

# Debut con síntomas psicóticos de encefalopatía de Hashimoto: reporte de caso

Angela Daniela Ortiz Arce\*<sup>1</sup> Henry Sánchez-Rueda<sup>1</sup>

<sup>a</sup> Universidad Nacional de San Agustín, Unidad de Segunda Especialidad Médica, Facultad de Medicina Humana, Arequipa, Perú

**\* Autor de correspondencia**  
aortizar@unsa.edu.pe

**Citación**  
Ortiz Arce AD, Sánchez-Rueda H. Debut con síntomas psicóticos de encefalopatía de Hashimoto: reporte de caso. *Medwave* 2022;22(9):2566

**DOI**  
10.5867/medwave.2022.09.2566

**Fecha de envío**  
Jan 20, 2022

**Fecha de aceptación**  
Sep 3, 2022

**Fecha de publicación**  
Oct 18, 2022

**Palabras clave**  
Hashimoto's encephalopathy, autoimmune disease, Hashimoto disease, encephalopathy

**Correspondencia a**  
Urbanización La Cantuta B-16  
Arequipa Perú

## Resumen

La encefalopatía de Hashimoto es una enfermedad rara reportada por primera vez en 1966 con una prevalencia de 2,1/1000 habitantes. Se presenta el caso de una mujer de 42 años, sin antecedentes médicos de importancia, quien inició un cuadro de manera súbita con alteración de conciencia, alucinaciones visuales y delusiones. En los exámenes de laboratorio se tuvo anticuerpos antiperoxidasa tiroidea mayor a 600 U/ml, tiroxina 0,93 U/ml, hormona estimulante de la tiroides 1,60 u/ml, resonancia magnética con lesiones focales subcorticales bilaterales de aspecto desmielinizante inespecífico, electroencefalograma sin particularidades. Se realizó el diagnóstico de encefalopatía de Hashimoto y el cuadro remitió luego del tratamiento con corticoides. El artículo resalta la importancia de realizar una evaluación integral de los pacientes con sintomatología psiquiátrica atípica y ahondar en el diagnóstico de exclusión.

IDEAS CLAVE

- ◆ Se debe considerar la encefalopatía de Hashimoto entre los diagnósticos diferenciales en casos psicosis de inicio súbito, sin patología mental premórbida.
- ◆ No se detalla mayor seguimiento a largo plazo del caso.
- ◆ Las manifestaciones psiquiátricas como ideas delirantes nihilistas, ideas delirantes de persecución, o ideas delirantes bizarras, pueden estar presentes en el debut de la encefalopatía de Hashimoto.

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía de Hashimoto es una patología asociada a la enfermedad de Hashimoto y fue descrita por primera vez en 1966. Se cree que la encefalopatía de Hashimoto es un trastorno mediado inmunológicamente y no representa el efecto directo de un estado tiroideo alterado en el sistema nervioso central [1]. No se conoce su fisiopatología con exactitud. La mayor parte de la evidencia apunta a una vasculitis autoinmune u otro proceso inflamatorio, quizás asociado con el depósito de complejos inmunes y posiblemente la alteración de la microvasculatura cerebral. Como la mayoría de enfermedades autoinmunes, es más frecuente en mujeres con una relación de 4 a 1 [1]; además, puede ser concomitante a otras patologías autoinmunes hasta en un 30% [2]. Se ha visto que se presenta de manera independiente a la enfermedad de Hashimoto y que está ligada a un aumento de anticuerpos autoinmunes relacionados con la patología tiroidea más allá del anticuerpo antiperoxidasa tiroidea, por lo que algunos plantean un epónimo distinto: encefalopatía

sensible a los esteroides asociada con la tiroiditis autoinmune [3].

Su presentación clínica se caracteriza por síntomas neuropsiquiátricos de diferente intensidad que, en algunos casos, se describe que puede llegar al coma. Entre los síntomas neurológicos se incluye episodios similares a ictus, convulsiones, demencia, mioclonías, mielopatías compatibles con encefalopatías no específicas [3] y, entre los síntomas psiquiátricos, el más frecuente son las alteraciones sensorceptivas. También pueden estar presentes alteraciones del comportamiento y del pensamiento [4]. Es criterio fundamental encontrar al menos a un anticuerpo antitiroideo francamente elevado. La literatura señala que el anticuerpo antiperoxidasa tiroidea tendría que ser mayor de 200 micro unidades internacionales por mililitro (más de cinco veces el valor normal) e inclusive algunos autores colocan como umbral un punto de corte 500 micro unidades internacionales por mililitro [5]. El tratamiento de primera línea son los inmunomoduladores corticoides a dosis altas por tres a cinco días acompañado de fármacos que cumplen la función de control de las complicaciones de la enfermedad. La mayoría de los pacientes presenta una mejoría completa luego del manejo con corticoterapia [2]. A continuación se presenta el caso clínico de una paciente mujer que presentó encefalopatía de Hashimoto con un cuadro psicótico como debut.

Tabla 1. Exámenes paraclínicos.

Estudios de laboratorio	Valores
Hemoglobina	15 gr%
Hematocrito	43,4%
Plaquetas	311 x mm3
Leucocitos	6,9 x mm3
Neutrófilos abastionados	0%
Neutrófilos segmentados	73%
Eosinófilos	0%
Basófilos	0%
Linfocitos	18%
Monocitos	9%
Glucosa	99 mg/dl
Creatinina	0,65 mg/dl
Urea	27 mg/dl
Cloro	104 mmol/L
Potasio	3,5 mmol/L
Sodio	140 mmol/L
Proteína C reactiva	1,3 mg/L

gr%: gramos por ciento. mm3: mililitros cúbicos. mg/dl: miligramos por decilitro. mmol/L: milimol por litro. mg/L: miligramos por litro.

Fuente: elaborado por los autores a partir de los datos del estudio.

REPORTE DEL CASO

Para el reporte de este caso, se solicitó consentimiento informado y autorización institucional.

Mujer de 42 años de raza mestiza, conviviente, ama de casa, sin antecedentes familiares ni médicos relevantes. Cuatro meses previos a su ingreso presenta cefaleas constantes que remiten parcialmente con analgésicos de manejo ambulatorio. En septiembre del 2021, consulta de urgencia en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche con un cuadro súbito de confusión, agitación psicomotriz y alteraciones sensorceptivas (alucinaciones auditivas y visuales). Se le administra clonazepam y manitol al sospecharse un accidente vascular cerebral. Al no haber respuesta favorable, se decide su hospitalización.

**Tabla 2.** Bioquímica de líquido cefalorraquídeo.

Bioquímica de líquido cefalorraquídeo	Valores
Volumen	2 ml
Color	Incoloro
Aspecto	Transparente
Recuento celular	2 x mm <sup>3</sup>
Mononucleares	0/μL
Polimorfonucleares	100/μL
Leucocitos	0-1/μL
Hematíes	0-1/μL
Borde normal	90/μL
Borde crenado	10/ul
Gérmenes	Ausente
Glucosa	61 mg/dl
Pandy	Negativo
Proteínas	26,7 mg/dl
Cultivo	Negativo

μL: microlitros.

Fuente: elaborado por los autores a partir de los datos del estudio.

A la exploración física se encontró signos vitales en parámetros normales sin otras particularidades. La exploración mental muestra una paciente confusa, desorientada en tiempo y espacio y parcialmente en persona, con lenguaje y pensamiento incoherentes, presencia de delirios nihilistas (“mi hijo está muerto”, “mi mamá está muerta”, “me han quitado toda la sangre”), delirios de persecución (“la policía me está buscando”), delirios bizarros (“como me van a pegar la piel de ratón, me han raspado todo el cuerpo y me han puesto lana rubia, soy morena”, “mi cabeza está vacía, liviana, plana me han metido un montón de basura, vidrio me han puesto”), alucinaciones auditivas de tipo peyorativas, alucinaciones cenestésicas (“tengo excremento detrás de la cabeza, límpielo”), incontinencia afectiva, hipoprosexia, discalculia, juicio e introspección nula.

En la exploración neurológica se encontró anomia, sin alteración de pares craneales, y el resto de la exploración neurológica fue normal. Se solicitaron exámenes paraclínicos (Tabla 1) para

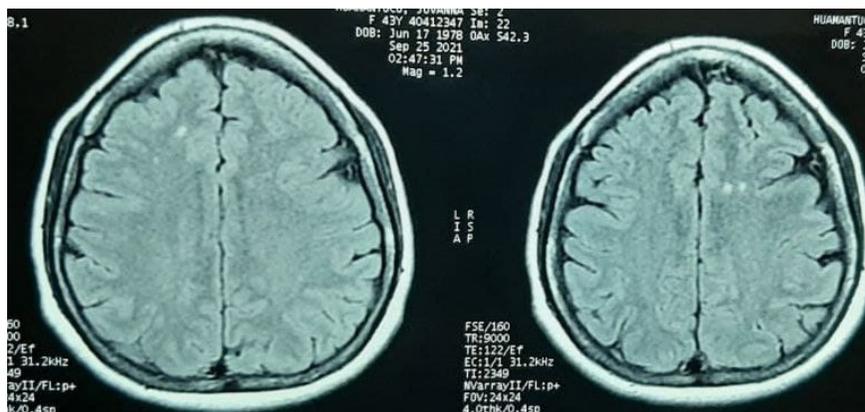
descartar infección o alteración hidroelectrolítica, los cuales dan resultados dentro de parámetros normales. Para descartar compromiso neurológico se realiza una punción lumbar cuyo resultado es un líquido cefalo-raquídeo normal (Tabla 2). El electroencefalograma no arroja particularidades y la tomografía axial computarizada muestra un encéfalo normal. La resonancia magnética de encéfalo muestra lesiones focales subcorticales bilaterales de aspecto desmielinizante inespecífico (Figura 1), por lo que se solicitan exámenes serológicos de inmunología y bioquímicos. Los marcadores tumorales resultaron negativos, la hormona estimuladora de la tiroides (TSH), la tiroxina (T4) y las tiroglobulinas fueron normales. El anticuerpo antiperoxidasa tiroidea presentó un nivel de más de 600 U/ml (Tabla 3). Con estos hallazgos se sustentó el diagnóstico de encefalopatía de Hashimoto a pesar de que la paciente se encontró clínica y laboratorialmente eutiroida.

Se decide inicio terapéutico con prednisona 50 mg/día por siete días seguidamente metilprednisolona 1 gr/día por tres días. Durante la hospitalización se observó la remisión de sintomatología neuropsiquiátrica, motivo por el que se indica alta médica de la paciente con seguimientos por vía ambulatoria a los cuales no acudió.

## DISCUSIÓN

La encefalopatía de Hashimoto es una entidad clínica que denota múltiples manifestaciones neuropsiquiátricas y representa a su vez un desafío para el diagnóstico y tratamiento. La edad de presentación del presente caso es similar a lo reportado a una revisión sistemática que analizó 46 casos de encefalopatía de Hashimoto encontrando un rango de edad de presentación a los 50 años [6]. La presentación clínica, de inicio agudo, y de debut con una riqueza de manifestaciones psiquiátricas atípicas importantes (delirio nihilista, delirio de persecución, delirio bizarro), asociado a anomia, no es muy frecuente en la literatura reportada [7,8]. Se describen reportes, como los de Chang, Jan Shun y colaboradores, quienes reportan tres casos en los cuales

**Figura 1.** Resonancia magnética de encéfalo, corte axial, con lesiones focales subcorticales bilaterales de aspecto desmielinizante inespecífico.



Fuente: elaborado por los autores a partir de datos del estudio.

**Tabla 3.** Exámenes inmunológicos.

Exámenes inmunológicos	Valores
Procalcitonina	0,04 ng/ml
Deshidrogenasa lactica	210 µI/L
Complemento C3	133 mg/dl
Complemento C4	29 mg/dl
Anticuerpos antiperoxidasa tiroidea	> 600 U/ml
Ca125	21,95 U/ml
Ca 15-3	7,35 U/ml
Ca 19-9	10,21 U/ml
Ca 72-4	0,79 U/ml
Antígeno carcinoembrionario	3,55 U/ml
Tiroxina	0,86 U/ml
Hormona estimulante de tiroides	4,52 U/ml
Vitamina B12	303,6 U/ml
Paratohormona	37,9 U/ml

U/ml: unidades internacionales por mililitro. mg/dl: miligramos por decilitro. µI/L: microlitros por litro. ng/ml: nanogramos por mililitro.  
Fuente: elaborador por los autores a partir de los datos del estudio.

hay predominio de alucinaciones visuales y auditivas y destacan en uno de ellos delirios de persecución, asociándose a estos alteraciones francas del perfil tiroideo y manifestaciones clínicas subsecuentes evidentes [9]. Así mismo, Amamou y colaboradores reportan un caso de un paciente de 39 años de sexo masculino, quien presentó delirio hipocondriaco y síntomas depresivos [8]. Churilov y colaboradores reportaron 17 casos de encefalopatía de Hashimoto en pacientes con esquizofrenia, en quienes se identificó fobias y trastornos de sueño hasta en un 52% y alucinaciones en un 18% de la serie de casos estudiados [7]. Reportes de caso con características demográficas similares destacan los antecedentes de patologías tiroideas previas o psiquiátricas asociadas a esta entidad [10,11]. Nuestro reporte destaca el inicio de la encefalopatía sin antecedentes previos.

Un nivel elevado de anticuerpos antitiroglobulina, además de estudios de líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma y estudios de imagen sin alteraciones significativas, son criterios que corroboran nuestra sospecha clínica [7]. Finalmente se aplicó las pautas de tratamiento recomendado [2,10] obteniendo una mejoría clínica de la paciente.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que no disponemos de un seguimiento a largo plazo del caso presentado y falta de exclusión con otras patologías autoinmunes.

Resaltamos la importancia de realizar una evaluación integral a los pacientes con sintomatología psiquiátrica atípica y ahondar en el diagnóstico de exclusión.

## CONCLUSIONES

Se recomienda una especial atención a psicosis de inicios súbitos, sin patología mental premórbida. También se resalta la importancia de realizar una historia clínica detallada que nos brindará información valiosa sobre el origen de la psicosis, ya

que la etiología orgánica debe de estar siempre presente en un diagnóstico diferencial de patología psiquiátrica, y de esta manera poder llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

## Notas

### Autoría

ADOA, HSR realizaron la conceptualización, análisis de la literatura, redacción, revisión, edición, aprobación final de la versión que se publicará y compromiso de ser responsable de todos los aspectos del reporte.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

### Financiamiento

Autofinanciado.

### Aspectos éticos

Se realizó firma de consentimiento informado y contó con autorización institucional.

### Declaración de acceso a datos

Los autores declaran disponibilidad de entrega de datos a solicitud.

### Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión externa por dos pares revisores a doble ciego.

### Idioma del envío

Español.

## Referencias

1. Encefalopatía de Hashimoto - UpToDate [Internet]. 2021. [https://www.uptodate.com/contents/hashimoto-encephalopathy?search=encefalopatia de hashimoto&source=search\\_result&selectedTitle=1~11&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H6](https://www.uptodate.com/contents/hashimoto-encephalopathy?search=encefalopatia%20de%20hashimoto&source=search_result&selectedTitle=1~11&usage_type=default&display_rank=1#H6)
2. Pinedo-Torres I, Paz-Ibarra JL. Conocimientos actuales en encefalopatía de Hashimoto: revisión de la literatura. *Medwave*. 2018;18. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.06.7298>
3. Ferracci F, Bertiato G, Moretto G. Hashimoto's encephalopathy: Epidemiologic data and pathogenetic considerations. *Journal of the Neurological Sciences*. 2004;217(2):165–8. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2003.09.007>
4. Boelen R, de Vries T. Clinical characteristics of paediatric Hashimoto's encephalopathy. *Eur J Paediatr Neurol*. 2021;32: 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2021.04.006>
5. Laycock K, Chaudhuri A, Fuller C, Khatami Z, Nkonge F, Stojanovic N. A novel assessment and treatment approach to patients with Hashimoto's encephalopathy. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep*. 2018;2018. <https://doi.org/10.1530/EDM-17-0117>
6. Menon V, Subramanian K, Thamizh JS. Psychiatric Presentations Heralding Hashimoto's Encephalopathy: A Systematic Review and Analysis of Cases Reported in Literature. *J Neurosci Rural*

- Pract. 2017;8: 261–267. [https://doi.org/10.4103/jnpr.jnpr\\_440\\_16](https://doi.org/10.4103/jnpr.jnpr_440_16)
7. Churilov LP, Sobolevskaia PA, StroeV YI. Thyroid gland and brain: Enigma of Hashimoto's encephalopathy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2019;33: 101364. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2019.101364>
  8. Amamou B, Ben Saida I, Ben Haouala A, Mhalla A, Zaafrane F, Gaha L. Hashimoto's Encephalopathy Revealed by Hypochondriacal Delusion: A Case Report Involving A Male Patient. *Am J Mens Health.* 2020;14: 1557988320955080. <https://doi.org/10.1177/1557988320955080>
  9. Chang JS, Chang TC. Hashimoto's encephalopathy: report of three cases. *J Formos Med Assoc.* 2014;113: 862–6. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2011.05.012>
  10. Wilcox RA, To T, Koukourou A, Frasca J. Hashimoto's encephalopathy masquerading as acute psychosis. *J Clin Neurosci.* 2008;15: 1301–4. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2006.10.019>
  11. Arrojo M, Perez-Rodriguez MM, Mota M, Moreira R, Azevedo A, Oliveira A, et al. Psychiatric presentation of Hashimoto's encephalopathy. *Psychosom Med.* 2007;69: 200–1. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31803174c0>

# Debut with psychotic symptoms of Hashimoto encephalopathy: A case report

## Abstract

Hashimoto's encephalopathy is a rare disease, first reported in 1966, with a prevalence of 2.1 in 1000 inhabitants. We present the case of a 42-year-old woman, with no relevant medical history, who suddenly started having symptoms of altered consciousness, visual hallucinations and delusions. Laboratory tests showed anti-thyroperoxidase antibodies greater than 600 U/ml, thyroxin 0.93 U/ml, and thyroid stimulating hormone 1.60 U/ml. Magnetic resonance imaging showed bilateral subcortical focal lesions with a nonspecific demyelinating appearance. The electroencephalogram was nonspecific. The diagnosis of Hashimoto encephalopathy was made, and symptoms remitted after treatment with steroids. This article highlights the importance of conducting a comprehensive evaluation of patients with atypical psychiatric symptoms and a thorough differential diagnosis.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.