



significa que la función ejecutiva es también afectada junto al aprendizaje y la memoria⁵, lo cual coincide con nuestro caso en el que se reporta una alteración franca de la memoria de trabajo.

Asimismo las manifestaciones psiquiátricas más comunes son los trastornos del espectro depresivo que pueden acompañarse de enlentecimiento psicomotor y déficit de memoria verbal, además puede estar presente la agitación y la psicosis, por lo que son a menudo tratadas con antipsicóticos y estabilizadores del humor. La paciente presentó sintomatología maniaca y psicótica por lo que se utilizó risperidona a dosis de 3 mg/día, obteniendo buenos resultados. Estos hallazgos coinciden con los descritos por Benoit, Benton, Cruess y Evans⁵

Tal como ocurre en nuestro caso que tiene una evolución de cuatro años a partir del diagnóstico, Benoit y colaboradores describen que en la medida que la infección por VIH progresa, aumentan las tasas de manía. En la infección temprana por VIH, el 1-2% de los pacientes experimentan episodios maníacos, que es sólo ligeramente superior a la tasa en la población general. Sin embargo, después de la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), 4-8% de los pacientes parece que forjen manía. Este aumento de la frecuencia de la manía alrededor del momento de la aparición del SIDA ha sido estrechamente asociado con cambios cognitivos o demencia y se piensa que es un síndrome maníaco secundario a la infección por VIH del Sistema Nervioso Central. En un estudio de casos y controles de 19 pacientes con manía asociada con el

VIH y 57 controles VIH seropositivos, la demencia por SIDA era significativamente más frecuente en los pacientes con manía, lo que sugiere una fuerte asociación entre neuropatología VIH y síntomas maníacos, lo que a veces se refiere como "la manía del SIDA," esta condición es fenomenológicamente diferente del típico síndrome maníaco del trastorno bipolar, tanto en su perfil de síntomas y severidad, y que a menudo se caracteriza por irritabilidad en lugar de euforia.⁶

Según Larsson et al, los trastornos neurocognitivos son comunes entre los pacientes con VIH, de manera que la manía secundaria y la psicosis podrían ser el primer síntoma clínico de la demencia por VIH.⁷

Las manifestaciones neuropsiquiátricas del VIH son diagnósticos de exclusión y el médico primero debe eliminar todas las otras causas médicas posibles por lo que se deben realizar exámenes de laboratorio y estudios para descartar infecciones oportunistas, problemas metabólicos, efectos secundarios de los antirretrovirales, así como la intoxicación o abstinencia. Esta es una tarea esencial, dado que una gran variedad de problemas médicos no tratados puede causar daño neuronal irreversible.

La mejor forma de prevención y tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas de VIH es la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), el uso de tres o más medicamentos antirretrovirales para suprimir la replicación viral. Lo que es particularmente desafiante de TARGA es la necesidad de que los pacientes tomen al menos el 95% de la medicación para suprimir la replicación viral y reducir al mínimo las posibilidades de desarrollar cepas del VIH que son resistentes