



ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Navarro Morejón, I. Roch López, R. Calles Marbán.

lorenavarro.m@gmail.com

Apocalipsis, apofanía, Conrad, consolidación, esquizofrenia, trema.

Apocalypse, apophany, Conrad, consolidation, schizophrenia, trema.

RESUMEN

Uno de los mayores interrogantes en nuestra práctica clínica habitual se basa en la evolución que tendrán los pacientes diagnosticados de un primer episodio psicótico dado que nuestra actuación precoz puede influir en una mejoría de su evolución posterior. Presentamos a un paciente varón de 31 años sin antecedentes psiquiátricos previos que acude al servicio de urgencias tras protagonizar una tentativa autolítica mediante precipitación por un barranco en el contexto de sintomatología psicótica que sus familiares describen de meses de evolución consistente en aislamiento social, soliloquios e ideación delirante de perjuicio. Durante su ingreso hospitalario pudimos observar las fases del delirio esquizofrénico que menciona Klaus Conrad en su libro Esquizofrenia Incipiente (1958). Nuestro objetivo es recalcar la vigencia de estas fases en la actualidad con intención de mejorar la identificación de las fases prodrómicas que permita un abordaje multidisciplinar temprano.

ABSTRACT

One of the greatest queries in our regular clinical practice is based upon the evolution of patients diagnosed with a first psychotic episode, given the fact that our early intervention may contribute to an improvement in their subsequent evolution. We present the case of a 31-year-old male patient with no previous psychiatric history who went to the emergency department after an autolytic attempt by falling off a ravine in the context of psychotic symptomatology, described by his family as months of evolution consisting on social isolation, soliloquies and delusions of persecution. During his hospital admission we were able to observe the phases of the schizophrenic delusion described by Klaus Conrad in his book Incipient Schizophrenia (1958). Our objective is to emphasize the validity of these phases nowadays in an attempt to improve the identification of the prodromal phases that allows an early multidisciplinary approach.

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores interrogantes con el que nos encontramos en nuestra práctica clínica habitual, tanto los profesionales de salud mental como el paciente y su entorno, es: ¿cuál va a ser la evolución de este paciente en el futuro? En la esquizofrenia, esta cuestión cobra especial relevancia ya que nos encontramos con una gran variabilidad en la evolución entre unos pacientes y otros, es decir, desde una recuperación completa hasta una grave incapacidad crónica.

En líneas generales, existe cierto consenso respecto a tres tipos generales de evolución¹:

- Un 30% presenta una evolución favorable, con una remisión casi completa y un buen ajuste social.
- Un 50% presenta una evolución episódica, con afectación irregular pero evidente de su funcionamiento sociolaboral.
- El 20% restante presenta un deterioro importante con una grave afectación sociolaboral.

Por este motivo, se ha dado una gran importancia a estudiar los factores que puedan relacionarse con un mejor o peor pronóstico en la esquizofrenia.

En la década de los 90, coincidiendo con el movimiento de la medicina hacia las intervenciones preventivas surge una tendencia a tratar la esquizofrenia desde las etapas más tempranas. En este momento comienza a cobrar especial relevancia como posible factor pronóstico (además de los factores clásicamente estudiados: sexo, ajuste premórbido, estado civil, apoyo socio-familiar...) el DUP (Duration of Untreated Psicosis, en español DPNT: Duración de la Psicosis No Tratada), definido como el período de tiempo entre la aparición de los síntomas psicóticos positivos y el inicio de un tratamiento adecuado. Numerosos estudios encontraron que este factor podía ser un factor pronóstico independiente de los estudiados hasta el momento y que podía correlacionarse significativamente con los resultados a corto y a largo plazo². Estos estudios avalaban que un DUP mayor se asociaba con un peor pronóstico clínico, evolutivo y funcional. El DUP ha sido postulado con insistencia y con entusiasmo como un importante predictor de la historia natural de la esquizofrenia, sin embargo en la última época ha generado gran debate entre diferentes autores, algunos de los cuales basándose en sus propios estudios y reflexiones no encuentran vinculación directa entre el DUP y la evolución clínica y funcional ni siquiera a corto plazo³.

A pesar de que hay cierta controversia entre autores en cuanto a si el periodo no tratado de la psicosis puede provocar un deterioro neurodegenerativo que empeore el pronóstico de la enfermedad, no cabe duda de los efectos beneficiosos de una intervención temprana para

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

prevenir la toxicidad psicosocial de la psicosis. Hélèn Verdoux⁴ enfatiza los beneficios a corto plazo de la intervención precoz en términos de prevención de conductas de riesgo tales como: agresividad, autolesiones, consumo de tóxicos, victimización por parte de terceros, disrupción social, educacional y laboral de individuo, etc. Además de otras dificultades asociadas con los síntomas psicóticos como son el deterioro del cuidado personal y los problemas con la familia. Otra razón importante para la realización de intervenciones terapéuticas tempranas es la de reducir la elevada tasa de suicidio de la esquizofrenia en los primeros años de la enfermedad.

La gran mayoría de las intervenciones tempranas están dirigidas a actuar cuando ya han aparecido los primeros síntomas psicóticos, sin embargo, cabe destacar que existe otra línea estratégica de intervención precoz dirigida a la etapa prodrómica que se define como el periodo previo a la aparición de la enfermedad, puede durar días, meses o incluso años, en que la persona empieza a sufrir algunos síntomas psicóticos atenuados y solapados (trastornos en la concentración, pérdidas del interés y de la iniciativa, trastornos perceptivos, etc.) estos síntomas suelen aparecer de forma insidiosa, lo cual hace que su detección sea muy difícil y a menudo retrospectiva.

El caso clínico que exponemos a continuación nos parece especialmente interesante por tratarse de un primer episodio psicótico en el que pueden identificarse las fases descritas ya en el año 1958 por Klaus Conrad en su obra Esquizofrenia Incipiente. En segundo lugar, es un caso en que puede observarse con claridad la toxicidad psicosocial de la que hablábamos anteriormente y la importancia de iniciar un tratamiento temprano.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Se trata de un paciente varón de 31 años que acudió al servicio de urgencias acompañado por sus familiares por presentar ideación delirante de perjuicio y alucinaciones auditivas.

Datos de filiación

Soltero, sin hijos, convive con su familia de origen, es el hijo menor de una fratría de tres hermanos, sus hermanos mayores viven independizados, activo laboralmente como cuidador de un centro polideportivo.

Antecedentes personales

Somáticos

Sin alergias medicamentosas conocidas.

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Estuvo en estudio por el servicio de digestivo por cuadro de dolor abdominal y síndrome constitucional con importante pérdida ponderal con diagnóstico al alta de dolor abdominal con buena respuesta a tratamiento ansiolítico.

Estuvo en estudio por el servicio de cardiología por cuadros sincopales, presentes desde la infancia, acompañados de soplo cardíaco, siendo dado de alta sin seguimiento posterior.

No constan otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Psiquiátricos

Sin antecedentes psiquiátricos de interés. Sin tratamiento psicofarmacológico previo.

Tóxicos

Niega consumo de ningún tipo de tóxicos.

Antecedentes psiquiátricos familiares

- Familiar de segunda línea con suicidio consumado.
- Familiar de primera línea en seguimiento psiquiátrico por sintomatología ansiosa.
- Varios familiares de segunda línea han precisado ingreso en psiquiatría por enfermedad psiquiátrica no filiada.

Enfermedad actual

Según relataba el paciente, desde hace varios meses comenzó a sentir miedo de que "las personas de su alrededor le hicieran daño" llegando a plantear un "posible complot por parte del alcalde de su ciudad con sus familiares". Además refería tener la firme convicción de que "el ejército le vigilaba a través de una luz que lo acompañaba constantemente", todo esto acompañado de alucinaciones auditivas que describía como "voces de terceras personas" que identificaba como personas de su pueblo que le increpaban mientras trabajaba. El día de su visita al servicio de urgencias, protagonizó un intento autolítico al precipitarse a través de un barranco por tener la firme convicción de estar siendo perseguido por personas de su barrio a quienes escuchaba gritar su nombre.

Según relataban sus familiares, el cuadro clínico comenzó desde hacía varios meses atrás con alteraciones de conducta sutiles, por ejemplo, salir menos de su habitación, presentar mayor aislamiento domiciliario, no comer con sus padres, hecho poco habitual en el paciente que solía comer con ellos diariamente, soliloquios esporádicos, etc. Dos semanas antes, comenzó a verbalizar ideación delirante de perjuicio bien estructurada centrada principalmente en el alcalde de su ciudad ("tiene un complot con mi familia y varios chicos de mi ciudad para echarme de mi puesto de trabajo").

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Exploración psicopatológica

A su llegada al servicio de urgencias estaba consciente, orientado auto y alopsíquicamente, abordable y colaborador. Psicomotorizmente se encontraba tranquilo con aspecto ligeramente descuidado con múltiples erosiones en ambos miembros inferiores. Presentaba un lenguaje correctamente articulado, coherente y semi-inducido centrado en describir ideación delirante de perjuicio centrada en su entorno y místico-religiosa ("creo en fantasmas, el alcalde puede haberme hecho brujería") con importante repercusión conductual y emocional, mostrándose ansioso durante la entrevista. Admitía ideación autolítica secundaria a clínica psicótica. Manifestaba alucinaciones auditivas, mostrándose ambivalente ante la posibilidad de haber padecido alucinaciones visuales en algún momento. Presentaba insomnio mixto con hiporexia con pérdida de peso. Juicio de realidad alterado con nula conciencia de enfermedad.

Pruebas complementarias

- El hemograma, el metabolismo del hierro y la coagulación presentaban valores dentro de la normalidad.
- En la bioquímica se objetivaba ligera alteración de la creatinina (1,34 mg/dL) y el ácido úrico (9,2 mg/dL). El resto de parámetros solicitados (perfil hepático e iones) no presentaba alteraciones.
- La serología fue negativa para VHB, VHC, VIH y lúes.
- Las hormonas solicitadas (vitamina B12, ácido fólico, TSH basal, T4 libre y prolactina) presentaban valores dentro de la normalidad.
- Los tóxicos en orina (anfetaminas, cocaína, cannabis y opioides) fueron negativos con un sedimento urinario sin otras alteraciones.
- El electroencefalograma realizado estaba dentro de la normalidad.
- En las pruebas de imagen solicitadas (TAC y RMN craneal) no se objetivaron alteraciones.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de los síntomas esquizofreniformes que presentaba el paciente, según Sadock BJ5, se podría resumir en:

Enfermedades de origen médico y/o neurológico:

- Inducido por sustancias: anfetaminas, alucinógenos, alcaloides de la belladona, alucinosis alcohólica, síndrome de abstinencia de barbitúricos, cocaína, fenciclidina, etc.
- Epilepsia: especialmente del lóbulo temporal.

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Neoplasia, enfermedad cerebrovascular o traumatismo, especialmente frontal o límbico.
- Otros trastornos como, por ejemplo, porfiria aguda intermitente, VIH, déficit de vitamina B12, intoxicación por CO2, lipidosis cerebral, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, enfermedad de Fabry, enfermedad de Fahr, enfermedad de Hallervorden-Spatz, intoxicación por metales pesados, encefalitis herpética, homocistinuria, corea de Huntington, leucodistrofia metacromática, neurosífilis, hidocefalia normotensiva, pelagra, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Wernicke-Korsakoff o enfermedad de Wilson entre otras.

Se descartó origen orgánico en el cuadro clínico que presentaba el paciente por no encontrar alteraciones en las pruebas complementarias solicitadas.

Enfermedades de origen psiquiátrico: dentro de una etiología funcional, se podría realizar la siguiente división:

- Psicosis atípica.
- Trastorno autista – se descartó por no cumplir los criterios clínicos de esta entidad.
- Trastorno psicótico breve – como característica su tiempo máximo de duración es de 1 mes.
- Trastorno delirante – consiste en la presentación de ideas delirantes durante un tiempo mínimo (1 mes), se descartó porque el paciente presentaba también alteraciones en la esfera sensorial, con lo cual no se quedaba exclusivamente en una alteración del contenido del pensamiento.
- Trastorno facticio o simulación – no se apreciaba ganancia secundaria.
- Trastornos del estado de ánimo – no presentaba alteración significativa en el estado de ánimo, sin antecedentes de episodio depresivo o maniaco, presentando sintomatología ansiosa reactiva a los síntomas psicóticos descritos.
- Trastorno obsesivo compulsivo – se descartó por no cumplir los criterios clínicos de esta entidad.
- Trastornos de la personalidad: esquizotípico, esquizoide, límite o paranoide. Su familia refería personalidad premórbida funcional en todos los aspectos, por lo que parecía haber un inicio temporal en el cuadro clínico.
- Trastorno esquizoafectivo – no presentaba alteración significativa en el estado de ánimo.
- Dentro de los diagnósticos más probables, tendríamos:

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme - se diferencia del diagnóstico previo en su duración autolimitada (mínimo 1 mes - máximo 6 meses).

Diagnóstico definitivo

El diagnóstico al alta hospitalaria del paciente según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)⁶ fue el siguiente:

F23.1 - EPISODIO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO CON SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA.

La evolución posterior del cuadro clínico permitiría hacer una mejor clasificación entre las siguientes entidades:

- F20 - Esquizofrenia.
- F20.8 - Trastorno esquizofreniforme (otras esquizofrenias).

Tratamiento y otras terapias aplicadas

El tratamiento final, tras realizar diversos ajustes farmacológicos con varios antipsicóticos (haloperidol, olanzapina y risperidona), fue el siguiente:

- Paliperidona 100 mg: 2 ampollas intramusculares cada 28 días.
- Clozapina 100 mg: 1 comprimido y medio en el desayuno y 1 comprimido y medio en la cena.
- Levomepromazina 25 mg: 1 comprimido si insomnio.
- Olanzapina 2,5 mg: 1 comprimido si ansiedad.

Evolución

Durante los dos meses y medios que duró el ingreso del paciente, se realizó interconsulta al servicio de neurología con el objetivo de descartar comicialidad por ser un primer episodio psicótico con el antecedente previo de cuadros sincopales, además se valoró el cuadro de migraña con aura que presentaba, cuya aura interpretaba de manera delirante ("el ejército me vigila a través de una luz") Finalmente, mediante las pruebas complementarias realizadas se descartó foco epileptógeno, manteniendo el diagnóstico de síncope vasovagales asignado por el servicio de cardiología, sin llegar a presentar clínica sincopal durante su ingreso.

A lo largo de su estancia en la planta, presentó gran fluctuación de la sintomatología psicótica, con un cuadro alucinatorio-delirante en primer plano, motivo por el que se propuso su derivación a la unidad de subagudos dentro del área de psiquiatría, siendo finalmente anulada por mejoría de la clínica psicótica tras ajuste progresivo del tratamiento farmacológico,

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

iniciándose finalmente clozapina a dosis terapéutica con buena respuesta clínica, con una dosis final de 300 mg/día, presentando finalmente remisión de las alteraciones en la esfera sensorio-perceptiva con crítica parcial y encapsulamiento del delirio de perjuicio centrado en su entorno ("no descarto que haya exagerado un poco las cosas aunque sí creo que me querían echar de mi trabajo pero esto ya no me importa tanto") con predominio de clínica residual y negativa.

Por último, se programaron varios permisos terapéuticos a domicilio bajo supervisión de varios miembros de su núcleo familiar, motivo por el que se procedió al alta hospitalaria tras más de dos meses de ingreso, dada la mejoría parcial de la clínica que motivó su ingreso con menor repercusión emocional y conductual, buena adherencia al tratamiento pautado y compromiso con el seguimiento ambulatorio.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Breve explicación de la evidencia científica actual sobre el tema tratado en el caso

El delirio esquizofrénico es, desde sus primeras descripciones, un tema apasionante y todavía controvertido en nuestros días. Como ya adelantábamos anteriormente, nos parece realmente interesante la vigencia actual de las cinco fases de la evolución del delirio postuladas por Klaus Conrad en su obra *Esquizofrenia Incipiente* publicada en 1958.

La primera fase, a la que denomina *trema*, es la que habitualmente se corresponde con el estadio prodrómico, sin embargo, esta relación no sería exacta ya que el concepto de *pródromo* no es un concepto fenomenológico (como sí sería el *trema*), sino nosológico, por tanto no nos precisa nada sobre la forma de la vivencia.

El tema se caracteriza por la sensación de que algo va a pasar de forma inminente (similar al concepto de *aura* en la epilepsia), dando lugar a una fuerte tensión interna. Cambia la estructura del modo de vivenciar la experiencia, el sujeto se siente extraño y percibe también con extrañeza el mundo que le rodea, además puede empezar a parecerle que muchas cosas tienen relación con él (autorreferencialidad). En el caso anteriormente relatado, se puede apreciar con claridad esta fase en los meses previos al desarrollo del delirio como tal, los familiares del paciente le encontraban extraño, se había ido aislando gradualmente, había abandonado sus actividades habituales y prácticamente no salía de casa. Él mismo describe percepciones extrañas en este periodo de tiempo en que sentía que los demás querían hacerle daño aunque no puede explicar realmente en qué estaban basadas esas ideas.

Tras este periodo, Conrad consideraba que termina apareciendo la intuición delirante (fase de *apofanía*), las experiencias ya vividas en la fase anterior cobran un nuevo significado, es decir,

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

que el enfermo delirante se comporta como un hombre ante una revelación⁷, con lo que concluirá la inquietante incertidumbre de la fase previa. El significado se le impone de un modo manifiesto (revelado), y por ello el enfermo no puede comprender las dudas de los demás, él sabe que las cosas son así y por tanto no necesita ninguna demostración. Sin embargo, durante esta etapa todavía está conservada la continuidad, el individuo está conectado con la realidad, es capaz de ver la situación en su conjunto, el mundo está todavía ordenado en su cabeza pero lo percibe de una manera peculiar. Cuando estas imágenes ya no guardan ninguna relación con la realidad será cuando Conrad considere que el sujeto ha pasado a la siguiente fase: apocalíptica.

En la fase apocalíptica el delirio ya se ha establecido, el tiempo y el espacio se concentran y las vivencias psicóticas se manifiestan de forma caótica en una nueva realidad. La incertidumbre inicial ha dejado de existir y ha dado lugar a la certeza delirante. En este momento sería cuando nuestro paciente está convencido de que el ejército le vigila a través de una luz, así como del complot del alcalde de su pueblo con otros vecinos.

No pasaríamos a la siguiente fase (consolidación) hasta que la apofanía desaparezca en algunos dominios y el paciente empiece a dudar de esa realidad. Dado que la apofanía todavía permanece en algunos dominios, el discurso podrá sernos de gran utilidad para detectar esta fase, ya que estará lleno de mensajes contradictorios, por ejemplo, en el caso clínico presentado vemos estas dudas a través de la crítica parcial al final del ingreso ("no descarto que haya exagerado un poco las cosas aunque sí creo que me querían echar de mi trabajo") Conrad destacaba que siempre suele observarse una clara resistencia a abandonar la temática primera.

Así mismo, consideraba que ningún paciente curaba sin dejar residuo (sin rastro de lo ocurrido), dado que detectaba en sus pacientes una alteración irreversible de su forma de ser y de estructurar la experiencia tras el episodio, lo denominaba pérdida del potencial energético, caracterizado por: una pérdida de creencias e intereses, falta de motivación, de concentración, alteración de la capacidad de decidir, etc, hecho que podemos apreciar en nuestro paciente.

Nuestro objetivo, tras analizar las fases del delirio mencionadas por Klaus Conrad en su obra, es recalcar su vigencia actual, de manera que facilite la identificación precoz de las fases iniciales de un primer episodio psicótico y permita un abordaje multidisciplinar temprano para mejorar e intentar, en la medida de lo posible, disminuir las conductas de riesgo mencionadas inicialmente.

"El delirio de la locura es una defensa, un intento de reequilibrio del sujeto" (JM Álvarez)

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: UNA INTRODUCCIÓN AL DELIRIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano Cartón MM, Serrano Cartón MC, Serrano Vázquez M. Factores pronósticos en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría. 2012; 11 (1): 98-105.
2. Pardo V. Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. Rev Psiquiat Urug. 2007; 71 (1): 83-98.
3. Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de la psicosis. Una revisión crítica. Madrid: Panamericana; 2014.
4. Verdoux H, Cougnard A. The early detection and treatment controversy in schizophrenia reserarch. Curr Opin Psychiatr. 2003. 16 (2): 175-179.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría. 10ª Ed. Barcelona: Lippincott. Williams & Wilkins; 2010; p. 487.
6. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación (CIE-10: CDI-10). Décima revisión 1992. Capítulo V. Panamericana; 2000; p. 70-89.
7. Conrad K, Morales Belda J, Rábano A. La Esquizofrenia Incipiente. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
8. Sarró S. Ontogénesis y diacronía del delirio esquizofrénico. Un análisis fenomenológico. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2001. 28 (1): 23-28.