

Diagnóstico diferencial de psicosis de inicio a los 64 años con síntomas de tipo esquizofrenia

Sonia Villero Luque¹
Manuel González-Molinier¹
Ángela Vivero Poveda¹
Enrique García-Bernardo¹

Resumen

Introducción: Desde los inicios de la psiquiatría, la psicosis de comienzo por encima de los 60 años de edad ha suscitado diversas controversias diagnósticas. Uno de los objetos de mayor discusión ha sido la validez de la aplicación del diagnóstico de esquizofrenia en esta franja de edad. Actualmente existen consensos científicos sobre el diagnóstico, la nomenclatura y el tratamiento de la esquizofrenia de inicio tardío y la psicosis de inicio muy tardío tipo esquizofrenia. *Método:* Reporte de caso. *Resultado:* Se presenta el caso de una mujer, quien con 64 años de edad presentó ideas delirantes y alucinaciones. Una vez realizado el diagnóstico diferencial con delirium y otros trastornos somáticos, demencia y trastorno delirante fue diagnosticada con psicosis tipo esquizofrenia de inicio muy tardío. *Discusión y conclusión:* Se discute la validez e historia del concepto de esquizofrenia de inicio tardío, sus principales diagnósticos diferenciales y características clínicas.

Palabras clave: psicosis, esquizofrenia, adulto mayor, mediana edad.

Title: Differential Diagnosis of Psychosis with Schizophrenia-Like Symptoms Beginning at Age 64.

Abstract

Introduction: The onset of psychosis over the age of sixty has aroused diagnostic controversies since the beginning of psychiatry. One of the major discussions has centered on the diagnosis of schizophrenia in that age range. Nowadays, there exists an international consensus on diagnosis, nomenclature, and treatment of late and very late onset schizophrenia. *Method:* Case report. *Result:* The authors present a case of a woman who at the age of 64, started to suffer delusions and hallucinations and who was diagnosed with schizophrenia-paranoid type, after the authors had made the differential diagnosis with delirium, other somatic conditions, dementia, delusional disorder, and affective disorders. *Discussion and conclusion:* The historical validity of late onset schizophrenia, its differential diagnosis, and clinical features are discussed.

Key words: Psychotic disorders, schizophrenia, older adult, middle-age.

.....
¹ Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción

Debido al progresivo envejecimiento de la población, la psicosis de inicio tardío ha despertado nuevamente los debates en la psiquiatría. Debido a esto se publicó un consenso de expertos, en el cual se intentaba clarificar la nomenclatura de la psicosis de inicio tardío y muy tardío de tipo esquizofrenia (1), así como la confusión con términos como la parafrenia tardía. A continuación presentamos un caso de psicosis de inicio tardío en una paciente de 64 años de edad que ejemplifica esta controversia, y a quien, tras realizarle un diagnóstico diferencial, se le diagnostica psicosis de inicio tardío de tipo esquizofrenia.

Caso clínico

La señora O, mujer caucásica de 64 años, ingresa en la unidad de hospitalización de psiquiatría para estudio de episodio psicótico. Los familiares de la paciente referían que ella se había mostrado progresivamente más desconfiada en los últimos dos meses, y verbalizaba que había un complot contra ella por parte de diversas autoridades que controlaban sus actos e intentaban “manipular” su cuerpo. Los días previos al ingreso redujo la ingesta, por el temor a ser envenenada. La consulta a urgencias se produjo tras un episodio de heteroagresividad verbal y física hacia los familiares,

a los que acusaba de estar involucrados en la trama.

Antecedentes personales médicos

Temblor esencial cervical, en seguimiento por servicio de neurología desde hacía 20 años, sin tratamiento farmacológico. No tomaba ningún tratamiento farmacológico ni refería hábitos tóxicos. No había antecedentes personales psiquiátricos, y contrastado con su familia, no se había observado un deterioro en las habilidades cognitivas o funcionales de la paciente con anterioridad al ingreso.

Historia personal y situación basal actual

Madre de dos hijos independizados. Convivía al ingreso con su pareja desde hacía más de 20 años. Ama de casa. Buen ajuste sociofamiliar premórbido. La describían como una persona trabajadora, confiada y sociable previamente al comienzo de los síntomas.

Evaluación psiquiátrica durante el ingreso

Se realizó un *screening* médico y se solicitaron hormonas tiroideas, perfil hepático y renal, vitamina B12 y folato, proteína C reactiva, hemograma y coagulación, serologías de virus de hepatitis C, virus de inmunodeficiencia humano y sífilis, y analítica de orina. Todos

los resultados estaban en rango de normalidad. El examen de tóxicos resultó negativo. Se realizó una tomografía computarizada al ingreso, en la cual no se hallaron alteraciones significativas para la edad de la paciente. Se solicitó valoración por neurología, que confirmó el diagnóstico de temblor esencial y descartó otras alteraciones neurológicas; también, una valoración psicológica, para descartar alteraciones cognitivas, con resultado: “Minimalmente psicométricamente normal. Las funciones de memoria, concentración y atención son normales, y no se observan apraxias, afasias ni alteraciones de la funcionalidad cotidiana, excepto las directamente relacionadas con la sintomatología delirante”.

Historia de la enfermedad actual

Durante los primeros tres días tras el ingreso, la paciente se mostraba desconfiada con el personal médico, a cuyos miembros acusaba de ser actores contratados por “altas instancias gubernamentales” para “hacerla pasar por una enferma y quitarla de en medio”. Aunque siempre la atendió el mismo facultativo, la paciente refería que se trataba de distintas personas, y que “le hacían creer que era el mismo para confundirla”; igualmente, llegó a afirmar que “todo aquello era un montaje”.

Cada día entregaba a enfermería recortes de un cuaderno, de

los que decía: “Están escritos con mi letra, pero es evidente que no los he hecho yo: me los dejan para confundirme”. Evitaba hablar de los síntomas que la habían conducido al ingreso, y, en cambio, centraba su discurso en sus dudas relacionadas con la verdadera identidad del personal. Pensaba que parte de los enfermos podían ser actores, y otra parte, como ella, personas polémicas políticamente y apartadas de la sociedad.

Durante las entrevistas insiste en que le digamos “a los de arriba” que no escribe sobre política en realidad; “no puedo dormir, porque continuamente me metéis mensajes en la cabeza, ideas y palabras que no son mías; yo intento luchar contra ellas, pero me agotan”. Esta desconfianza va cediendo parcialmente en los siguientes días, y pudo verbalizar la historia de su enfermedad actual. Al parecer, desde su juventud escribe poemas y relatos por afición, algunos de los cuales fueron publicados en revistas o premiados.

Desde hacía unos tres o cuatro meses había empezado a notar que algunos de estos escritos desaparecían de su despacho y aparecían días más tarde con correcciones y frases, las cuales no reconocía como propias y que podían contener algún tipo de mensaje político o religioso con el objeto de ponerla en una situación comprometida. Decía haber visto obras suyas publicadas sin su consentimiento en páginas de

Internet, razón por la cual decide inscribir sus escritos en la sociedad de autores, y, de esta forma, impedir que fueran modificados. También dice haber recibido a través del ordenador mensajes de contenido erótico que le mandan para incomodarla.

Como recientemente habían estado instalando un cableado en su casa, deduce que los obreros se han hecho con una llave maestra para tener acceso a sus pertenencias, a sus libros y a la obras de su autoría. Cree que han instalado cables de fibra óptica, mediante los que ejercen algún tipo de control sobre ella y su familia. Llega a deshacerse de su móvil porque, pensaba, a través de él también podían estar intentando controlar su mente y la de sus familiares, con base en lo que detecta como un comportamiento extraño en ellos. Notaba, incluso, cambios en la apariencia física de estos, como el “color de ojos”. Piensa también que le impiden ver “cosas en televisión que podían referirse a ella”. Llegó a denunciar esta situación a varios cuerpos de seguridad, aunque sospechaba que todos ellos estaban implicados en el complot.

Antes del ingreso llevaba varias semanas durmiendo mal, “por el esfuerzo que hacía para poder sacar de mi mente ciertas ideas e imágenes pornográficas que me meten en la cabeza para controlarme y hacerme ver y pensar cosas que van contra mi moralidad”. También ha notado que “se le para el pensa-

miento”, o, incluso, que le hacen “experimentar orgasmos” para incomodarla. Durante el último año ha ido presentando un aislamiento social gradual, con abandono de gran parte de sus actividades y con una actitud progresivamente más retraída y desconfiada, con preocupación creciente en torno a los temas previamente descritos.

Exploración psicopatológica

En planta la paciente estaba consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, aunque al momento del ingreso presenta una percepción delirante del paso del tiempo: “Creo que me estáis engañando y llevo más de una semana aquí encerrada en el hospital”. Los primeros días se muestra desconfiada y querellante con el personal sanitario.

No se observan alteraciones en atención, memoria o psicomotricidad, salvo el temblor esencial. Discurso coherente y estructurado, con ritmo normal y tono elevado. Fenómenos de bloqueo del pensamiento. No hay alteraciones en pensamiento abstracto. Ideas delirantes de perjuicio e ideas delirantes de pasividad, con fenómenos de imposición de pensamientos y sensaciones corporales, de temática extraña. Percepciones delirantes de perjuicio y autorreferencialidad. No hay ideas pasivas de muerte, ni auto o heterolíticas. Alucinaciones cenestésicas y, posiblemente, visuales. Angustia,

irritabilidad. Reactividad emocional conservada. Insomnio global de tres días de evolución. Disminución voluntaria de la ingesta, en relación con creencias delirantes. Nula conciencia de enfermedad. Capacidad ejecutiva conservada (2).

Evolución clínica durante el ingreso y posterior al alta

Al ingreso se instaura tratamiento psicofarmacológico con quetiapina a dosis de 25 mg/día, que se aumenta progresivamente hasta 100 mg/día; ante mala tolerancia, por hipotensión, se cambia a haloperidol hasta 6 mg al día. Debido a la aparición de síntomas extrapiramidales se añade al tratamiento biperideno.

Progresivamente, la paciente se empezó a mostrar más colaboradora y confiada, y hasta realizó una crítica completa de las ideas delirantes más bizarras, y parcial de algunas ideas de perjuicio, con menor repercusión afectiva y conductual. Dada la mejoría de la paciente y la posibilidad de supervisión que ofrece la familia, se procede al alta hospitalaria al cabo de tres semanas de ingreso, para continuar de forma ambulatoria con el tratamiento, que la paciente abandonó de forma temprana.

Discusión

En este caso, dada la edad de la paciente, la ausencia de antecedentes psiquiátricos previos y la deso-

rientación temporal al ingreso, en primer lugar se hace el diagnóstico diferencial con patologías somáticas que cursan con psicosis, y, tras realizar *screening* médico completo, se plantea el diferencial entre distintos trastornos psiquiátricos, según los sistemas de diagnóstico al uso (3).

Según estos, la paciente cumpliría criterios diagnósticos para esquizofrenia tipo paranoide, dada la presencia de delirios y alucinaciones de más de un mes de duración y la existencia de un deterioro social y de las relaciones interpersonales, así como clínica prodrómica de aproximadamente un año de evolución. La existencia de ideas delirantes bizarras y las alucinaciones harían menos probable el diagnóstico de trastorno delirante.

La esquizofrenia de inicio tardío ha sido ampliamente discutida en la psiquiatría: las primeras descripciones de Bleuler de esta entidad datan de los años cuarenta (4). En la DSM-III se creó una categoría separada para los pacientes que desarrollaban esquizofrenia más allá de los 44 años (5), clasificación que desapareció en las clasificaciones actuales (6). La reticencia que aún persiste entre los clínicos a diagnosticar esquizofrenia tardía puede ser resultado tanto de la baja prevalencia de la enfermedad, estimada en el 0,6% entre los 45 y los 64 años (7), como de la inconsistencia en los sistemas diagnósticos y de nomenclatura (1) y de la consideración de patologías médicas en el diagnóstico (8).

En este sentido, si bien abandonado en las clasificaciones actuales, el término de “parafrenia tardía” fue ampliamente recogido en la psiquiatría europea y ligado a la psicosis de inicio tardío. En una revisión llevada a cabo durante los años ochenta (9) se diferencia esquizofrenia de paranoia y parafrenia, según edad de inicio, personalidad premórbida y características de los síntomas psicóticos; así mismo, se identifican como más característicos de la esquizofrenia los delirios bizarros y los fenómenos de primer rango de Schneider (10), que son poco frecuentes en la parafrenia y la paranoia.

Recientemente, un consenso de expertos ha acordado reservar la terminología de esquizofrenia de inicio tardío para los pacientes mayores de 40 años, y de psicosis de inicio muy tardío de tipo esquizofrenia, para los mayores de 60 años (1). La esquizofrenia de inicio temprano y la de inicio tardío son fenotípicamente distintas (11). En la de inicio tardío hay una sobrerrepresentación femenina (12), menos síntomas negativos y menos alteraciones formales del pensamiento. En cambio, serían más típicos de ésta las alucinaciones visuales, táctiles y olfatorias, los delirios organizados y un mejor pronóstico (13), debido al buen funcionamiento premórbido y a la edad de comienzo tardía (14).

No está claro que las formas tardías y tempranas de la enfermedad puedan diferenciarse en sus bases

neurobiológicas (15) y en los hallazgos de neuroimagen (16), pero hay datos sugerentes de que la forma tardía se asocia a un declive en las habilidades cognitivas (17). Estos pacientes necesitan dosis más bajas de antipsicóticos, por ser más sensibles a los síntomas extrapiramidales (18). Tras revisar las características de la psicosis tardía tipo esquizofrenia, pensamos que esta puede ser una buena aproximación diagnóstica a la situación clínica de nuestra paciente.

Referencias

1. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):172-8.
2. Othmer E, Othmer SC, editors. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Fundamentos. Tomo I. Barcelona: Masson; 2003.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. TR. Washington: APA; 2000.
4. Bleuler M. Die spatschizophrenen Krankheitsbilder. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1943;15:259-90.
5. Convert H, Védie C, Paulin P. Late-onset schizophrenia or chronic delusion. *L'Encephale*. 2006;32(6 Pt 1):957-61.
6. Howard R, Castle D, Wessely S, Murray R. A comparative study of 470 cases of early-onset and late-onset schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1993;163:352-7.
7. Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophr Bull*. 1991;17(1):51-67.
8. Cervantes AN, Rabins PV, Slavney PR. Onset of schizophrenia at age 100. *Psychosomatics*. 2006;47(4):356-9.

9. Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull.* 1988;14(1):39-55.
10. Schneider K. *Patopsicología Clínica.* Madrid: Paz Montalvo; 1975.
11. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. *Br J Psychiatry.* 1995;166(2):205-14.
12. Howard R, Almeida O, Levy R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med.* 1994;24(2):397-410.
13. Pearson GD, Kreger L, Rabins PV, Chase GA, Cohen B, Wirth JB, et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatr.* 1989;146(12):1568-74.
14. Hafner H, Hambrecht M, Loffler W, Munk-Jorgensen P, Riecher-Rossler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med.* 1998;28(2):351-65.
15. Kerssens CJ, Pijnenburg YA, Schouws S, Eikelenboom P, van Tilburg W. Late-onset schizophrenia: is it a dementia nonpraecox? Review article with advice on differential diagnosis. *Tijdschr Psychiatr.* 2006;48(9):717-27.
16. Corey-Bloom J, Jernigan T, Archibald S, Harris MJ, Jeste DV. Quantitative magnetic resonance imaging of the brain in late-life schizophrenia. *Am J Psychiatr.* 1995;152(3):447-9.
17. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS, Morris RG, Sahakian BJ. Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychol Med.* 1995;25(4):685-98.
18. Jeste DV, Lacro JP, Gilbert PL, Kline J, Kline N. Treatment of late-life schizophrenia with neuroleptics. *Schizophr Bull.* 1993;19(4):817-30.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 29 de mayo del 2009

Aceptado para publicación: 15 de septiembre del 2009

Correspondencia
Sonia Villero Luque
Avda./Ciudad de Barcelona nº 39, 8ªA, C.P. 28007
Madrid, España
soniavillero@hotmail.com