

A través del espejo:

Aproximación diagnóstica y
manejo de un caso
neuropsiquiátrico en atención
primaria



Autora: Elena Bonet Martínez, R1
Tutora: María del Mar Hernández/ Laura González
CS San Blas

Índice



- 01 Caso clínico
- 02 Caracterización del caso
- 03 Aproximación diagnóstica
- 04 Diagnóstico diferencial
- 05 Manejo y seguimiento
- 06 Discusión y conclusiones

01 Caso Clínico – Primera consulta



- **Niña, 12 años** sin antecedentes personales o familiares de interés
- Consulta por:
 - **Fiebre de hasta 40°C**
 - **Dolor de garganta y cefalea** de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante
- EF: Compatible con **faringoamigdalitis aguda**
- **Test estreptococo A: POSITIVO.**
- Plan: **Fenoximetilpenicilina 500 mg/12h 10 días**

01 Caso Clínico- Segunda consulta

Motivo de consulta

Contexto	Acude madre sin la paciente 6 días después Tras primera toma de penicilina (≈ 8 h después)
Episodio	Crisis de agitación + pensamiento repetitivo centrado en el contraste de tamaños
Contenido del pensamiento	<i>“Lo pequeño del gotelé vs. lo grande de la pared”</i> Metamorfopsia –micropsia/macropsia
Durante la crisis	Elevada ansiedad/agitación · Perseveración y Rumiación · Insomnio

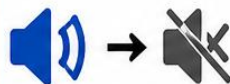
01 Caso Clínico- Segunda consulta

Evolución	Episodios repetidos durante 5 noches
Conciencia	Insight conservado
Mejoría	Inicio de mejoría desde el 6.º día de antibioterapia ; evolución favorable en los últimos días
Situación actual	Persiste miedo y ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de que los episodios se repitan
Plan	Cita presencial con la paciente

01 Caso Clínico- Tercera consulta

Hipersensibilidad a contrastes sensoriales abruptos

RUIDO → SILENCIO



MOVIMIENTO → PARADA



- **EF y Neurológica** : sin hallazgos patológicos
- **Test de antígeno para estreptococo: negativo** en la reevaluación

Se revisa la historia clínica- **Episodio similar en 2023:**

- Coincidió con **faringoamigdalitis aguda (FAA) estreptocócica**
- Tratamiento con **penicilina**. Sintomatología de **menor intensidad**

02 Caracterización del caso

Fenómeno perceptivo de
inicio brusco



Infección
estreptocócica

Alteración perceptiva

- Micropsia. Macropsia.
- Alteración de distancia/escala.

Fenómeno cognitivo

- Idea intrusiva.
- Perseveración.
- Rumiación.
- Obsesión/Ansiedad.

03 Aproximación diagnóstica

Neurológico

- Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas
- Migraña
- Epilepsia focal
- Lesión estructural

Psiquiátrico

- TOC
- Trastorno de ansiedad

Infeccioso/ inmunológico

- PANDAS
- PANS
- Corea de Sydenham
- Encefalitis autoinmune

Iatrogénico/ tóxico

03 Pruebas complementarias

- Bioquímica básica, hemograma y reactantes de fase aguda: sin alteraciones.

- ASLO 330 UI/mL** ± anti-DNasa B

- Serología:

Citomegalovirus IgM e IgG

Negativo

Epstein Barr IgG

Negativo

Epstein Barr IgM

*** Dudoso**

VIH 1+2 Ag/Ac

Negativo

Toxoplasma gondii IgM e IgG

Negativo

- A futuro EEG / RM según características clínicas y evolución

04 Diagnóstico diferencial - PANDAS

Infección por GAS (estreptococo grupo A)



Respuesta inmune → anticuerpos anti-estreptococo



MIMETISMO MOLECULAR

Base molecular: anticuerpos anti-D1R (receptor dopaminérgico D1) elevados en PANDAS/PANS



Autoanticuerpos atacan ganglios basales
→ **disfunción del circuito córtico-estriado-tálamo-cortical**



Síntomas neuropsiquiátricos AGUDOS:
obsesiones, ansiedad, alteraciones perceptuales, insomnio



PANDAS

Acrónimo	Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections
Descrito	Swedo et al., 1998
Desencadenante	GAS obligatorio
Síntoma cardinal	TOC y/o tics + temporalidad con GAS
Inicio	Explosivo <48h
Curso	Episódico, recidivante
Edad	3 años–prepuberal

PANS

Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome

Chang et al., 2012

GAS u otros (Mycoplasma, virus, otros) o no infeccioso

TOC o
restricción alimentaria grave

Explosivo <72h

Episódico, recidivante

No requiere prepuber

04 Criterios diagnósticos PANDAS

01 TOC / TICS

Trastorno obsesivo-compulsivo y/o tics



02 · EDAD

Inicio prepuberal 3 años – pubertad

03 · INICIO

Brusco y dramático o curso episódico

04 · ESTREPTOCOCO

Relación temporal con infección por *Streptococcus pyogenes*

05 · NEUROLÓGICO

Alteraciones neurológicas durante la exacerbación

Grandinetti, R., Mussi, N., Pilloni, S., Ramundo, G., Miniaci, A., Turco, E., Piccolo, B., Capra, M. E., Forestiero, R., Laudisio, S., Boscarino, G., Pedretti, L., Menoni, M., Pellino, G., Tagliani, S., Bergomi, A., Antodaro, F., Cantù, M. C., Bersini, M. T., Mari, S., ... Esposito, S. (2024). Pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome and pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections: a delphi study and consensus document about definition, diagnostic criteria, treatment and follow-up. *Frontiers in immunology*, 15, 1420663.
<https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1420663>



Otros diagnósticos diferenciales

Corea de Sydenham

-Complicación de **fiebre reumática postestreptocócica**

-Ac-antiD2R

-Movimientos coreicos involuntarios irregulares, “**saltatorios**”, hipotonía, alteraciones de la coordinación y posibles manifestaciones neuropsiquiátricas

Encefalitis autoinmune anti-NMDAR

-Anticuerpos contra la subunidad **GluN1 del receptor NMDA**

-Inicio neuropsiquiátrico con evolución hacia **crisis epilépticas, alteración de consciencia, trastornos del movimiento y disautonomía**

-Asociación con **teratoma ovárico**

Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas

Síndrome neurológico caracterizado por **distorsión de la percepción del tamaño, forma, color o posición de objetos (metamorfopsia) y/o del propio cuerpo (somatognosia)**, sin alteración de la agudeza visual ni del nivel de consciencia.

- Somestésicos**: delirio y alucinaciones, **agitación y miedo**, alteración en la percepción del transcurso del tiempo, desrealización, despersonalización y dualidad somatopsíquica
 - **Auditivos**: alucinaciones auditivas, **hiperacusia y fonofobia**.
 - **Olfativos**: alucinaciones olfativas.

Dismetropsia:
Micropsia/Macropsia

Teleopsia/Pelopsia

Alteraciones
temporales

Alteraciones
corporales

Palinopsia



04 SAPM

Etiología a valorar	
Migraña	Principal asociación en adultos; puede ser aura, equivalente migrañoso o aparecer en migraña vestibular.
Infecciosa	Predomina en niños, VEB , influenza/H1N1, citomegalovirus, SARS-CoV-2, fiebre tifoidea y malaria.
Epilepsia focal	Temporo-occipital o temporoparietal
Lesión cerebral estructural	Tumor, accidente cerebrovascular, malformación vascular, trombosis venosa cerebral, TCE...
Fármacos	Topiramato, Metilfenidato, Sertralina, Montelukast y Aripiprazol
Sin causa identificable	Frecuente: en una serie pediátrica de 48 casos, no se identificó desencadenante en 52%; infección se atribuyó en 33%, migraña en 6% y traumatismo en 6%.



04 Pruebas complementarias

Se repite serología al mes para valorar seroconversión

Epstein Barr IgG (VCA) (CLIA)

Negativo

Epstein Barr IgM (VCA) (CLIA)

Negativo

Diagnóstico diferencial	Argumentos a favor	Argumentos en contra
SAPM	Distorsión de tamaño, episodios, insight, edad, resolución	Falta confirmar auténtica metamorfopsia, no desencadenante
Migraña/SAPM migrañoso	Edad, AIWS, cefalea asociada posible	No antecedentes claros de migraña, ni repetición con cefalea
PANDAS	Edad, estreptococo, inicio brusco, recurrencia	No TOC ni tics
PANS	Ansiedad + síntomas sensoriales + sueño	No TOC ni restricción alimentaria
Epilepsia focal	Fenómeno paroxístico perceptivo	Sin pérdida de conciencia/automatismos
Toxicidad por penicilina	Inicio tras primera dosis + reexposición	Fenotipo atípico para toxicidad
TOC	Perseveración + ansiedad	No compulsiones/obsesiones típicas
Ansiedad/disociación	Agobio, ansiedad, desrealización posible	No explica bien la alteración perceptiva, muy agudo
Encefalitis/lesión estructural	Diagnóstico a excluir	Clínica y evolución poco compatibles

	SAPM	PANDAS
Qué es	Síndrome perceptivo	Síndrome neuropsiquiátrico
Síntoma nuclear	Metamorfopsias / alteración del esquema corporal	TOC y/o tics
Micropsia/macropsia	Característica	No característica
Ansiedad	Puede aparecer	Frecuente
Estreptococo	No descrito como desencadenante habitual	Elemento definitorio
EBV	Asociación importante en niños	No descrito
EEG/RM	Según clínica	No diagnostican PANDAS
Biomarcador específico	No	No

‘El caso del SAPM que se presenta es único hasta los ahora descritos como pródrómo de amigdalitis estreptocócica’

Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas como pródrómo de faringoamigdalitis estreptocócica

Sonia Liébana

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Boadilla del Monte, Madrid, España.

Correspondencia: Prof. Sonia Liébana. Facultad de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Campus de Montepíncipe, edificio MED. Urb. Montepíncipe. E-28668 Boadilla del Monte (Madrid).

E-mail: sliebana@ceu.es

Aceptado tras revisión externa: 27.01.16.

Cómo citar este artículo: Liébana S. Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas como pródrómo de faringoamigdalitis estreptocócica. Rev Neurol 2016; 62: 284-6.

© 2016 Revista de Neurología

9,15,17,23] como las más prevalentes, seguidas por la epiléptica [3,9,24], la intoxicación por cannabis [3] y LSD [12], la reacción adversa al topiramato [8], al montelukast [6], a las benzodiazepinas [3] y al dextrometorfano [3], el cavernoma temporoparietal [13], el traumatismo craneoencefálico [9], el síndrome delirante confusional [11] y la idiopática [9]. La etiopatogenia infecciosa se ha relacionado con los virus de Epstein-Barr [3,5,7,10,19], *Coxsackie* [3,20], citomegalovirus [3], varicela zóster [3,22] e *influenza* H1N1 [18,21], y con la neuroborreliosis [16].

Se presenta un caso de SAPM como pródrómo de faringoamigdalitis estreptocócica.

Niña caucásica sana, de 5 años y 7 meses, con antecedentes personales de cefalea por estímulo frío, y familiares de migraña con y sin aura visual (tía y abuela maternas, respectivamente)

Liébana S. Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas como pródrómo de faringoamigdalitis estreptocócica [Alice in Wonderland syndrome as a prodrome of streptococcal tonsillopharyngitis]. Rev Neurol. 2016;62(6):284-286.

05 Seguimiento

1.Tratar infección aguda cuando exista

2.Reducir sufrimiento y recuperar función: higiene del sueño, estrategias de regulación, derivación a psicología/TCC si ansiedad anticipatoria persiste.

3.Seguimiento estructurado:

-A las **2–4 semanas** confirmar resolución

-Controles cada **6–12 meses** o según necesidad, con educación familiar sobre signos de alarma

¿Por qué hacer seguimiento?

En la serie pediátrica de neuro-oftalmología (Pediatric Neurology 2014),

- 40%** continuaba con síntomas en el seguimiento.
- 20%** presentó episodios adicionales que posteriormente remitieron.
- 27%** desarrolló **migraña**.
- 7%** presentó **crisis epilépticas**.

Liu AM, Liu JG, Liu GW, Liu GT. "Alice in Wonderland" syndrome: presenting and follow-up characteristics. Pediatr Neurol. 2014;51(3):317-320. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2014.04.007.

05 Posibilidad de profilaxis

Si se acepta PANDAS/PANS:

- **≥3 exacerbaciones** en 6–12 meses o exacerbaciones **muy incapacitantes**
- **Vinculación consistente a GAS** (test/cultivo positivo o evidencia fuerte de reinfección)
- Se han optimizado medidas no farmacológicas (detección precoz + tratamiento correcto de episodios) y aun así hay recurrencias
- Riesgo/beneficio aceptable y buen plan de adherencia/monitorización (por el impacto en resistencia y efectos adversos)

Grandinetti, R., Mussi, N., Piloni, S., Ramundo, G., Miniaci, A., Turco, E., Piccolo, B., Capra, M. E., Forestiero, R., Laudisio, S., Boscarino, G., Pedretti, L., Menoni, M., Pellino, G., Tagliani, S., Bergomi, A., Antodaro, F., Cantù, M. C., Bersini, M. T., Mari, S., ... Esposito, S. (2024). Pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome and pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections: a delphi study and consensus document about definition, diagnostic criteria, treatment and follow-up. *Frontiers in immunology*, 15, 1420663.

Esquema posible:

Penicilina benzatina IM mensual: 600.000 UI cada mes (o 1.200.000 UI si >27 kg) .

Mantenerla al menos 1–2 años después de la remisión completa

06 Discusión y conclusiones

¿Qué estamos viendo realmente en esta paciente?

→ ¿Un fenómeno perceptivo, un fenómeno obsesivo o una combinación de ambos?

¿La presencia de estreptococo determina el diagnóstico?

→ ¿Cuándo una infección estreptocócica es un dato contextual y cuándo constituye realmente un elemento causal?

¿Cumple realmente los criterios clínicos de PANDAS?

¿Hasta dónde debemos llegar en el estudio etiológico?

→ ¿Qué pruebas necesitamos para descartar causas relevantes y cuándo debemos dejar de buscar una explicación?



06 Discusión y conclusiones

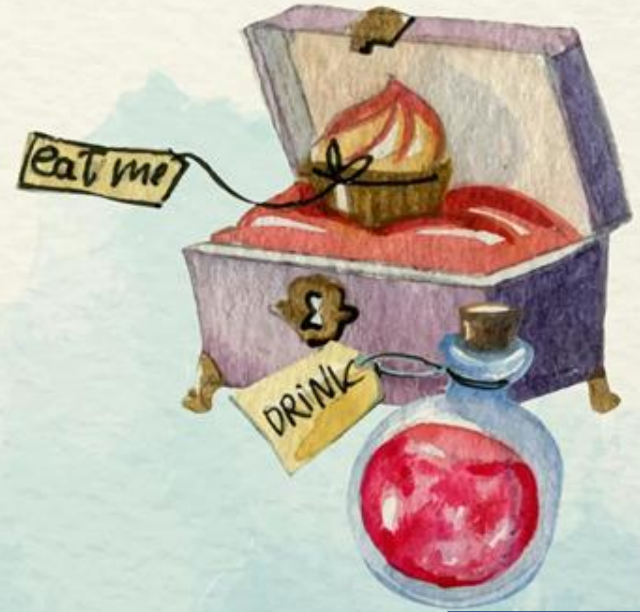
1. **No todo síntoma neuropsiquiátrico que aparece en contexto de infección estreptocócica es PANDAS.** La temporalidad genera una hipótesis, el fenotipo clínico y los criterios diagnósticos determinan el diagnóstico
2. **El Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas es un síndrome fenomenológico,** no una enfermedad etiológica en sí misma
3. Aprender a trabajar con la **incertidumbre**, caracterizar bien el fenómeno, descartar causas relevantes, tratar lo tratable y realizar un seguimiento adecuado

06 Bibliografía

1. Corral-Caramés MJ, González-López MT, Táboas-Pereira MA, Hurtado Díaz JF, Mantecón Ruiz M, Vior Álvarez MP. Síndrome de “Alicia en el país de las maravillas” como aura persistente de migraña. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(Supl 2):219.
2. Losada-Del Pozo R, Cantarín-Extremera V, García-Peñas JJ, Duat-Rodríguez A, López-Marín L, Gutiérrez-Solana LG, et al. Características y evolución de los pacientes con síndrome de Alicia en el País de las Maravillas. *Rev Neurol*. 2011;53(11):641-648.
3. Mora S, Martín-González E, Flores P, Moreno M. Consecuencias neuropsiquiátricas de la infección infantil por estreptococo del grupo A: revisión sistemática de modelos preclínicos. *Brain Behav Immun*. 2020;86:53-62. doi:10.1016/j.bbi.2019.02.027
4. Bernal Vañó E, López Andrés N. Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas asociado a montelukast. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(2):127-128.
5. Thomas T, Eyre M, Ferrarin E, Newlove-Delgado T, Sie A, Armangue T, et al. Evaluation, diagnosis, and treatment of Sydenham chorea: consensus guidelines. *Pediatrics*. 2025;156(6):e2025072466. doi:10.1542/peds.2025-072466.
6. Rincón López E, Rodríguez Vega H, Pietropaolo D, Mejías A. Encefalitis por anticuerpos anti-NMDA en pediatría: una entidad potencialmente tratable. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82(5):e252-e254. doi:10.1016/j.anpedi.2014.08.007.
7. Grandinetti R, Mussi N, Pilloni S, Ramundo G, Miniaci A, Turco E, et al. Síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo y trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infecciones estreptocócicas: estudio Delphi y documento de consenso sobre definición, criterios diagnósticos, tratamiento y seguimiento. *Front Immunol*. 2024;15:1420663. doi:10.3389/fimmu.2024.1420663.

A través del espejo:

Aproximación diagnóstica y
manejo de un caso
neuropsiquiátrico en atención
primaria



Elena Bonet Martínez
Correo: bonetelena1@gmail.com