

Caso clínico

TEMA 12

Esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia

A. Barrio Rodríguez

Presentación del caso

Anamnesis

Varón de 16 años de edad, natural de Venezuela, que llegó a España con 4 años, residente desde los 11 años en Madrid, adonde se trasladaron sus padres por motivos laborales, con quienes convive (ambos cuentan con estudios universitarios) junto con su hermano mayor (de 21 años, estudiante de un módulo superior). Estudia primer curso de Bachillerato Ciencias Sociales. No había tenido problemas académicos previamente, pero desde hace meses ha disminuido su rendimiento escolar.

Como antecedentes médicos, no presenta alergias medicamentosas conocidas. Tuvo asma en la infancia, pero no cabe reseñar otras enfermedades medicoquirúrgicas de interés. El embarazo cursó sin alteraciones y el parto fue por cesárea. La madre refiere problemas en la adquisición del lenguaje de su hijo (hasta los 4 años), por lo que había acudido a un logopeda. Aparentemente, no presentaba problemas en la relación con iguales. Desde pequeño mostraba un carácter «difícil». No había presentado antecedentes psiquiátricos anteriormente; sólo desde hace unos 6 meses empezó a acudir a la psicóloga del colegio en unas pocas ocasiones, debido a que se encontraba más aislado, presentaba problemas de relación y había disminuido su rendimiento académico. No había tomado tratamiento farmacológico previamente.

Como antecedentes psiquiátricos familiares, cabe mencionar que su hermano estuvo en tratamiento en el hospital de día a causa de una clínica depresiva, y un primo de su padre está diagnosticado de esquizofrenia.

Los padres solicitaron una valoración psiquiátrica tras enterarse a través de un chico que les escribía a través de internet que su hijo había verbalizado ideas autolíticas en un chat grupal. El paciente negaba estas ideas. Refiere que no se siente bien

en el colegio, está aislado y prefiere mantener relaciones interpersonales a través de las redes sociales. Pasa muchas horas jugando al ordenador, no sale apenas de casa y cuando lo hace no dice adónde va ni con quién. Comenta que piensa mucho sobre «la vida» y su «sentido». Se muestra hermético, desconfiado y suspicaz. Manifiesta presentar alteraciones sensorio-perceptivas en forma de alucinaciones auditivas, aunque lo minimiza e incluso lo niega: «A veces sí tengo pensamientos fuertes en mi cabeza, pero no oigo voces ni nada de eso».

Presenta un gran aislamiento social. En la última semana dice haber evitado las relaciones interpersonales reales (sólo conserva relaciones virtuales); presenta un alto grado de angustia cuando se encuentra con iguales; reconoce con gran ansiedad sentir que «huele mal», y por eso no quiere acercarse a la gente. Percibe en sus iguales comentarios que interpreta como ofensivos hacia él, con «doble sentido», haciendo alusión a su mal olor y a lo que les incomoda su presencia.

No está acudiendo al centro escolar; refiere fuertes dolores abdominales que le impiden acudir al colegio, por los que ha consultado en varias ocasiones en el servicio de urgencias (donde se le realizó un estudio digestivo que descartó una patología orgánica).

Los padres refieren que está más callado en casa, ha invertido el ritmo sueño-vigilia, de madrugada está jugando a juegos o viendo vídeos; está más «metido en sí mismo» y a veces les dice «cosas raras: sobre el universo, las estrellas...».

Empiezan a notar estos cambios desde hace unos 6 meses, coincidiendo con el paso a bachillerato y a una mayor exigencia académica, además de empezar en una clase con mucha gente nueva.

Exploración física

Sin anormalidades.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientado globalmente; contacto distante y aplanamiento afectivo; lenguaje coherente, parco, de tintes extravagantes; se muestra hermético durante la entrevista, desconfiado y suspicaz; presenta fenómenos autorreferenciales; manifiesta experimentar momentos de despersonalización («a veces la gente va a un ritmo distinto», dice); discurso bizarro, responde de manera esquiva a las preguntas y muestra un pensamiento con tintes delirantes; niega ideación de muerte y planificación autolítica; niega consumo de tóxicos; pobre *insight*.

Pruebas complementarias

Las pruebas de imagen y la analítica no mostraron alteraciones. Los resultados de tóxicos en orina fueron negativos.

Diagnóstico

Esquizofrenia indiferenciada (CIE-10: F20.3).

Tratamiento

En un primer momento se inició tratamiento con risperidona hasta 4 mg/día, pero debido a la aparición de efectos secundarios (aumento ponderal, distonía aguda) se cambió a las 6 semanas a aripiprazol (20 mg/día). Se complementó el tratamiento farmacológico con fluoxetina 20 mg/día, por la aparición de clínica de angustia y ánimo hipotímico, que requirió reforzarlo en momentos puntuales con lorazepam 1 mg. El paciente realizó un tratamiento en el hospital de día, donde se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:

- Estabilización del cuadro clínico: disminución de los síntomas psicóticos (ideas delirantes y alucinaciones) y mejoría de la clínica afectiva.
- Psicoeducación del paciente y sus familiares, y adherencia al tratamiento.
- Adquisición de hábitos de vida saludables.
- Mejora en el establecimiento de sus relaciones interpersonales.
- Retorno a la vida académica.

1. ¿Cuál de las siguientes respuestas no se corresponde con un factor de riesgo en el caso expuesto para el inicio de un trastorno psicótico o una esquizofrenia de inicio temprano?

- A. Inmigración.
- B. Antecedentes familiares de patología psiquiátrica.
- C. Trastorno del lenguaje en la infancia.
- D. Infecciones prenatales.

2. A la hora de evaluar al paciente:

- A. Sólo se requiere una exploración psiquiátrica.
- B. Además de la exploración psiquiátrica, es necesario realizar una buena exploración física y las pruebas complementarias que se estimen oportunas.
- C. Las escalas psicológicas nos proporcionarán un diagnóstico certero de esquizofrenia.
- D. Las pruebas complementarias sólo se realizarán si existen antecedentes médicos relevantes.

3. ¿Cuál de los fármacos que ha tomado el paciente es el que con más probabilidad ha generado efectos secundarios, como distonía aguda y aumento de peso?

- A. Aripiprazol.
- B. Fluoxetina.
- C. Risperidona.
- D. Lorazepam.

4. ¿Qué datos sugieren en el paciente una etapa prodrómica para el posterior diagnóstico de esquizofrenia?

- A. Alucinaciones auditivas y olfativas.
- B. Aislamiento social, deterioro en el rendimiento académico y trastorno del sueño.
- C. Ideas delirantes de grandeza.
- D. Episodios de heteroagresividad.