

E. Díaz Mesa  
Ó. Herreros Rodríguez

¿TGD? ¿Manía? ¿Esquizofrenia?  
Diagnósticos sindrómicos y  
síndromes sin diagnóstico

Unidad Psiquiátrica Infantil. Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)

*PDD? Mania? Schizophrenia? Syndromic diagnosis and Syndromes without diagnosis*

**Correspondencia:**

Óscar Herreros Rodríguez.  
Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Psiquiatría (Consultas Externas).  
Ofra - La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).  
**E-mail:** oherreros@gmail.com

**INTRODUCCIÓN**

En las dos últimas décadas el significado conceptual de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) ha sido muy discutido, separándose finalmente del término global de “psicosis infantiles” para formar un grupo de entidades que presentan unas características generales comunes a todas las formas clínicas comprendidas en él. Este cambio determinó una visión conceptual y etiológica diferente, con sus implicaciones afectivas y dinámicas propias.

El problema planteado por el caso presentado es la dificultad diagnóstica que surge cuando se solapan síntomas de ambos cuadros. Respecto a ello, hay autores que opinan que el síndrome de Asperger (uno de los diagnósticos diferenciales planteados en un primer momento) solo raramente se asocia con la esquizofrenia, de manera que podría sugerir una simultaneidad casual. Actualmente no hay consenso sobre ello, pensándose que el debate se resolvería si la esquizofrenia no se conceptualizara como una sola entidad diagnóstica. Además, un factor que contribuye a la confusión es que se ha visto que una proporción considerable de los individuos diagnosticados de este síndrome pueden sufrir microepisodios psicóticos en situaciones percibidas por ellos mismos como estresantes, episodios sobre todo de contenido paranoide y más frecuentemente al comienzo de la vida adulta, por

lo que se acaban englobando dentro de la etiqueta general de esquizofrenia.

**MOTIVO DE CONSULTA**

Varón de 6 años de edad remitido de su centro de salud de referencia a la Unidad de Psiquiatría Infantil por presentar fácil agresividad ante cualquier agente externo molesto para él, ensimismamiento, “conductas alucinatorias” e insomnio de conciliación.

**HISTORIA PSICOBIOGRÁFICA**

- Embarazo no deseado. Parto mediante cesárea.
- Retraso en la evolución psicomotriz.
- Hasta los dos años y cuatro meses el niño tiene escaso contacto con su entorno (permanece recluido en su cuna) debido a enfermedad materna (trastorno afectivo tipo depresivo), coincidente con un período de separación de sus padres y grandes dificultades económicas.
- Es el menor de tres hermanos.
- En el momento de su primera valoración en su Unidad de Salud Mental el informe remitido refiere que presentaba alteraciones en la interacción social, conductas de aislamiento marcadas, ausencia de actividad lúdica y ausencia de respuesta cuando se le llamaba (descartándose hipoacusia en

128

ese momento), marcada sobreactividad y déficits en el área del lenguaje, aunque había mejorado en los meses previos con el uso de lenguaje no verbal.

- En ese momento se le diagnostica de trastorno reactivo de la vinculación de la infancia, y seis meses después se le diagnostica de una hipoacusia mecánica (a pesar de haberse descartado en un primer momento).

### ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 6 años de edad remitido de su Centro de Salud, con historia de sendas intervenciones a los 3 y 4 años en su Unidad de Salud Mental, refiriéndose una buena evolución aunque sin seguimiento posterior del caso.

Su madre actualmente lo describe como un niño inquieto, impulsivo y “con mucha fantasía” (p. ej., él dice que puede volar, haciendo gestos arriesgados congruentes con dichas verbalizaciones).

En el último informe del colegio se destaca una buena capacidad intelectual, dificultades para relacionarse con los otros niños, agresividad cuando se le limita con normas, etc.

Hipoacusia mecánica que actualmente es inexistente según la madre.

### HISTORIA CLÍNICA REFERIDA POR LA PSICÓLOGA DE LE UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ZONA

En la entrevista inicial (con 3 años) colabora, aunque resulta difícil que centre su atención. Capacidad de comprensión conservada. Leves dificultades en el lenguaje expresivo. Buena resonancia afectiva. Discreta hiperactividad. Excitable ante estímulos externos. En las consultas posteriores se encuentra más inquieto, con negativa a los cambios y tendencia a la rutina. Ecolalia ocasional. Tras varias consultas abandona el seguimiento.

Al año siguiente vuelve a acudir a su Unidad de Salud Mental. Presenta un mejor contacto afectivo. Está más organizado conductualmente respecto al primer período en que se comenzó a ver. Hay una mejor tolerancia de la madre hacia las conductas del niño, aunque se mantiene una actitud pasiva. En el colegio el rendimiento académico es bueno.

En la siguiente consulta el niño está inquieto, irritable. Su madre refiere conductas rumiativas con los alimentos que prefiere. Presenta alteraciones en el sueño aunque leves. Ideas de carácter obsesivo acerca de tener capacidad de volar (su madre lo ha encontrado en varias oca-

siones en la ventana realizando el gesto de saltar). Soliloquios ocasionales. Adaptado conductualmente en el colegio.

En las consultas posteriores continúan las alteraciones en el sueño y la inquietud psicomotriz. Hay que tener en cuenta la presencia de un cuadro ansioso en su madre, que está siendo tratado actualmente, ya que esto podría condicionar parcialmente la conducta del niño y la información sobre ésta aportada por la madre.

Dada la evolución del cuadro psicopatológico de base que presenta el paciente se decide su remisión a Consultas Externas de Psiquiatría del Hospital de referencia para valoración por el psiquiatra de referencia.

### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA REALIZADA POR EL PSIQUIATRA DE REFERENCIA

En la exploración se objetiva la presencia de un cuadro florido con ideación delirante de carácter megalomaniaco-fantástico y probables alucinaciones auditivas (soliloquios en el domicilio, incluso manteniendo conversaciones, comentarios sobre “fantasía” y poderes” que cree poseer, aunque de forma aparentemente aprendida dice “que son broma”, “que no son reales”). Cuando se le pregunta directamente qué quiere ser de mayor responde “de mayor voy a ser Dios”. Riqueza de vocabulario llamativa, con expresiones verbales aparentemente superiores a lo correspondiente para su edad cronológica y extrañas en el contexto. Gran labilidad emocional. En ocasiones conductas congruentes con esa ideación fantástico-delirante. Parece no haber una ruptura completa con la realidad.

Pruebas complementarias

- TONI: PD (12), CI (95), PC (38).
- CAS (no ansiedad significativa)
- WISC-R: CI (71), CI verbal (70), CI manipulativo (80)

### TRATAMIENTO

Al inicio se instaura 1cc. de risperidona en la cena, con una subida gradual en función de la respuesta clínica y efectos adversos hasta alcanzar una respuesta satisfactoria con 5 cc., sin efectos secundarios relevantes.

### EVOLUCIÓN

Desde que se instaura el tratamiento comienzan a mejorar las alteraciones en la esfera vegetativa y en la psicomotricidad, aunque todavía no se aprecian cambios psicopatológicos.

En las consultas posteriores se observa cómo va dis-

minuyendo la intensidad de la semiología productiva delirante, manifestándose en una mayor tolerancia a los cambios, menor inquietud psicomotriz y menor aislamiento social.

Presenta algún episodio ocasional de irritabilidad en el domicilio, pero parece que está relacionado con conflictos en la dinámica familiar (la madre presenta un episodio depresivo reactivo a la situación, requiriendo tratamiento psicofarmacológico y seguimiento psiquiátrico ambulatorio). Persisten no obstante algunas dificultades ante los cambios en rutinas diarias.

### DISCUSIÓN DEL CASO

En el caso expuesto se plantean diversos diagnósticos diferenciales: el Síndrome de Asperger, la Esquizofrenia Infantil, el Trastorno Bipolar y las recientes (y aún por validar) categorías diagnósticas MID (Multidimensionally Impaired Disorder) y MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder).

Los datos que van a favor del síndrome de Asperger son las dificultades en la interacción social, la adhesión inflexible a las rutinas y determinadas conductas repetitivas, con ausencia de retraso general en el desarrollo cognoscitivo y en el área del lenguaje.

Los datos que orientan hacia una posible esquizofrenia infantil son las alucinaciones auditivas, muy raras en el síndrome de Asperger, y que este paciente las presenta en forma de soliloquios y conversaciones. Los trastornos en el contenido del pensamiento, aunque pueden aparecer en el Asperger, lo hacen en la etapa de la adolescencia y la temática suele ser paranoide con mayor frecuencia. Además otros síntomas presentados por este paciente, y relacionados con trastornos en las funciones ejecutivas, también suelen estar presentes en la esquizofrenia: la inatención, el coeficiente intelectual bajo y los problemas en la capacidad para planificar hacia delante y cambiar de objetivo. Por último hay que tener en cuenta que hay por lo menos dos fenotipos clínicos de esquizofrenia, una forma asociada con un patrón de anormalidad evolutiva duradera en la que el episodio psicótico agudo se desarrolla después de varios años de una anormalidad preexistente, y otra forma del trastorno que se desarrolla en el contexto de un desarrollo previo normal.

Respecto al Trastorno Bipolar, varios son los síntomas presentes en el paciente considerados nucleares en este trastorno: la irritabilidad, que prima sobre la manía en niños, la distraibilidad ante estímulos externos, y las ideas delirantes de grandiosidad, con repercusión afectiva y conductual congruente con la ideación.

Con respecto al MID y el MCDD, el paciente presenta criterios diagnósticos congruentes con ambos trastornos: la inestabilidad afectiva, manifiesta por explosiones de rabietas, agresividad y oscilaciones del humor (y a menudo asociadas con impulsividad), las destrezas sociales pobres, la fantasía exagerada con un pensamiento mágico y escasa capacidad para distinguir fantasía de realidad (propias del MID), más los delirios de grandiosidad y otros síntomas de rango psicótico (propios del MCDD). Este abigarramiento de síntomas clínicos cuestiona, cuando menos, la posibilidad de un encuadre diagnóstico claro del paciente.

Sólo la evolución del paciente a lo largo de los años ha permitido finalmente concluir un diagnóstico, siendo este el de Síndrome de Asperger.

### COMENTARIOS FINALES

Es frecuente encontrar en la práctica clínica de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, y más a menor edad del paciente, casos con síntomas mixtos y variados similares al presentado, cuyo encuadre diagnóstico se desliza entre los trastornos (más o menos generalizados) del desarrollo, los trastornos del comportamiento perturbador, los prodromos de trastornos psicóticos y/o afectivos, la sospecha (no confirmada por “pruebas”) de un trastorno de naturaleza “orgánica”, el inicio de una personalidad idiosincrásica (esquizoide, esquizotípica), etc. No cumplen, o cumplen demasiados, criterios de diversos trastornos, y terminan cayendo en el cajón de los “no especificados” o en el de las múltiples comorbilidades.

Su problema es que, más allá de que el sentido común nos pueda permitir manejar su tratamiento y de que su transcurso evolutivo nos pueda permitir afirmar un diagnóstico concreto con el paso del tiempo, la incertidumbre diagnóstica muchas veces es traducida por la familia como una ignorancia clínica, llevándola a un peregrinar médico (y no tan médico) y a abandonos tempranos del seguimiento. Es preceptivo, en estos casos, saber comunicar esta incertidumbre de forma eficaz, y subrayar el carácter evolutivo (e inestable) de la psicopatología infantil.

Por desgracia, desde el punto de vista médico, el carácter de “no especificados” los excluye de demasiados estudios de investigación, por lo que su tratamiento queda con frecuencia a merced del mero juicio clínico, y su pronóstico no puede inferirse al carecer de estudios de seguimiento apropiados. El conglomerado de dificultades atencionales y/o de funciones ejecutivas, disregulación del afecto, problemas ante las transiciones y cambios,

**130** alteraciones del desarrollo motor, dificultades sociales y del lenguaje, etc., coloca a estos pacientes en una “tierra de nadie” que, si como clínicos no somos capaces de ocupar con suficiencia, acabará llenándose de pseudociencias y de partidarios del “es demasiado pequeño para...”, “vamos a esperar a ver si...” que, irrevocablemente, comprometerán su evolución y pronóstico a veces de manera fatal.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Helmut Remschmidt. Esquizofrenia en niños y adolescentes. 2003.
- Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 1998.
- Jaime Rodríguez Sacristán. Psicopatología Infantil Básica. 2000.
- Belén Rubio et al. Revisión: Multiple Complex Developmental Disorder. Revista Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 2003; 3: 120-125.
- Weisbrot DM, Carlson GA: Diagnostically homeless. Current Psychiatry Online 2005; 4 (2): 25-42.