

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Sánchez Sánchez, Pilar Chacón Martínez, Santiago Pina Franco, María Gavilán Morales, Natividad Mejías Simarro, Cecilia Calero Mora, Manuel Martínez-Carlón Bueso, Miriam Fueyo Estévez, Luna Fuentes Rumí, María José Martínez Mirete

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

jssdejuan@gmail.com

RESUMEN

El trastorno esquizofreniforme, a pesar de muchos puntos en común con el trastorno esquizofrénico, tiene una serie de características diferenciales; véase el tiempo de evolución, su prevalencia hasta 5 veces más baja o su baja disfunción sociolaboral. Se presenta el caso de un varón de 27 años, presidiario, que acude a urgencias por agitación psicomotriz y clínica psicótica, con ideas delirantes de control hacia su persona, no persecutorias. Se descarta clínica afectiva mayor y trastorno por consumo de tóxicos, así como otras enfermedades concomitantes. Durante su estancia en el hospital, continúa con su delirio confabulativo, el cual peca de cierta grandiosidad, no existiendo otra clínica psiquiátrica adyacente de ansiedad, agitación o conducta. El cuadro evoluciona invariablemente durante semanas, y se deja a la espera de un diagnóstico en función de la variable "tiempo de evolución".

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El término "psicosis esquizofreniforme" lo introdujo por primera vez el psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt, en el año 1937, para referirse a un grupo de pacientes con un trastorno psicótico parecido a la esquizofrenia pero con mejor pronóstico que ésta, mejor adaptación premórbida y un inicio más agudo y relacionado con episodios traumáticos.

El diagnóstico trastorno esquizofreniforme (TE) se incorpora oficialmente en las clasificaciones diagnósticas internacionales en 1980.

Se diferenciaba de la esquizofrenia porque para su diagnóstico se exigía una duración inferior a 6 meses. En el DSM-III-R³ se introduce el calificativo "provisional"; se definen también 4 características de buen pronóstico. El cumplimiento de un mínimo de 2 de estas características permite definir al TE como "con características de buen pronóstico", lo cual anticiparía una evolución favorable del trastorno. En el DSM-IV⁴ se acota la duración temporal del TE entre 1 y 6 meses para distinguirlo del trastorno psicótico breve. El DSM-IV-TR⁵ mantiene el diagnóstico y no presenta modificaciones respecto a la edición anterior. En realidad, esta definición dista mucho de la inicial de Langfeldt, que consideraba el TE una enfermedad cualitativamente distinta de la esquizofrenia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 27 años remitido desde prisión a Urgencias por cuadro de agitación psíquica. Ésta consiste en insomnio nocturno persistente, a la par que gritos incontrolables.

Cuando se le entrevista, el paciente se encuentra consciente y orientado. De actitud colaboradora y perfectamente abordable, abierto a mantener una discusión. Su discurso es fluido y no es del todo incoherente, mezclando pensamientos. Manifiesta ideas delirantes de control por parte de terceras personas, sugiriendo que "su compañero de celda le controla a través del mando a distancia"

No presenta otra clínica psiquiátrica asociada; no presenta alteraciones de la sensopercepción. Tampoco presenta ideas auto ni heterolíticas.

El paciente tiene nula conciencia de enfermedad al inicio del cuadro, y como veremos más adelante, ésta permanecerá inalterable.

Se le puede tachar de interpretativo, desconfiado, con un coeficiente intelectual bajo.

Durante su estancia en el hospital permanece invariable el delirio confabulativo de cierta grandiosidad, es más, va en aumento según pasan los días y lo vive de manera más apasionada.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

Cuando es preguntado por un tema, él se apresura a responder con información poco veraz, que se reproduce a continuación:

“Tengo más de 10 mujeres”, “Conozco al coronel de la Guardia Civil”, “La mujer de Cristiano Ronaldo quiere ser mi novia, y va a venir a verme porque me he hecho famoso”.

Según refiere su familia, este cuadro tiene una evolución de 4 meses, sin antecedentes previos personales. Tampoco se encuentra dentro de sus antecedentes personales cuadros de clínica afectiva mayor, cuadros maníacos o de características mixtas.

Se le da el alta y debe continuar ingresado en enfermería para continuar observación, a expensas de un posible cambio en su diagnóstico en función de la variable tiempo de evolución.

Además, es importante señalar que, aunque en un principio se pensó en ello, el consumo de tóxicos era negativo.

DISCUSIÓN

El debate que aquí se genera viene dado por la escasa diferencia, separada por matices y ciertas variables de los trastornos psicóticos.

En primer lugar, hemos de identificar cuáles son los posibles diagnósticos diferenciales, que se encuadran dentro de los trastornos psicóticos.

Las principales características del trastorno esquizofreniforme son las siguientes:

Se cumplen estos 3 Criterios Diagnósticos.

- Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos.

- Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

Como establecíamos en la introducción, el diagnóstico queda abierto, a expensas de la variable tiempo; esto quiere decir que un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses.

Además, existen otras características que van a establecer la buena evolución clínica del paciente; Éstas son:

1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
3. buena actividad social y laboral premórbida
4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

De éstas, han de cumplirse al menos dos para poder establecer un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme con buen pronóstico.

Por lo tanto establecemos las siguientes diferencias con el resto de trastornos:

El hecho fundamental que diferencia con la esquizofrenia es el tiempo de evolución, pues en el trastorno esquizofreniforme, los síntomas están presentes menos de 6 meses. Además, no existe disfunción sociolaboral, sí existente en el trastorno esquizofrénico.

Uno de los criterios diagnósticos es la no existencia de clínica afectiva mayor, ni manía, ni episodios mixtos, por lo tanto, tendríamos aquí la clave para establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoafectivo.

Por último, pero no menos importante, es necesario descartar el consumo de tóxicos, hecho que, de ser positivo, podría ser compatible con un cuadro psicótico inducido por tóxicos.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme es algo poco común, y mucho menos como en este caso aquí presentado, el cual hemos visto desde los albores de su presentación.

En general, este diagnóstico depende en su gran mayoría del tiempo de evolución del cuadro. Por ello, es preciso indicar que tras el seguimiento de estos pacientes, el 60% de ellos pasa a considerarse un trastorno esquizofrénico, mientras que solamente el 25,9 % continúa con el diagnóstico primario a los 5 años de revisión, en términos generales.

Con respecto al trastorno esquizofreniforme, es preciso hacer una puntualización; las características de buen pronóstico establecen una mejor evolución a lo largo de varios años de estudio.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Langfeldt G. Definition of
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
3. Strakowski SM. Diagnostic validity of schizophreniform disorder. Am J Psychiatry. 1994;151:815-24.
4. Benazzi F. DSM-III-R schizophreniform disorder with good prognostic features: a six-year follow-up. Can J Psychiatry. 1998;43:180-2.
1. Medline
5. Trastorno esquizofreniforme. Estudio prospectivo de 5 años de seguimiento, Elsevier publicaciones, R Pérez-Egea a, MJ Escartí a, JA Ramos-Quiroga a, I Corripio-Collado a, J Pérez-Blanco a, V Pérez-Sola a, E Álvarez-Martínez a
6. Benazzi F. Family history of DSM-III-R schizophreniform disorder with good prognostic features. Can J Psychiatry. 1998; 43:525-6.
7. American Psychiatric Association. DSM-V-TR, Breviario: Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson, 2014
8. INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA, 8ª ED. J. VALLEJO RUILOBA , MASSON, 2015