

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

Jose Angel Rodrigo Manzano, Margarita Guerrero Jimenez, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro

Servicio Andaluz de Salud

joserodrigomanzano@gmail.com

RESUMEN

Resumen resumen

Varón de 44 años que ingresa en HD diagnosticado de Deterioro Cognitivo en Trastorno Mixto de la Personalidad. Años atrás filiado cuadro depresivo, que evoluciona a Trastorno Bipolar, y en los últimos meses Trastorno Esquizofreniforme. Durante el ingreso EEG, RMN, y SPECT Cerebral con resultados en la normalidad. Se realiza una evaluación neuropsicológica y clínica amplia debido a las dificultades diagnósticas y evolución desfavorable. – Mini Mental: 27/30. . – Valoración Neuropsicológica breve. Rango normal. – Test WAIS III. CI total: 94. – Escala de Experiencias Disociativas: 63/90. – PANSS. Síndrome Positivo: percentil 5. Síndrome Negativo. Percentil 35. Psicopatología General: percentil 30. – Millon III. Puntuación (PREV > 85): Devaluación, Ansiedad, Trastorno del pensamiento y Depresión Mayor. Puntuación (PREV > 75): Esquizoide, Dependiente, Somatomorfo. Se constatan dificultades de memoria, autobiográfica y de hechos recientes, sin deterioro cognitivo. Inteligencia normal con dificultades en el material verbal. Puntúa alto en experiencias de amnesia y despersonalización, así como en absorción mental. Rango bajo del síndrome positivo y negativo de la PANNS . En la Psicopatología General son elevadas las puntuaciones que tienen mayor componente subjetivo. Perfil compatible con un Trastorno disociativo en el cuestionario Millon III. Datos complementarios de entrevistas clínicas y familiares manifiestan dos patrones de conducta diferenciados, experiencia subjetiva de extrañeza y pérdida de control sobre la conducta y amnesia parcial. Esas “transformaciones” que suelen suceder ante eventos estresantes. Se diagnostica de Episodio Depresivo Moderado y Trastorno de Personalidad Múltiple. Middleton, W. (2005). Perspectives on the treatment of dissociative patients. *Dissociative disorders*, 13, 40-49

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 44 años que ingresa en Hospital de Día en Julio de 2015, tras el alta en la Unidad de Hospitalización, diagnosticado de Deterioro Cognitivo en Trastorno Mixto de la Personalidad.

El paciente está casado desde 1999 y tiene dos hijos de 12 y 14 años respectivamente.

Los problemas psiquiátricos comienzan en 2008, relacionados con la preocupación por su hija y por el exceso de carga de trabajo para pagar los gastos derivados de la enfermedad de ésta (Síndrome de Duane). Hasta entonces se consideraba una persona feliz en el trabajo y en su familia. Se sentía valorado como trabajador, como pareja y como padre.

Su esposa no es consciente del inicio de la sintomatología. Es cuando comienza a trabajar en la misma empresa, finales de 2013, cuando se entera a través del responsable de que desde 2008 el paciente había protagonizado conductas conflictivas. Lo hacía durante períodos de dos meses aproximadamente, luego se normalizaba hasta que volvía a entrar en otra etapa de inestabilidad. Las dificultades se fueron intensificando con el tiempo. Golpes a objetos, conflictos (especialmente con los superiores), abandono del puesto de trabajo, se esconde en el baño, olvidos... Después de saberlo, su esposa revisa la conducta del marido y recuerda que en 2008 comienza a tener problemas de expresión verbal, para construir las frases correctamente, así como períodos breves en los que se comporta de forma normal pero no habitual en él.

En 2011 el cuadro empeora. Comienza a focalizar los conflictos en uno de los superiores. Su mujer detecta cada vez menor tolerancia a la frustración y respuestas más agresivas y globales, incluso en el domicilio, cuando se habla de esta persona.

En 2013 hay un nuevo empeoramiento. La empresa adopta medidas disciplinarias por las reiteradas conductas inadecuadas. Agrede a dos compañeros mediante sendos puñetazos, motivo por el que se adoptaron medidas disciplinarias (expulsión de tres días en cada caso). En este contexto es cuando la mujer se incorpora a la empresa.

En noviembre de 2013 su hija comienza a ser atendida en la USMC por un cuadro de desadaptación consecutivo a enfermedad física con seis meses de evolución: tristeza, ansiedad con taquicardia, temblores, cefaleas, llanto, no tolera estar sola, insomnio, pérdida de apetito, irritable, dificultades de concentración, rumiaciones relacionadas con su enfermedad (miedo a los episodios de ceguera). Hasta entonces parecía sobrellevar bien su enfermedad.

En mayo de 2014 incapacidad temporal por sintomatología depresiva. Acepta por primera vez el tratamiento especializado. Aunque una leve mejoría se producen numerosos acontecimientos vitales en la familia. Él y su mujer rompen la relación con sus familias de origen. En noviembre tiene una nueva baja y según su esposa protagoniza varias ingestas medicamentosas que no comunica por miedo a una reacción violenta del paciente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

En marzo de 2015, tras sufrir su esposa una hemiparesia, el paciente realiza un intento autolítico mediante venoclisis. Comienzan a atenderle en la USMC.

En dos semanas acuden a la USMC por urgencias en siete ocasiones con demandas crecientes por parte de la esposa. Su facultativo recoge sintomatología depresiva, ideación autolítica, hipotimia, apatía, dificultad para relacionarse, muy baja autoestima, autodepreciación, no se siente merecedor del amor de su esposa y culpabilidad por no ayudar suficientemente a su hija enferma.

Al mismo tiempo su hijo comienza a ser atendido por un cuadro iniciado un año antes y caracterizado por ánimo triste, bajada de rendimiento escolar, irritabilidad, mareos, vómitos, disminución del apetito. El niño venía asumiendo funciones parentales de forma progresiva en la medida en la que el estado del padre empeoraba. El padre muestra creciente hostilidad hacia el hijo, que, a su vez está muy preocupado por la salud del padre y trata, junto con la madre de controlar continuamente la conducta del padre para evitar comportamientos desadaptados.

La esposa describe episodios de su marido en los que éste parece transformarse, convertirse en otra persona. Son momentos en los que le cambia la voz, la expresión facial, el tono y contenido de sus palabras y se muestra descontrolado, irrespetuoso, insulta y se comporta de forma agresiva (verbal y físicamente). Habitualmente, según ella, no recuerda lo ocurrido en esos episodios.

Ante el empeoramiento del cuadro el paciente es ingresado en dos ocasiones a lo largo del mes de mayo de 2015 en la UHSM, durante un total de más de cuatro semanas.

El riesgo de autolisis, el desbordamiento familiar y su imposibilidad de contener al paciente, la falta de apoyo social, el temor a la agresividad y las conductas descontroladas del paciente hacen inevitables los ingresos. Allí mejora levemente. Pruebas neurológicas para descartar organicidad: EEG, RM y SPECT cerebral compatibles con la normalidad. Aunque en la exploración neuropsicológica muestra limitaciones compatibles con deterioro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antecedentes personales y familiares.

El ambiente familiar de origen no era muy adecuado para la crianza de un niño. El padre tenía trastornos de conducta en el marco de un trastorno mental. La madre ocupaba la mayor parte del tiempo en su cuidado, adoptando una actitud justificadora y normalizadora. El paciente pasaba mucho tiempo con los vecinos debido a esta situación. Aunque no señala nada significativo respecto al padre o a las posibles dificultades en el entorno familiar, se independizó muy joven.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

La conducta del padre estaba caracterizada por frecuentes pérdidas de control, conducta errática, impulsiva e inadecuada.

También la esposa informa de un sobrino con autismo y otro con un trastorno mental que no saben identificar. Cree que algunos de los síntomas de Alejandro, el padre y los sobrinos son comunes.

Entrevista clínica al ingreso en HD.

"Me siento hecho pedazos... Mi casa es un infierno... Nervios... Fallos de memoria, no recuerdo bien las cosas que hago, a menudo la mente se me queda en blanco..." "Llevo dos años así, sé lo que hago pero no me acuerdo a los treinta minutos...No sé por qué me corté las venas... Estallé hace dos años... Estoy mal desde hace 5-6 años... Nervioso, con mal carácter, abandono del puesto de trabajo...Si estoy solo me autolesiono sin pensar".

Impresiona de realizar un afrontamiento de las dificultades desde la contención emocional. Sin embargo desde el diagnóstico de su hija la situación le desborda cada vez en mayor número de ocasiones y pierde el control.

Recuerda la fecha de hospitalización, reconstruye adecuadamente la secuencia de hechos relevantes en el hospital.

Pruebas complementarias.

- Examen cognoscitivo: Mini Mental.
27 sobre 30. Rango normal. Falla los tres ítems de recuerdo diferido.
- Valoración Neuropsicológica Breve
No se evidencia alteración en las funciones ejecutivas (semejanzas, cálculo y secuencias), conceptuales ni en las motoras. En el lenguaje se mantienen las dificultades en cognición y recuerdo pero está preservada la comprensión.

En cuanto a codificación y recuerdo de material visual sigue en la normalidad.

Dentro de las funciones de evocación el rendimiento es significativamente más bajo en la memoria verbal que en la visoespacial. En la memoria verbal el rendimiento espontáneo no mejora al utilizar claves (categorías) ni en la tarea de reconocimiento.

- Evaluación de inteligencia (WAIS III)

CI Total: 94

CI Verbal: 96

CI Manipulativo: 93

Rango medio en los CI más próximo al normal-bajo. Mejor resultado de los índices en Memoria de Trabajo. Velocidad de Procesamiento está afectada por los errores.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

No hay ningún test que se aleje significativamente de la media. Mayor dificultad para elaborar material verbal, sobre todo si va en relación con la memoria autobiográfica reciente. Mayor tolerancia a la frustración, dedica más tiempo a las pruebas aunque no tenga éxito, en los test manipulativas.

- Escala de Experiencias Disociativas. (Media de cada factor sobre 5)

- Amnesia / 3.83
- Despersonalización / 3.33
- Absorción mental / 3.33
- Puntuación total de 63 sobre 90

Destaca la sensación de quedarse suspendido en el espacio, sin poder pensar en nada, ni tener noción del tiempo. La extrañeza por el modo en que se encuentra vestido, al no recordar la ropa ni como se ha puesto.

Experiencias de absorción tales como centrarse tanto en un pensamiento que parece estar pasando o estar haciendo actividades como ver la TV o manualidades y olvidar el contexto. En algunas ocasiones también la sensación de poder verse desde fuera.

- PANSS

Síndrome Positivo: Percentil 5. Rango "Muy bajo"

Síndrome Negativo: Percentil 35. Rango "Bajo".

Psicopatología General: Percentil: 40. Rango "Medio".

Destaca los "susurros" que escucha dentro de su cabeza pero que son ininteligibles. También las "sombras", cuando está muy ansioso, que desaparecen al prestarles atención o se desvanecen. Además de sensaciones frecuentes de extrañeza y desrealización.

El perfil de puntuaciones es menos consistente que en otros pacientes con diagnóstico de psicosis.

- Valoración de Personalidad (Millon III)

Puntuación (PREV > 85): Devaluación, Ansiedad, Trastorno del pensamiento y Depresión Mayor.

Puntuación (PREV > 75): Esquizoide, Dependiente, Somatomorfo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. (EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA DESDE ABRIL DE 2015)

- Trastorno bipolar.
- Trastorno depresivo con alteraciones de conductas, asociados a rasgos caracteriales.
- Trastorno orgánico personalidad / Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

- Deterioro cognitivo en Trastorno mixto personalidad.

JUICIO CLÍNICO

- Trastorno de personalidad múltiple.
- Episodio depresivo moderado.
- Trastorno de ansiedad generalizada.

COMENTARIO FINAL

Se constatan dificultades de memoria, autobiográfica y de hechos recientes, sin deterioro cognitivo. (Inteligencia normal con dificultades en el material verbal).

Puntúa alto en experiencias de amnesia y despersonalización, así como en absorción mental. Rango bajo del síndrome positivo y negativo de la PANSS. En la Psicopatología General son elevadas las puntuaciones que tienen mayor componente subjetivo.

Perfil compatible con un Trastorno disociativo en el cuestionario Millon III.

Datos complementarios de entrevistas clínicas y familiares manifiestan dos patrones de conducta diferenciados, experiencia subjetiva de extrañeza y pérdida de control sobre la conducta y amnesia parcial. "Transformaciones" que suelen suceder ante eventos estresantes.

BIBLIOGRAFÍA

Middleton, W. (2005). Perspectives on the treatment of dissociative patients. *Dissociative disorders*, 13, 40-49