



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlota Moya Lacasa, Elisa Seijo Zazo, Icíar Abad Acebedo, Leticia Gonzalez Blanco, Isabel Pereira Lestayo, Beatriz Camporro Rocés.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se ha mantenido en discusión a lo largo de las diferentes clasificaciones, por las dificultades que presenta en el diagnóstico diferencial con trastornos afectivos y esquizofrenia; y la escasa estabilidad de la entidad diagnóstica.

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Ideación delirante

Antecedentes personales

- Somáticos: No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. No antecedentes médicos de interés.
- Psiquiátricos: Refiere haber acudido en el año 1993 al psiquiatra tras intento autolítico y ánimo depresivo. No contactos posteriores con la red de Salud Mental.

Antecedentes familiares

Psicosis en rama materna

Enfermedad actual

La paciente acude a Urgencias acompañada de una amiga tras ser encontrada en la calle con alteración del comportamiento aparentemente en relación a un episodio alucinatorio. Actualmente la paciente refiere que, tras el fallecimiento de una compañera de trabajo, sintió que su muerte había sido culpa suya, tras lo cual comenzó a notar que sabía el destino de cada persona, estando en el infierno en este momento.

Exploración física

Sin hallazgos de focalidad neurológica.

Exploración de las funciones psíquicas

Consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora y abordable. Aspecto desaliñado (reconoce haberse abandonado con las ABVD). Llorosa y angustiada. Discurso fluido, espontáneo y bien dirigido. Alto nivel cultural. Refiere que desde que vive sola oye a su padre fallecido roncar

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DE ORIGEN ORGÁNICO VERSUS INDUCIDOS POR MEDICAMENTO VERSUS PSICÓGENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

y en ocasiones ve a su madre. Convencida de que ha tenido malos pensamientos y que ha podido producir catástrofes. Trae una foto en la que asegura que según cómo se mire, las personas tienen aspecto demoníaco o no (mientras dice esto hace muecas faciales, con protrusión de la lengua). Interpretaciones de carácter autorreferencial y místico con importante repercusión afectiva. Poco permeable a los intentos de hacer crítica del delirio, aunque acepta bien el ingreso. No ideación ni intención autolítica estructurada. No heteroagresividad. Sueño y apetito conservados.

INFORME DE LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Bioquímica: Glucosa: 127 mg/dl Urea: 42 mg/dl Creatinina: 1.20 mg/dl Ion Sodio: 143 mmol/l Ion Potasio en Plasma: 3.3 mmol/l Etanol: No detectable

Tóxicos en orina: Metanfetaminas: negativo, Antidepresivos tricíclicos: negativo, Opiáceos: negativo, Éxtasis: negativo, Barbitúricos: negativo, Benzodiazepinas: negativo, Anfetaminas: negativo, Cannabis: negativo, Cocaína: negativo, Metadona: negativo.

Hemograma: Hematíes 5.46, Hemoglobina 14.6 g/dl, Hematocrito 43.7%, VCM 80.0 fL, HCM 26.7 pg, CHCM 33.4 g/dl, Leucocitos 9.62, Neutrófilos (sangre-%) 62.0 %, Neutrófilos 5.96, Linfocitos (%) 26.6 %, Linfocitos 2.56, Monocitos (%) 9.4 %, Monocitos 0.90, Eosinófilos (%) 1.0%, Eosinófilos 0.10, Basófilos (%) 1.0 %, Basófilos 0.10, Plaquetas 337, VPM 11.1 fL, SR RDW Coeficiente de variación 13.5 %, Granulocitos inmaduros 0.04, Granulocitos inmaduros (%) 0.40 %.

RMN craneal: Estructuras encefálicas infra-supratentoriales de morfología y señal de resonancia normales, sin objetivar lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas, ni tampoco signos de expansividad intracraneal. Exploración sin hallazgos significativos.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES (TOMANDO COMO REFERENCIA LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10)

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo con síntomas psicóticos (F31.5)

Los criterios diagnósticos consistirían en: a) el episodio actual ha de satisfacer las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, b) se ha presentado previamente otro episodio depresivo, maníaco, hipomaníaco o mixto en el pasado. En el caso de nuestra paciente, no se han presentado previamente episodios depresivos, maníacos ni hipomaníacos que justificasen este diagnóstico. Además las ideas delirantes en este caso son más bizarras de lo que cabría esperar en un trastorno bipolar.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DE ORIGEN ORGÁNICO VERSUS INDUCIDOS POR MEDICAMENTO VERSUS PSICÓGENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.2)

Durante un episodio de estas características, se deben reunir los siguientes criterios: a) ánimo depresivo, pérdida de interés y de capacidad de disfrutar, b) angustia o agitación, o por el contrario, inhibición, c) ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Como comentábamos en el apartado anterior, generalmente los síntomas psicóticos presentes en este tipo de trastorno, son congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo: ideas de inutilidad, pobreza, fracaso, persecución, enfermedades somáticas terminales...), no siendo éste el caso de nuestra paciente.

Esquizofrenia (F20)

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. En la esquizofrenia no coexistirían los síntomas típicos de la enfermedad con síntomas de trastornos mayores afectivos, como sí ocurre en el caso expuesto.

Trastorno esquizoafectivo (F25)

Se trata de trastornos episódicos en los cuales tanto síntomas afectivos como esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno esquizoafectivo (F25-CIE 10)

TRATAMIENTO

Invega 9 mg 1-1-0

Lorazepam 1 mg 0-0-1

EVOLUCIÓN

Durante el ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, se realiza ajuste del tratamiento farmacológico, así como apoyo psicoterapéutico, con buena evolución de la paciente hacia la mejoría clínica.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DE ORIGEN ORGÁNICO VERSUS INDUCIDOS POR MEDICAMENTO VERSUS PSICÓGENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Al alta se encuentra tranquila y adecuada. Sonriente. Eutímica. Discurso fluido, espontáneo, bien dirigido y centrado. No alteraciones de la esfera psicótica. Realiza crítica de sus percepciones delirantes al ingreso, mostrando cierto temor ante la posibilidad de que se repita la situación que motivó el ingreso. No ideación ni intención autolítica ni heteroagresividad en este momento. Conciencia de enfermedad. Sueño y apetito conservados.

Una vez cumplidos los objetivos del ingreso y de acuerdo con la paciente y su familia, se procede al alta de la Unidad para seguimiento ambulatorio.

La paciente ha mantenido consultas con carácter regular en su CSM correspondiente con evolución favorable hacia la estabilidad clínica.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Como comentábamos previamente, existe a día de hoy gran controversia acerca de la validez del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. De hecho, algunos autores tienden a considerar que se trata de la misma entidad que la esquizofrenia o el trastorno bipolar con síntomas psicóticos.

Sin embargo, con cada actualización de las clasificaciones diagnósticas, se va afinando más en los criterios diagnósticos, intentando establecer unos más específicos, que faciliten la clarificación diagnóstica de cara a realizar un abordaje integral del caso.

CIE-10: el trastorno esquizoafectivo consiste en trastornos episódicos en los cuales tanto síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. Existirían dos subtipos de trastorno esquizoafectivo, según predominen síntomas maníacos o depresivos.

DSM-V: se exponen cuatro criterios diagnósticos: A) un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) concurrente con el criterio A de esquizofrenia (dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado, 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico, 5. Síntomas negativos). B) Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad. C) Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad. D) El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia u otra afección médica.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DE ORIGEN ORGÁNICO VERSUS INDUCIDOS POR MEDICAMENTO VERSUS PSICÓGENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

En este caso nos inclinaríamos hacia un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo dado que cumple todos los criterios diagnósticos antes mencionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rink L. et al. Characteristics and heterogeneity of schizoaffective disorder compared with unipolar depression and schizophrenia - a systematic literature review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Feb;191:8-14.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría de Kaplan y Sadock: Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 10ª edición. Nueva York: Wolters Kluwer. Lippincot y Williams & Wilkins
3. Lake CR et al. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease--there is no schizoaffective disorder. *Current Opinion in Psychiatry.* 2007 Jul;20(4):365-79.
4. Carpenter WT, Tandon R. Psychotic disorders in DSM-5: summary of changes. *Asian J Psychiatr.* 2013 Jun;6(3):266-8. doi: 10.1016/j.ajp.2013.04.001. Epub 2013 Apr 19.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Boletín oficial del Estado.
6. American psychiatry association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. Panamericana.