)	13(68.4)	9(75)	2(22)	0.03
Disautonomías, n (%)	11(17.2)	7(58)	1(11)	0.046
Células en LCR, mediana (RIQ)	13(5-21)	2(0-10)	13(7-41)	0.014
Proteínas (mgs/dL) en LCR, mediana (RIQ)	23(18-33)	27(17-28)	57(24-73)	0.048
EEG al ingreso:				
Normal, n (%)	1/15(6.6)	2/12(16.6)	3/9(33.3)	
0.32				
Disfunción, n (%)	13/15(86.6)	8/12(66.6)	6/9(66.6)	
Actividad epiléptica, n (%)	1/15(6.6)	2/12(16.6)	0/9(0)	
Rankin ≤2 puntos al egreso, n (%)	2(1-2)	3(2-3)	1(0-3)	0.040
Defunción, n (%)	1(5.2)	1(8.3)	1(11)	0.85

EA: encefalitis autoinmune; EAP encefalitis autoinmune posible, LCR: líquido cefalorraquídeo

