

## NOTA CLÍNICA: Enfermedad de Marchiafava-Bignami en un paciente con esquizofrenia y trastorno por uso de alcohol

Julia Buesa-Lorenzo<sup>1</sup>

Luis M. Rojo-Bofill<sup>1</sup>

Javier Plumed-Domingo<sup>1,2</sup>

Teresa Rubio-Granero<sup>1</sup>

Luis Rojo-Moreno<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>2</sup>Universidad de Valencia, Valencia, España

**Autor para correspondencia:**

Dra. Julia Buesa Lorenzo.

ORCID: 0000-0001-7977-1702

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Avenida Fernando Abril Martorell 106, 46026 Valencia, España.

E-mail: buesa\_jul@gva.es

## RESUMEN

**Introducción.** Los trastornos por abuso de sustancias son la comorbilidad más frecuente en la esquizofrenia, siendo el alcohol, concretamente, la sustancia más frecuentemente consumida tras el tabaco. Los pacientes con esquizofrenia que presentan esta comorbilidad presentan una peor evolución clínica y pueden desarrollar graves complicaciones neuropsiquiátricas. Una de ellas, la enfermedad de Marchiafava-Bignami (EMB), puede ser erróneamente diagnosticada como una descompensación del trastorno mental, conllevando graves consecuencias.

**Método.** Se presenta el caso de un varón de 51 años, diagnosticado de esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol. Experimentó síntomas neuropsiquiátricos agudos por los que se sospechó una descompensación de su esquizofrenia. Dada la presentación clínica atípica y sus antecedentes médicos, se sospechó una patología orgánica y se realizó una prueba de imagen cerebral en la que se diagnosticó una EMB.

**Conclusiones.** La EMB es una entidad clínica infrecuente que debe formar parte del diagnóstico diferencial en pacientes con trastorno por consumo de alcohol que experimenten síntomas neuropsiquiátricos atípicos.

**Palabras clave.** Enfermedad de Marchiafava-Bignami, esquizofrenia, trastorno dual, trastorno por consumo de alcohol.

*Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(5):228-31 | ISSN: 1578-2735

## CLINICAL NOTE: Marchiafava-Bignami disease in a patient with schizophrenia and alcohol use disorder

### ABSTRACT

**Introduction.** Substance-related disorders are the most frequent comorbidity in schizophrenia. Concretely, alcohol is the most commonly consumed substance after tobacco. Patients with schizophrenia with this comorbidity have a worse clinical course and can develop serious neuropsychiatric complications. One of them, Marchiafava-Bignami disease (MBD) can be incorrectly diagnosed as a decompensation of their mental disorder.

**Methods.** A case of a 51-year-old man, diagnosed with schizophrenia and alcohol use disorder is presented. He experienced acute neuropsychiatric symptoms for which schizophrenia decompensation was suspected. Based on his atypical symptoms and medical history, a brain imaging test was performed and MBD was diagnosed.

**Conclusions.** MBD is an infrequent clinical entity that should be part of differential diagnosis in patients with alcohol abuse disorder experiencing atypical neuropsychiatric symptoms.

**Keywords.** Marchiafava-Bignami disease, schizophrenia, dual disorder, alcohol use disorders.

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son una de las comorbilidades más frecuentes de la esquizofrenia<sup>1</sup>. El alcohol es la segunda sustancia más consumida tras el tabaco, siendo este consumo hasta tres veces más prevalente que en la población general<sup>2</sup>. Esta comorbilidad está asociada a un peor pronóstico, mayor clínica alucinatoria y delirante así como a un mayor número de reingresos y una mayor tasa de discapacidad y suicidios<sup>1,2</sup>. Asimismo, está vinculada a la aparición de otras enfermedades orgánicas, siendo algunas infrecuentes pero extremadamente graves como la enfermedad de Marchiafava-Bignami (EMB)<sup>3</sup>.

La EMB es una encefalopatía caracterizada por la degeneración del cuerpo calloso que se relaciona fundamentalmente con el consumo crónico de alcohol y la malnutrición<sup>3</sup>. Hasta la fecha, son pocos los casos descritos en la literatura, siendo en ocasiones la muerte su desenlace<sup>4</sup>. Sus manifestaciones incluyen síntomas neurológicos y psiquiátricos (por ejemplo, confusión, *delirium*, alteraciones sensorio-perceptivas, disminución de conciencia, deterioro de la memoria o desorientación), que aparecen en hasta en un 80 % de los pacientes<sup>5</sup>. La sospecha clínica es esencial, ya que condu-

ce a su diagnóstico definitivo mediante pruebas de imagen. Además, su presentación clínica puede ser interpretada de forma incorrecta como parte de otra enfermedad neuropsiquiátrica, y, en el caso de pacientes con trastorno mental, puede llevar al profesional a errores diagnósticos<sup>6,7</sup>. Pese a lo descrito, según nuestro conocimiento, no hay datos en la literatura sobre la presentación comórbida de la EMB con otros trastornos psiquiátricos diferentes al trastorno por abuso de alcohol.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente con esquizofrenia y síntomas neuropsiquiátricos agudos. Se procedió a revisar la historia clínica relativa a este episodio agudo, su historia clínica previa y su evolución durante los nueve meses posteriores de seguimiento. Finalmente, se discutieron las conclusiones fundamentales del caso en función de la literatura existente.

Se trata de un varón de 51 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide a la edad aproximada de 25 años, que acudió a urgencias hospitalarias. En la última década, su adherencia a las consultas de salud mental había sido escasa, manteniendo síntomas psicóticos positivos de forma crónica y fluctuante. En el pasado, había recibido tratamiento con palmitato de pipotiazina y, posteriormente, instaurado seis años antes del episodio actual, con decanoato de flufenazina y olanzapina. Se había intentado realizar un cambio a paliperidona, pero el empeoramiento clínico llevó a reinstaurar al tratamiento previo con decanoato de flufenazina. No obstante, en los tres últimos años, no había cumplimentado ningún tipo de tratamiento antipsicótico hasta los seis meses previos al episodio actual, momento en el que contactó con salud mental de nuevo y se reintrodujo el tratamiento con decanoato de flufenazina y olanzapina.

Respecto a su situación sociofuncional, el paciente se mantenía desempleado durante más de una década, vivía solo y era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En lo relativo a su historial de consumo de sustancias, era un gran fumador de tabaco y había sido valorado en una Unidad de Conductas Adictivas años atrás por problemas de abuso de alcohol, sin que llegase a mantener seguimiento. El consumo enólico había empeorado durante los años posteriores y existieron varias intoxicaciones agudas observadas en las visitas a su psiquiatra. En ese momento fue diagnosticado de una esteatosis hepática. En los últimos tres años había presentado diversos accidentes relacionados con el consumo de alcohol, que en ese momento era de aproximadamente 30 Unidades de Bebida Estándar (UBE) por día, a expensas, fundamentalmente, de vino. No obstante, no había recibido ningún

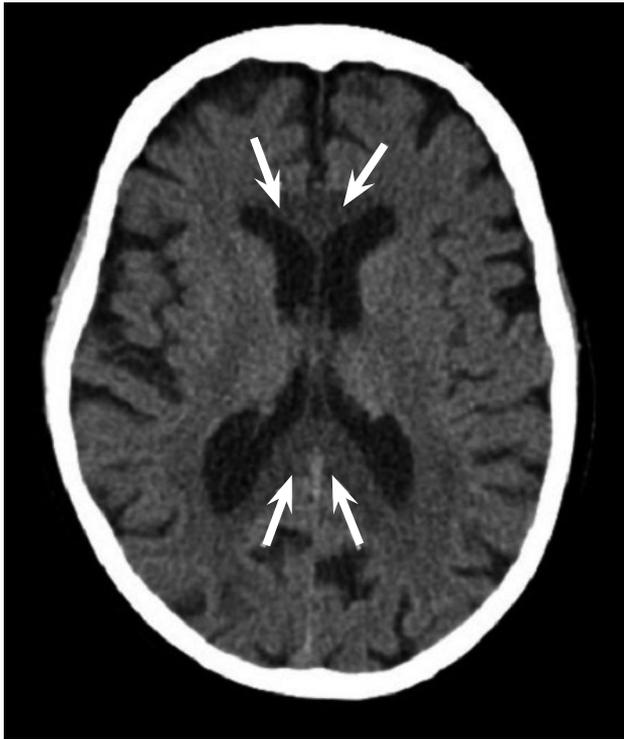
tratamiento específico para la dependencia alcohólica, más allá de una prescripción puntual de nalmefeno que no llegó a cumplimentar.

El paciente acudió a urgencias acompañado por su padre, quien sospechaba una descompensación de su esquizofrenia. Refería que no se le había administrado la última dosis de antipsicótico inyectable de liberación prolongada. El paciente fue valorado por el Servicio de Medicina de Urgencias que, en línea con esta sospecha, contactó con el Servicio de Psiquiatría. Su padre, que no había visto a su hijo en el último mes, refería que su discurso se había tornado incoherente y que existía un empeoramiento llamativo de su estado general, con debilidad, anorexia y pérdida de peso. Respecto a la valoración neuropsiquiátrica, se evidenció un deterioro de su higiene, se encontraba parcialmente orientado, con dificultades para mantener la atención y obedecer órdenes simples y una bradicinesia generalizada. Su discurso era parco, incoherente y desorganizado y, aunque no era posible excluir la presencia de delirios o alucinaciones, no se objetivaron como síntomas principales en ese momento. La exploración neurológica reveló un temblor de acción leve en la mano izquierda y la abolición de reflejos aquileos, sin otros hallazgos patológicos. La analítica sanguínea determinó unos niveles de 0,34 g/L de etanol en sangre, una hipertransaminasemia y un déficit de ácido fólico. El TAC cerebral reveló una hipodensidad homogénea del cuerpo calloso (Figura 1), por lo que se decidió su ingreso a cargo del Servicio de Neurología.

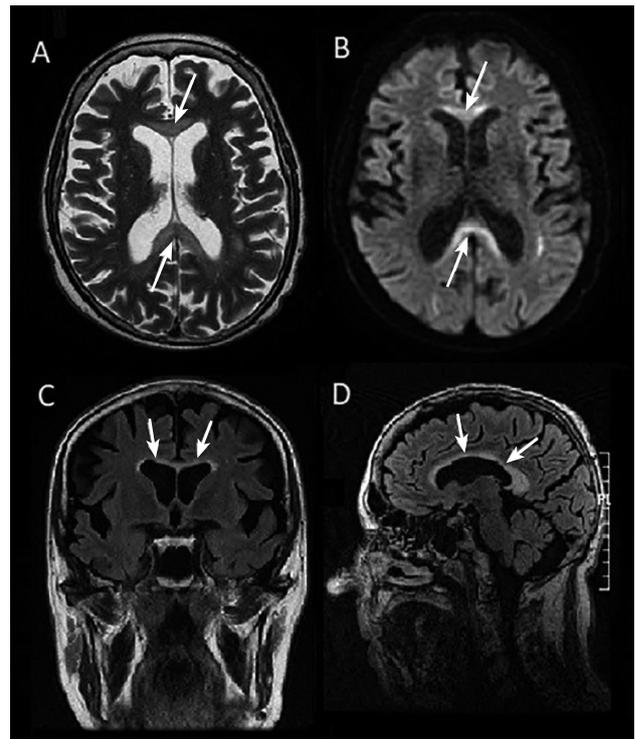
Durante este ingreso, se realizó una RMN cerebral con contraste que detectó una desmielinización osmótica del cuerpo calloso, compatible con la EMB (Figura 2). Se inició tratamiento con suplementos vitamínicos y proteicos, con una mejora leve de los síntomas y se procedió al alta. En los meses posteriores, se ha mantenido el tratamiento nutricional y el tratamiento con decanoato de flufenazina, que no fue modificado. Pese a que el consumo de alcohol se ha reducido, no se ha logrado una abstinencia completa. Asimismo, la autonomía y la funcionalidad del paciente permanecen todavía afectadas, manteniéndose una necesidad importante de supervisión y cuidado externo.

### DISCUSIÓN

Los pacientes con trastorno dual generalmente sufren una peor evolución clínica y social de su enfermedad. Concretamente, en el caso de la esquizofrenia, el frecuente abuso comórbido de alcohol implica que se potencien las consecuencias adversas de ambas entidades<sup>1,2</sup>. El deterioro cognitivo y funcional de la esquizofrenia se ve incrementado por el consumo agudo o mantenido de alcohol. Además, esta comorbilidad ocasiona un peor funcionamiento social y un menor autocuidado, que pueden facilitar la aparición



**Figura 1** Tomografía computarizada del paciente que muestra una hipodensidad homogénea en el cuerpo calloso compatible con enfermedad de Marchiafava-Bignami



**Figura 2** Resonancia magnética del paciente que muestra signos de desmielinización osmótica en la zona del cuerpo calloso compatible con enfermedad de Marchiafava-Bignami. A) Axial Fast Spin Echo T2 (FSE T2); B) Axial diffusion-weighted imaging 1000b (DWI-100b); C) Coronal fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR); D) FLAIR en plano sagital

de consecuencias graves como la enfermedad de Wernicke-Korsakoff o la infrecuente EMB<sup>4</sup>.

Estos cuadros neurológicos se caracterizan por síntomas que pueden ser interpretados incorrectamente como una descompensación psicótica aguda<sup>7,8</sup>. En el caso de la EMB, aunque la presencia de clínica psicótica es infrecuente<sup>6</sup>, los ocasionales síntomas delirantes y perceptivos pueden ser incorrectamente orientados con graves consecuencias<sup>5</sup>. Por todo ello, un conocimiento más profundo de estas enfermedades es crucial para evitar los errores diagnósticos. Específicamente, las alteraciones de la memoria, la confusión y la desorientación, así como los signos neurológicos e inflamatorios, deben hacer sospechar la existencia de una enfermedad orgánica y, en su caso, se deben realizar pruebas de diagnóstico por imagen<sup>9</sup>.

Finalmente, este caso ejemplifica la importancia de la intervención precoz en la prevención del consumo de sustancias y la promoción de hábitos nutricionales saludables en pacientes con esquizofrenia, fomentando planes específicos de abordaje de trastornos duales que, todavía hoy, siguen siendo infrecuentes y heterogéneos<sup>2</sup>.

## CONCLUSIÓN

En línea con la literatura existente, este caso apoya la importancia de un abordaje integral de los pacientes con un trastorno dual. Específicamente, la EMB es una entidad clínica infrecuente pero grave, que debe formar parte del diagnóstico diferencial en pacientes con trastorno por consumo de alcohol que presenten síntomas neuropsiquiátricos atípicos. Esto es particularmente relevante en pacientes con otros trastornos psiquiátricos comórbidos en los que los síntomas pueden interpretarse erróneamente como una descompensación psiquiátrica.

**Declaración de financiación.** Los autores no recibieron ningún apoyo financiero ni beneficios de fuentes comerciales por el trabajo realizado.

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Leposavić L, Dimitrijević D, Dordević S, Leposavić I, Balkoski GN. Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatr Danub*. 2015;27(1):84–9.
2. Szerman N, Parro-Torres C, Didia-Attas J, El-Guebaly N. Dual Disorders: Addiction and Other Mental Disorders. Integrating Mental Health. In: *Advances in Psychiatry*. Springer; 2019. p. 109–27.
3. Navarro JF, Noriega S. Enfermedad de Marchiafava-Bignami. *Rev Neurol*. 1999;28(5):519–23.
4. Carrilho PEM, Santos MBM dos, Piasecki L, Jorge AC. Marchiafava-Bignami disease: a rare entity with a poor outcome. *Rev Bras Ter intensiva*. 2013;25(1):68–72.
5. Hillbom M, Saloheimo P, Fujioka S, Wszolek ZK, Juvela S, Leone MA. Diagnosis and management of Marchiafava-Bignami disease: a review of CT/MRI confirmed cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(2):168–73.
6. Hui PS, Jacob R, Mellor RC, Kathirvel N. A rare case of sub-acute form of Marchiafava-Bignami disease presenting predominantly with psychotic symptoms. *Muhammad N Mohamad Alwi Lett Ed*. 2015;265:245.
7. Naaz A, Rizvi A, Usmani MA. Marchiafava-bignami disease presenting as acute psychosis. *Indian J Psychol Med*. 2018;40(5):494.
8. Augusto L, Figueiredo R, Costa H, Reis C, Silva ML. Marchiafava-Bignami disease as a cause of visual hallucinations. *Brazilian J Psychiatry*. 2015;37(1):82.
9. Dong X, Bai C, Nao J. Clinical and radiological features of Marchiafava-Bignami disease. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(5).