



Caso Clínico

“La esquizofrenia de inicio senil o cuando el reto de saber *pseudodiagnosticar*”

Carlos Miró Bujosa

Residente de Psiquiatría. Hospital Dr. R. Lafora. Madrid

Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid

Varón de 75 años, soltero y sin hijos, que es valorado en el Servicio de Medicina Interna de su hospital de referencia, remitido por su médico de cabecera, por alteración de conducta y rigidez muscular. No hay antecedentes familiares de enfermedad mental, demencia u otra patología neurológica.

Desde hace aproximadamente un mes, los familiares más próximos (hermanos y sobrinos) vienen notando un cambio en la conducta del paciente en forma de aislamiento social progresivo hasta dejar de ver a familia y amigos, con los que se reunía regularmente. Los familiares refieren también un abandono casi completo de las tareas domésticas que le permitían vivir solo y con una autonomía total hasta los días previos. Este patrón de inhibición se alterna, por otro lado, con episodios de inquietud psicomotora con agresividad hacia los vecinos, apareciendo, además, conductas bizarras como salir de su domicilio durante la madrugada. En la consulta del médico de cabecera el paciente tiende a negar o minimizar tales alteraciones, centrando sus quejas en una dificultad motora que le llega a incapacitar para la ejecución de sus tareas habituales.

En la exploración neurológica dirigida, el paciente está consciente, orientado y alerta. Lenguaje parco, de comprensión y nominación preservadas. Destacan como anormales la presencia de algún reflejo de liberación frontal, y un extrapiramidalismo manifestado como rigidez axial y de extremidades moderada.

De entre las pruebas complementarias practicadas, destaca el resultado del SPECT que demuestra una hipoperfusión frontal bilateral, de predominio izquierdo, y temporal anterior.

Basándose en los resultados de las pruebas complementarias, y a pesar de los antecedentes patológicos conocidos del paciente, el diagnóstico de presunción es reorientado como demencia frontotemporal, por lo que el paciente es derivado al neurólogo de zona para evaluación terapéutica. La familia solicita una valoración psiquiátrica “para que nos expliquen cómo ha pasado de tener esquizofrenia a estar demenciado en tan poco tiempo...”.

Efectivamente, el paciente había estado tratado por un episodio psicótico, sugestivo de esquizofrenia paranoide, que precisó de ingreso



psiquiátrico y que había remitido con risperidona un año y medio atrás. A pesar de que el paciente recuperó su nivel funcional por completo, la familia empezó entonces a gestionar el traslado del paciente a un centro residencial para asegurar el buen cumplimiento de la medicación y la detección precoz de nuevos episodios. El paciente, que siempre se mostró ambivalente ante esta posibilidad, había recibido recientemente la carta de aceptación de una residencia.

El paciente, aunque de trato afable, siempre fue reservado para expresar sus emociones y es 'un hombre de pocas palabras', tal y como lo definen sus familiares y amigos. También destacan como rasgos de personalidad su miedo a los cambios y una capacidad para asumir responsabilidades hasta el límite de la 'obsesión por querer hacerlo todo perfecto'. Durante los últimos meses, el paciente había manifestado reiteradamente su malestar por los síntomas extrapiramidales que interferían en la correcta ejecución de sus tareas.

Durante la exploración psicopatológica exhaustiva no se detectan afaso-apraxo-agnosias ni déficit mnésicos. El discurso es parco, aunque fluido y coherente, mientras verbaliza una Ideación delirante de perjuicio condominial 'el vecino de abajo quiere matarme...', con alucinaciones auditivas de contenido amenazante, que finalmente admite como desencadenantes de sus episodios de agresividad. El paciente también es ahora capaz de reconocer el hecho de haber ocultado esta sintomatología para "no alarmar" a su entorno. El paciente había abandonado la medicación antipsicótica de mantenimiento, a la que atribuye su rigidez muscular, meses atrás. En la esfera afectiva, ansiedad flotante, desesperanza y ánimo triste ante la posibilidad de su inminente traslado a la residencia.

Una vez (*re*)reorientado el caso como reagudización psicótica con incumplimiento terapéutico por mala tolerabilidad, se decidió escalar progresivamente la dosis de otro tratamiento

antipsicótico (quetiapina) en régimen hospitalario. Además de la práctica desaparición de los delirios y alucinaciones sin toxicidad extrapiramidal, a las cuatro semanas se había conseguido un óptimo funcionamiento global con recuperación de la capacidad de relación interpersonal y ausencia de su ansiedad anticipatoria.

DISCUSIÓN:

La esquizofrenia de inicio por encima de los 60 años es una entidad excepcional, con una tasa de prevalencia que oscila entre 0.1 y 0.5%. Los síntomas, en lo que se refiere a delirios y alucinaciones, difieren poco de la típica esquizofrenia de inicio por debajo de los 40 años. Sin embargo, el grupo de esquizofrénicos de más de 60 años tiene característicamente la capacidad de ocultar sus síntomas psicóticos durante largos períodos de tiempo, debido a que estos pacientes pueden mantener tanto la función cognitiva como la personalidad preservadas durante años. Este rasgo dificulta enormemente el diagnóstico inicial y la detección precoz de reagudizaciones, pero, por otro lado, ayuda a diferenciar esta patología del grupo de las demencias, en las que el deterioro global clínicamente significativo suele precisar menos tiempo de evolución.

Los criterios actuales para diagnosticar demencia frontotemporal (anteriormente conocida como enfermedad de Pick) se basan en definir clínicamente la entidad como un cambio de carácter y conducta social alterada desde el inicio de la enfermedad, con funciones instrumentales intactas o relativamente bien conservadas de percepción, praxia y memoria. Sus características centrales son un inicio insidioso y progresivo, un deterioro precoz de la conducta social y del autocontrol, un embotamiento emocional precoz y un deterioro precoz de la capacidad de introspección. Además, hay una larga lista de características que, por consenso, apoyan el diagnóstico de demencia frontotemporal. Algunas de éstas son la perseveración y otras alteraciones del lenguaje, la incontinencia de esfínteres, la acinesia y la rigidez muscular, y



los hallazgos de alteración en lóbulos anteriores por neuroimagen, con EEG normal.

Aparentemente, nuestro paciente podría encajar en estos criterios. Sin embargo, no encontramos ninguna alteración de la conducta interpersonal fuera de los instantes alucinatorios, así como tampoco los típicos cambios del lenguaje, ya que el paciente siempre ha sido parco en su discurso. La posibilidad de acinesia, rigidez, u otras formas de extrapirimalismo es característica de muchos de los antipsicóticos usados actualmente, y en particular del pautado inicialmente a nuestro paciente.

Por otro lado, nuestro paciente controlaba esfínteres sin el más mínimo problema a pesar de su edad; y es que la edad del paciente debe ser tenida en cuenta a la hora de diagnosticar una posible demencia frontotemporal, ya que esta demencia es de inicio típicamente presenil.

Más inconsistente aún es intentar un diagnóstico de demencia frontotemporal (o de cualquier otra demencia) basándonos en pruebas de imagen. Si bien es verdad que parece haber patrones de neuroimagen sugestivos de

demencia frontotemporal, la controversia sobre su sensibilidad y especificidad impide por ahora promocionar estos hallazgos hasta el rango de criterio diagnóstico suficiente.

Aunque el término es controvertido y no está contemplado en las principales clasificaciones actuales, podríamos llamar *pseudodemencia* a todo aquel cuadro que nos parece sugestivo demencia y que finalmente responde a otra entidad nosológica. Aunque la esquizofrenia es una causa relativamente frecuente de *pseudodemencia*, la entidad que con mayor probabilidad cursa con *pseudodemencia* es la depresión. Dado que la sintomatología negativa es excepcional en las esquizofrenias de inicio senil, en el caso que aquí presentamos es difícil saber hasta qué punto la inhibición y el retraimiento social del paciente responden a una elección personal para ocultar sus síntomas, o se trata más bien de un estado de depresión reactiva a la compleja situación de estrés que rodea al sujeto. En cualquier caso, el paciente llegó a manifestar una ansiedad que atribuía a la anticipación de su traslado a la residencia, factor que probablemente actuó como estresor precipitante de la reagudización psicótica.



Contacto:

Carlos Miró Bujosa
ccmiro@hotmail.com

REFERENCIAS

- Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychoses: an international consensus. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 172–8.
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546–54.
- Pitt B, Yousef G. Depressive pseudodementia. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 318–21.
- Rabins PV, Lavrisha M. Long-term follow-up and phenomenologic differences distinguish among late-onset schizophrenia, late-life depression, and progressive dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 589–94.
- Sato T, Bottlender R, Schroter A, Moller HJ. Psychopathology of early-onset versus late-onset schizophrenia revisited: an observation of 473 neuroleptic-naïve patients before and after first-admission treatments. *Schizophr Res* 2004; 67: 175–83.