



Caso clínico

Comorbilidad entre el trastorno del espectro autista y el espectro de la esquizofrenia. A propósito de un caso



Elena Belmonte-Padilla^{a,*}, Santiago Batlle-Vila^b, Lucía Pérez-Golarons^a, Jara López-Serrano^a, Anna Massó Rodríguez^a, Carlos Cedron-Castro^a y Juan Ramon Fortuny-Olive^c

^a Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona, España

^b Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMIJ, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^c Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Centre Emili Mira, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2017

Aceptado el 24 de octubre de 2017

Palabras clave:

Trastorno del espectro autista

Autismo

Trastorno del espectro de la esquizofrenia

Esquizofrenia

Diagnóstico diferencial

Comorbilidad

RESUMEN

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia incluyen un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que abarcan alteraciones en la percepción, del pensamiento inferencial, del lenguaje y la comunicación, del comportamiento, de la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, de la capacidad hedónica, de las funciones ejecutivas. Algunos de estos síntomas se solapan con los contemplados en el espectro autista. Establecer el diagnóstico diferencial y/o la comorbilidad puede resultar complicado, especialmente en personas adultas con trastorno del espectro autista con buen funcionamiento en el área intelectual y del lenguaje. En este artículo, presentamos un caso de un paciente de 28 años con una amplia trayectoria psiquiátrica, diagnosticado de trastornos del espectro de la esquizofrenia y sospechas de un posible trastorno del espectro autista que nos permite analizar y revisar el solapamiento y las diferencias entre ambos diagnósticos.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

Comorbidity between autism spectrum disorder and schizophrenia spectrum. A case report

ABSTRACT

The schizophrenia spectrum disorders include a wide variety of cognitive and emotional dysfunctions. These can cause some alterations in the perception of the inferential thinking, in the language and communication, in the behaviour, in the affectivity, in the thinking and language fluency and production, as well as in hedonic capacity and executive functions. Some of these symptoms overlap those in the autism spectrum. Establishing the differential diagnosis and/or the comorbidity could be really complex, especially among adults, who suffer the autism spectrum disorder but having a good functioning in the intellectual and language area. Through this article, the specific case is presented of a patient aged 28 who suffers a wide trajectory of psychiatric symptoms. He was diagnosed with a schizophrenia spectrum disorders and some suspicion of a possible autism spectrum. An analysis and review is presented on the overlapping symptoms and the differences that exist between both diagnoses.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

Keywords:

Autism spectrum disorder

Autism

Schizophrenia spectrum disorder

Schizophrenia

Differential diagnosis

Comorbidity

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 61756@parcdesalutmar.cat (E. Belmonte-Padilla).

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) y los trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE) actualmente están conceptualizados como dos enfermedades mentales diferenciadas. El TEE, tal y como está definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)¹, incluye la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno de personalidad esquizotípico. Estos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluido la catatonía) y síntomas negativos. El TEA, incluido por el DSM-5 en los trastornos del neurodesarrollo, se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social además de la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo.

Aunque la comunidad científica apoya la distinción entre el autismo y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos², su diagnóstico diferencial o su comorbilidad no siempre son tan obvios en la práctica clínica. En ambos espectros se produce una alteración en la interacción social, la comunicación, el procesamiento de las emociones y las funciones ejecutivas. Actualmente el aumento y la precisión del diagnóstico del TEA han evidenciado el sobrediagnóstico de esquizofrenia, especialmente en pacientes con un buen funcionamiento en el área intelectual y del lenguaje². Un motivo podría ser que la transición de personas con TEA desde los servicios de salud mental infantil a adultos, en ocasiones está pobremente gestionada siendo necesaria una mayor coordinación entre los servicios³. Otra dificultad añadida es que la distinción es difícil especialmente en pacientes adultos⁴, los estudios que comparan el solapamiento de síntomas entre TEE y TEA están realizados en su gran mayoría en una muestra de niños o adolescentes, por lo que actualmente tenemos un conocimiento escaso sobre las características comportamentales que diferencian un TEA adulto de alto funcionamiento de una esquizofrenia⁵.

El caso que se describe a continuación tiene como objetivo ejemplificar la complejidad del diagnóstico diferencial y/o la comorbilidad entre TEA y TEE.

Caso clínico

Paciente varón de 29 años, derivado a la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Media y Larga Estancia (MILLE) con el objetivo de filiación diagnóstica, favorecer la adherencia al tratamiento y en consecuencia la estabilidad clínica, además de iniciar trámites de incapacidad e ingreso en residencia.

Antecedentes biográficos

Natural de Barcelona. Hijo único que vive con sus padres. Parto distócico (más h de las habituales). No informan de alteraciones en el desarrollo psicomotor ni en la adquisición del lenguaje. A los 7 años consultan a psicología orientados por el colegio por conductas inadecuadas en clase, no recuerdan el diagnóstico, en informes posteriores consta sospecha de posible TEA. Dinámica parental distónica, comportamiento agresivo físico y verbal entre los padres y ocasionalmente hacia el paciente. Rendimiento escolar adecuado hasta los 16 años, con descenso importante en Bachillerato. En años posteriores inicia dos grados superiores sin finalizarlos. Los padres refieren episodios graves de bullying por parte de los iguales durante la adolescencia. Vida laboral no desarrollada, trabajo de forma temporal en un restaurante de comida rápida y como mozo de almacén antes de los 20 años. Sin relaciones sentimentales estables. Red social escasa y sin vínculos de confianza.

Antecedentes somáticos

Probables episodios de hiperactividad bronquial en la infancia. Ingreso a los 15 meses por neumonía atípica. A los 8 años se estudió por baja talla, sin detectar alteraciones. En estudio neurológico entre los 8 y 11 años por dificultades para la deambulación, se descarta patología orgánica. Valorado por neurología con 23 años por dos crisis comiciales, se descarta enfermedad epiléptica orgánica y se relaciona con el tratamiento a niveles altos de clozapina (750 mg/d). Se realiza resonancia magnética y se observan surcos amplios para la edad, sin más alteraciones.

Antecedentes toxicológicos

Consumo regular de cannabis (con un máximo de 4-5 unidades al día) desde los 16 años hasta el ingreso en nuestra unidad. Consumo puntual de alcohol, cocaína, éxtasis, GHB, alucinógenos, disolventes y opiáceos.

Antecedentes psiquiátricos

En la [tabla 1](#) se muestra un resumen de los ingresos, tratamiento, diagnóstico y evolución del paciente antes de llegar a nuestra unidad.

Antecedentes psiquiátricos familiares

Familiar de tercer grado con probable trastorno psicótico y otro con suicidio consumado. Padre diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo. Madre afecta de trastorno depresivo mayor, trastorno de conducta alimentaria y trastorno por consumo de alcohol.

Exploración neurocognitiva

Se realiza estudio neurocognitivo en 2010 ([tabla 2](#)). A partir de los resultados se concluye que los problemas de lenguaje y el deterioro cognitivo son explicables por el trastorno psicótico. Se descarta un síndrome de Asperger, sin poder descartar otra alteración del TEA.

Diagnóstico diferencial

Trastornos del espectro de la esquizofrenia

Durante todos los ingresos se han realizado diagnósticos pertenecientes al TEE. Es posible identificar una ruptura biográfica clara entre los 16 y 21 años, ya que posteriormente el nivel de funcionamiento en diversas áreas está por debajo del nivel alcanzado previamente. Diferentes profesionales describen la presencia de ideas delirantes autorreferenciales, de perjuicio, místicas y fenómenos de control, así como alucinaciones auditivas, con respuesta parcial al tratamiento farmacológico, además de una pobre adherencia al mismo. Actualmente no presenta alucinaciones auditivas ni ideas delirantes de perjuicio o autorreferenciales, se mantienen ideas sobrevaloradas místicas que es capaz de criticar, posiblemente por una adecuada toma de medicación (es el periodo más largo en su vida en la que ha tomado la medicación correctamente). Llama la atención un discurso desorganizado que empeora cuando disminuye la pauta de antipsicótico y mejora (aun con sus particularidades) cuando hay una estabilidad clínica. Durante la evolución se observa un comportamiento desorganizado, apatía, abulia así como un déficit en la higiene y el autocuidado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8816130>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8816130>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)