



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECIENTE

VERY LATE ONSET PSYCHOSIS. BIBLIOGRAPHIC REVIEW OF A NOT SO INFREQUENT PATHOLOGY

María Isabel Santana Ortiz, Jesica Pereira López, Noemi Molina Pérez.

Miso1988@hotmail.com

psicosis, inicio tardío, esquizofrenia

psychosis, late onset, schizophrenia

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Clásicamente la aparición de síntomas psicóticos en pacientes mayores se ha atribuido a causas orgánicas, demencia o trastornos afectivos, sin embargo, nos encontramos un grupo de pacientes en los que las psicosis primarias se inician de forma muy tardía. A pesar de que la psicosis es una de las enfermedades de las que tradicionalmente la Psiquiatría se ha ocupado con mayor interés, la forma en que esta enfermedad se manifiesta en la edad avanzada ha recibido poca atención, disponiendo de cuerpo de conocimientos limitado hasta la actualidad.

OBJETIVOS: Ampliar el conocimiento en la cuestión a través de una revisión bibliográfica sobre la misma.

METODO: Revisión breve de la literatura científica internacional sobre la cuestión publicada en los últimos 15 años.

RESULTADO: Teniendo en cuenta los patrones demográficos de envejecimiento poblacional, es probable que nos encontremos cada vez más en nuestra práctica clínica la aparición de psicosis de tipo esquizofrénico en paciente de edad avanzada. En este sentido, a pesar de su similitud con los cuadros que debutan a edades más tempranas, las psicosis de inicio muy tardío poseen características diferenciales, por lo cual conocerlas nos podrá ayudar a realizar un mejor diagnóstico diferencial en una patología cada vez menos infrecuente.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas estamos asistiendo a un importante fenómeno de envejecimiento de la población, condicionado por una mayor esperanza de vida y una menor natalidad. Esta mayor longevidad está significando también mayor prevalencia de patología aguda, y sobre todo crónica, tanto física como mental.

La prevalencia de trastorno mental en la población anciana se estima en torno a un 12%, siendo las demencias y los trastornos depresivos las patologías clásicamente más estudiadas en Psiquiatría geriátrica.

Por su parte, la aparición de síntomas psicóticos en pacientes mayores se ha atribuido clásicamente a causas orgánicas, deterioro cognitivo o trastornos afectivos, no obstante, existe un grupo de pacientes en los que las psicosis primarias se inician de forma muy tardía. En este sentido, la esquizofrenia es una de las enfermedades de las que tradicionalmente la Psiquiatría se ha ocupado con mayor interés, sin embargo, la forma en que esta enfermedad se manifiesta en la edad avanzada es un aspecto que ha recibido poca atención, y cuyo cuerpo de conocimientos es en la actualidad limitado.

NOSOLOGÍA

Hasta la década los ochenta no se reconocía el inicio de la esquizofrenia por encima de los 45 años de edad, sólo pudiendo diagnosticarse de esquizofrenia a los pacientes que debutaban previamente, de manera que si aparecía después debía diagnosticarse como "psicosis atípica". En el DSM-III-R (1987) esto se modifica, pudiendo incluirse paciente mayores de 45 años en el diagnóstico de esquizofrenia, debiendo especificarse como de "inicio tardío". A partir del DSM-IV (1994) desaparece la edad como criterio.

Con el fin de unificar criterios, en 1998 se celebró en Inglaterra la *Conferencia Internacional sobre Esquizofrenia y Psicosis Tardías*, donde se definieron dos grupos de edad para el inicio de la esquizofrenia en pacientes mayores de 40 años. De esta manera, se denominó *Esquizofrenia de inicio tardío* a aquella que se inicia entre los 40 y los 60 años, y *Psicosis de tipo esquizofrénico de inicio muy tardío* (PTEIMT) a aquella que se surge en pacientes mayores de 60 años. La PEIMT incluye, por tanto, la presencia de fenómenos delirantes y de alucinaciones, con una edad de inicio por encima de los 60 años, y en ausencia de demencia o de trastorno afectivo primario.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

ETIOPATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO

No existe un consenso unánime sobre las causas que originan la aparición de psicosis de origen muy tardío. De forma clásica se considera que, al igual que las psicosis que debutan en edades más tempranas, la PTEIMT sería el resultado de la interacción de factores de riesgo de tipo biológico, psicológico y social, los cuales acercarán a las personas vulnerables al umbral de la psicosis. Los factores biológicos han sido los más investigados, no así los psicológicos y los sociales.

Entre los factores de riesgo con mayor evidencia se encuentran:

- Edad: Se considera que existen tres picos de incidencia en la esquizofrenia, el más destacado entre los 15-25 años, el siguiente entre los 45-55 años, y el tercero a partir los 65 años, éste último con tendencia ascendente, de manera que a partir de los 60 años, por cada 5 años, aumenta la incidencia un 11%.
- Sexo femenino: Conforme avanza la edad de inicio de la psicosis, aumenta la proporción de mujeres afectadas respecto a los hombres (hasta 5-7 mujeres por cada hombre), con un alcance más allá del esperable por la mayor longevidad del sexo femenino. Existen diferentes teorías al respecto que incluyen la mayor pérdida de receptores D2 en los hombres, el papel de los estrógenos como modulador de la síntesis de dopamina, y las diferencias en el envejecimiento cerebral entre hombres y mujeres.
- Estado civil: En la PTEIMT, comparado con el inicio temprano de la enfermedad, existe una mayor probabilidad de haberse casado, tener hijos y mantener empleo.
- Factores sociales: No está demostrada la influencia del nivel socioeconómico. Según varios estudios, las personas con PTEIMT tienen mayor probabilidad de aislamiento social que las personas de la misma edad o con trastornos afectivos, no obstante existe el debate de si este aislamiento es causa o consecuencia de la enfermedad.
- Personalidad premórbida: Algunos estudios señalan que muchos de estos pacientes tienen rasgos de personalidad premórbidos de naturaleza paranoide y esquizoide.
- Déficits sensoriales: Estudios clásicos apoyan la impresión de una mayor frecuencia de déficits auditivos y visuales. Estudios más recientes indican que lo que verdad existe es un déficit sensorial no corregido adecuadamente respecto a las personas de la misma edad. En cualquier caso, el déficit auditivo parece ser un importante factor para el desarrollo de psicosis en población geriátrica.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

- Genética y agregación familiar: Los familiares de primer grado de pacientes con PTEIMT tienen un riesgo de padecer la enfermedad intermedio entre el que presentan los familiares de pacientes con esquizofrenia de inicio juvenil y la población general. Por su parte, un estudio evidenció una mayor prevalencia de depresión en familiares respecto a los controles. Asimismo, no se ha encontrado asociación con historia familiar de Enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular, ni apoE.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En las psicosis de inicio muy tardío existe un claro predominio de los síntomas positivos (delirios –siendo los más frecuentes los de persecución, aunque los más característicos los de paramentos-, y alucinaciones –presentes en el 80% de los casos, más frecuentes las auditivas-). También son frecuentes los síntomas de primer rango de Schneider (35-64%).

Puede existir sintomatología afectiva, aunque de forma secundaria. La frecuencia de sintomatología depresiva puede alcanzar hasta el 60%.

Los trastornos del pensamiento y los síntomas negativos son relativamente raros. El aplanamiento afectivo afectaría a menos del 10% de los pacientes.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

En cuanto a las pruebas de Neuroimagen, existen más anormalidades cerebrales que en población sana, aunque no son específicas ni están presentes en todos los pacientes. Se ha objetivado un aumento del cociente ventrículo-cerebro respecto a los sujetos sanos, también en cerebelo, así como presencia de hiperintensidades en la sustancia blanca periventricular y profunda. En neuroimagen funcional se ha encontrado como hallazgo más frecuente una hipoperfusión frontal y temporal, y en ganglios basales. Mediante el uso de PET se ha encontrado un aumento de la densidad de receptores D2.

En Neuropatología no se aprecian lesiones típicas de la E. de Alzheimer más allá de lo esperable para la edad. Sí es frecuente la presencia de lesiones de carácter vascular. Aportaciones recientes apuntan hacia una taupatía límbica.

A nivel neuropsicológico, independientemente de la edad de inicio, la esquizofrenia de asocia a déficits cognitivos generalizados en comparación con sujetos sanos. Los déficits fundamentales se encuentran en las áreas de memoria, capacidad visuoespacial, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

Estos déficits son más pronunciados que los esperables para la edad, aunque no tan graves como los que presentan los pacientes con demencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial incluye múltiples patologías médicas, neurodegenerativas y psiquiátricas, entre ellas diversas enfermedades orgánicas (como infecciones, traumatismos craneoencefálicos, accidentes isquémicos cerebrales, tumores, alteraciones metabólicas, alteraciones debidas al uso de fármacos, abuso de sustancias, enfermedades con afectación neurológica), síndrome confusional, demencias, enfermedad de Parkinson, psicosis afectivas y trastornos delirantes.

El diagnóstico diferencial entre la psicosis de inicio muy tardío y la demencia en estadios iniciales puede resultar muy difícil, por ello es importante realizar una adecuada evaluación inicial y observar la evolución antes de emitir un diagnóstico definitivo. Respecto a posibles rasgos diferenciales entre ambos cuadros, en la PTEIMT el inicio de la clínica es en ocasiones abrupto, al contrario que en la demencia, cuyo inicio es insidioso; y el curso es crónico con episodios de reagudización en la PTEIMT, siendo en la demencia progresivo y con adición de déficits cognitivos y deterioro funcional.

En los trastornos afectivos, como características diferenciales, aparece primero la sintomatología depresiva, y de forma secundaria la psicótica, los delirios suelen incluir temática de culpa, ruina o catástrofes, las alucinaciones suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias, o de olores desagradables, y tienen un curso periódico con buena respuesta al tratamiento con antidepresivos. Por su parte, en la PTEIMT la sintomatología afectiva, si aparece, es de forma secundaria, y el curso tiende a ser crónico, persistiendo una base de los síntomas psicóticos a pesar de la remisión de los síntomas afectivos.

En cuanto al diagnóstico diferencial con los trastornos de ideas delirantes, en muchos casos resulta difícil diferenciar ambos cuadros, ya que comparten antecedentes familiares de mayor frecuencia de esquizofrenia, el contenido de los delirios puede ser muy similar, y el curso es crónico y sin deterioro significativo. No obstante, en la PTEIMT la presencia de alucinaciones es mucho más frecuente, siendo el síntoma que más podría ayudar a la diferenciación de ambos cuadros, además existe la presencia de síntomas de primer rango, y el inicio es más tardío.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

TRATAMIENTO

Se recomienda un tratamiento integral, que incluya tratamiento farmacológico, psicoterapéutico e intervenciones sociales. Además resulta fundamental corregir los déficits sensoriales en caso de que existan.

A nivel farmacológico, los antipsicóticos constituyen el tratamiento fundamental, siguiendo la línea de las recomendaciones del tratamiento en pacientes más jóvenes, ya que no existen estudios específicos en pacientes con PTEIMT, y por tanto no ha sido posible elaborar guías de tratamiento específico. Se suelen recomendar los antipsicóticos de segunda generación por su mejor perfil de tolerancia (escasos estudios con Risperidona muestran buen perfil de seguridad, no existiendo estudios específicos con Paliperidona o Aripiprazol). Generalmente se necesitan dosis bajas.

Son predictores de peor respuesta al tratamiento la presencia de mayor edad, trastornos formales del pensamiento, personalidad esquizoide, déficits sensoriales y signos de organicidad. Por su parte, la presencia de alucinaciones, síntomas depresivos y conducta agresiva son predictores mejor respuesta al tratamiento. El género, la historia familiar y la presencia de síntomas de primer orden no parecen guardar relación con la respuesta terapéutica.

EVOLUCIÓN

La evolución tiende a ser crónica, no obstante se considera que suele ser mejor que la de la esquizofrenia que debuta a edades más jóvenes. Por su parte, la evolución sintomática tiende a ser peor en aquellos pacientes con mayores dificultades cognitivas.

Es importante vigilar la aparición de un trastorno depresivo postpsicótico, lo cual puede suceder hasta en un 50% de los casos cuando se ha conseguido una mejoría de la sintomatología delirante.

No existen pruebas concluyentes para afirmar que, en la mayoría de los casos, la PTEIMT sea un precursor de demencia.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECIENTE

CONCLUSIONES

A pesar de los numerosos avances en distintos campos de la Psiquiatría, las psicosis de inicio muy tardío siguen siendo poco conocidas en muchos de sus aspectos.

Teniendo en cuenta los patrones demográficos de envejecimiento poblacional, es probable que la aparición de psicosis de tipo esquizofrénico a edad avanzada sea un hecho cada vez menos infrecuente.

A pesar de su similitud con los cuadros que debutan a edades más tempranas, las psicosis de inicio muy tardío poseen características diferenciales.

Algunos aspectos prioritarios para aumentar el conocimiento científico sobre esta patología serían la unificación de criterios, la realización de estudios multicéntricos y longitudinales para determinar la evolución y pronóstico, así como la realización de ensayos clínicos controlados para determinar la eficacia del tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGÜERA, L. CERVILLA, J. MARTÍN, MANUEL. *Psiquiatría Geriátrica*. 2ª edición. Barcelona: Masson, 2006. ISBN: 978-84-458-1579-3.
2. BEBELZE, J. GALLARDA, T. *Very late onset psychotic symptoms: psychosis or dementia? A phenomenological approach. A systematic review*. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 18:1 (2020): 77-87.
3. BOYCE, N. WALKER, Z. *Late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis*. *Psychiatry*, 7:11(2008): 463-466.
4. COLIJN, M. BRADLEY, H. GROSSBERG, G. *Psychosis in Later Life: A Review and Update*. *Harvard Review of Psychiatry*, 23:5(2015): 354-367.
5. ESSALI, A. ALI, G. *Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia*. *The Cochrane schizophrenia group*, 2(2012): 1-64.
6. GIL, P. *Tratado de Neuropsicogeriatría*. 1ª edición. Madrid: Ergon, 2010. ISBN: 978-84-8473-820-6.
7. FLEMMING, N. et al. *Diagnosis and treatment of paranoid and schizophrenia-like psychosis in elderly patients*. *Ugeskrift for Laeger*, 180:39 (2018).
8. SAINZ, J. et al. *Psicofármacos en geriatría*. 1ª edición. Barcelona: Ars Médica, 2006. ISBN: 84-9751-150-6.

PSICOSIS DE INICIO MUY TARDÍO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

9. SCOTT, J. GREENWALD, B. KRAMER, E. *Atypical (second generation) antipsychotic treatment response in very late-onset schizophrenia-like psychosis*. *International Psychogeriatric*, 23:5(2011): 742-748.
10. SIKKA, V. KALRA, S. GALWANKAR, S. *Psychiatric Emergencies in the Elderly*. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 33(2015): 825-839.
11. SUEN, Y. et al. *Late-onset psychosis and very-late-onset-schizophrenia-like-psychosis: an updated systematic review*. *International Review of Psychiatry*, 31 (2019): 523-542.
12. VALLEJO, R. LEAL, C. *Tratado de psiquiatría*. 2ª edición. Madrid: Marbán, 2012. ISBN: 978-84-7101-871-7.