

**P. Iglesias Peiró (1),
A. Pelaz Antolín (2),
R. Conde García (3).**

(1) MIR de Psiquiatría. CSM Alcalá de Henares. Madrid
(2) Psiquiatra infantil. CSM Alcalá de Henares. Madrid
(3) Psicólogo clínico. CSM Alcalá de Henares. Madrid

Correspondencia:

Antonio Pelaz Antolín
C/ Caribe 4
28027 - Madrid. España
Mail: apelaz@gmail.com

Comorbilidades: Síndrome de Asperger, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y retraso mental leve. A propósito de un caso

Comorbidity of Asperger syndrome, attention deficit/hyperactivity disorder and mild mental retardation: a case.

RESUMEN

Presentamos el caso de un niño de nueve años con dificultades en la socialización, inquietud, desatención, dificultad en la organización de tareas y sensibilidad a entornos poco estructurados, sintomatología que podría explicarse desde un retraso mental y/o un trastorno por déficit de atención con hiperactividad y/o un trastorno generalizado del desarrollo (síndrome de Asperger).

ABSTRACT

We report the case of a 9 years old boy with socialization difficulties, restlessness, inattention, difficulty in tasks organization and sensitivity to unstructured environments. These symptoms could be explained by a mental retardation and/or an attention deficit/hyperactivity disorder and/or a pervasive developmental disorder (Asperger syndrome).

CASO CLÍNICO

Varón que acude a Salud Mental con 9 años de edad por alteraciones de conducta. En la actualidad tiene 15 años. Fue un recién nacido pretérmino, con un Apgar 5/8. Estuvo ingresado durante unas horas en Neonatología por sufrimiento fetal. Padece una crisis convulsiva febril única (tónico-clónica generalizada) con 16 meses. Alcanzó los hitos del desarrollo dentro de los límites normales, con enuresis nocturna hasta los 4 años. Presenta hipertensión en miembros inferiores, marcha de puntillas e hiperreflexia. Ha sido intervenido quirúrgicamente por hipospadias, estrabismo y quiste de cordón umbilical. Tiene probable alergia a la risperidona. No existen antecedentes familiares de interés para el caso.

Es valorado a los cuatro años de edad por el orientador del centro escolar, por presentar dificultades en la comunicación a la hora de relacionarse con iguales: sonreír, saludar, presentarse, hacer favores, reforzar a otros, unirse al juego, ayudar, compartir...; ante preguntas dirigidas por el adulto repite la pregunta del adulto, da respuestas ajenas a la pregunta realizada, si la pregunta se realiza en contexto grupal se calla y no contesta. Asimismo, presentaba inquietud, impulsividad y atención dispersa, con mal manejo de situaciones de estrés ("bloques", en una ocasión tiró las pinturas, y su reac-

296 ción fue sonrojarse y fijar la mirada hacia la mesa sin atreverse a recogerlas del suelo, y ante la pregunta de qué ha pasado, no fue capaz de responder, ni pronunciar palabra), es muy sensible a cambios en el entorno. La impulsividad empeora en situaciones poco estructuradas; funciona mejor en medios organizados, estructurados, libres de ambigüedad, aunque si el entorno es muy estricto se bloquea. En este contexto el niño tiene bajo grado de autonomía, impresiona de autoimagen desvalorizada y su rendimiento académico no es bueno. Se objetiva además cierta torpeza manual, y desde el centro educativo comienzan a adoptarse medidas de apoyo con programa de psicomotricidad.

Con 5 años se mantiene el bajo rendimiento académico, con competencia curricular normal en casi todas las áreas salvo en matemáticas, habilidades perceptivo-motoras, percepción auditiva y orientación en espacio. Persiste la inadecuación conductual en ambientes desestructurados (activación psicomotriz, falta de acatamiento de normas), mostrándose más sensible y receptivo a la respuesta (aceptación/rechazo) de los otros ante su conducta.

A los 7 años se mantienen las dificultades en la relación con iguales; le describen como independiente, poco expresivo, “va a su aire”, saluda de forma inadecuada imitando pautas maternas y evitando contacto visual, no busca afecto. Se relaciona para compartir sus intereses, que son restringidos y centrados fundamentalmente en animales. Están presentes todas las funciones del lenguaje, si bien no inicia conversaciones, hace preguntas cerradas, inadecuadas, y cuando contesta, lo hace con respuestas cortas. Presenta retraso en la adquisición del juego simbólico dirigido, es poco espontáneo, y hace escasas verbalizaciones. Sigue presentando hiperactividad e impulsividad, con dificultades en la organización y planificación de tareas y con alteraciones de conducta (patadas, se tira contra la pared, ensimismamiento, escasa movilidad, movimientos estereotipados...), en general en ambientes poco estructurados (clase de educación física, fila para subir a clase, salidas del centro, etc.). Persiste el funcionamiento intelectual límite (Cociente Intelectual global: 70), y el retraso curricular aparece en todas las áreas. Duerme muchas horas, aunque poco tranquilo. Hábitos básicos de autonomía conservados. Existe torpeza en la motricidad general: anda de forma descoordinada, de puntillas, con el cuerpo algo inclinado hacia delante. En este momento es valorado por primera vez por neurología, donde es diagnosticado de síndrome hiperkinético y retraso del desarrollo, pautándose tratamiento far-

macológico con metilfenidato. Entonces es valorado también por el Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo de la Consejería de Educación, que contextualiza las dificultades del niño en el funcionamiento de un cociente intelectual límite. Pasa a ser considerado alumno con necesidades educativas especiales, recibiendo apoyos más específicos.

A los 9 años de edad se produce un cambio en la conducta. Llega a ser agresivo y/o violento ante contrariedades (pega y empuja a compañeros y ha llegado a agredir a profesores); no respeta normas ni sigue instrucciones (rompe libros, recorta animales), de él dicen los profesores y sus padres que “hace lo que quiere en cada momento”. Lee y escribe sin dificultad, aunque persiste el mal rendimiento escolar. Le encanta dibujar y lo hace con una excelente destreza, sobre todo animales exóticos, raros. Conoce las clasificaciones de algunos insectos, y conoce múltiples detalles e información sobre los mismos. En este contexto consulta por primera vez en Salud Mental. Sus padres le describen como “un niño diferente que va a su aire”. En la entrevista se muestra muy inquieto e inadecuado. Su lenguaje es automático, sin entonación. La primera impresión diagnóstica es de alteraciones de conducta en niño con cociente intelectual límite-bajo y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no descartándose la posibilidad de un Síndrome de Asperger.

Con 12 años se repite evaluación neuropsicológica presentando un Cociente Intelectual total: 64, verbal: 60 y manipulativo: 76. Durante la realización de las pruebas presenta una marcada interferencia por su distracción y por su interés por los animales (cada vez que aparece un ítem de animal se entretiene aportando información sobre el animal, con dificultad para avanzar), y además tiene grandes dificultades en todo lo relativo a comprensión y adaptación a situaciones sociales normalizadas.

Durante el tiempo en que ha estado en seguimiento en el CSM la evolución ha sido tórpida, con una escolarización muy errática y disruptiva (expulsiones frecuentes, actitudes racistas, tira a una niña discapacitada por la escaleras...), precisando múltiples modificaciones de medicación por ausencia de respuesta efectiva o por efectos secundarios, así como numerosas coordinaciones con el Equipo de Orientación Educativa y Pedagógica. A los 13 años ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría para adolescentes por dificultad en el manejo ambulatorio con mala respuesta y tolerancia a tratamiento farmacológico, y con el objetivo añadido de profundizar en el estudio diagnóstico. El diagnóstico al alta es de Síndrome de Asperger, trastorno por déficit de atención

con hiperactividad, y episodio maníaco sin especificar; recomendando revisar la modalidad de escolarización. Se deriva a Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico en dos ocasiones por presión del colegio, pero en ninguna de ellas se considera adecuado este régimen de tratamiento, y en ambos casos se recomienda nuevamente revisar la modalidad educativa. No se han evidenciado a lo largo de la evolución retrocesos o pérdida de habilidades, y actualmente está escolarizado en un Centro de Educación Especial, donde la evolución está siendo favorable.

Entre los fármacos empleados para controlar la atención, la impulsividad y los trastornos de conducta están: risperidona (con mala tolerancia y posible alergia), cloracepato, gabapentina, topiramato, metilfenidato de liberación inmediata, metilfenidato de liberación prolongada, lamotrigina, quetiapina, valproato, y haloperidol. El tratamiento farmacológico actual es atomoxetina y olanzapina.

Se han realizado diversos estudios complementarios: analítica rutinaria, estudio metabólico, resonancia magnética craneal, cariotipo y electroencefalograma, que han resultado todos ellos sin alteraciones significativas.

En resumen, el diagnóstico CIE 10 es:

- Eje I: Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados (F 84.4). Síndrome de Asperger (F84.5).
- Eje II: Trastorno específico del desarrollo psicomotor (F 82).
- Eje III: Retraso mental leve (F70).
- Eje IV: Estrabismo. Hipospadias. Quiste umbilical.
- Eje V: Sin factores de adversidad psicosocial.

DISCUSIÓN

A lo largo de la evolución del paciente las dificultades en la socialización, la inquietud, la desatención, la dificultad para la organización de tareas, así como su sensibilidad a entornos poco estructurados, con importante repercusión en todas las áreas, han sido una constante. Esta sintomatología podría explicarse bien desde un retraso en el desarrollo propio de un cociente intelectual bajo, bien desde la desatención e hiperquinesia propias del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, bien desde una dificultad para comprender los códigos sociales, con una adherencia a patrones rígidos de conductas estereotipadas centradas en intereses rígidos y escasa capacidad para regular los estados emocionales y con respuestas anómalas a estímulos sensoriales, más característicos de un trastorno generalizado del desarrollo;

o bien podría explicarse desde los tres trastornos. Sería posible pensar que únicamente un cociente intelectual límite/bajo pudiese justificar globalmente esta clínica, aunque es bastante significativo el marcado desinterés por el entorno, sin buscar relaciones con niños menores, más cercanos a su nivel de desarrollo, por lo que parece que no sería suficiente para justificar la amplitud clínica. La escasa socialización de este niño va más allá de una carencia de habilidades sociales, sino que surge desde un desinterés por el entorno, una escasa capacidad de comprender al otro, lo que nos orientaría hacia un trastorno generalizado del desarrollo. Presenta además una canalización de sus intereses hacia aspectos abstractos de escasa utilidad práctica (conoce clasificaciones de animales, insectos... y una amplia información sobre estos), y tiene una gran destreza a la hora de dibujarlos. Estas características, junto con alteraciones en la prosodia, no están recogidas en las actuales clasificaciones diagnósticas, aunque sí aparecen en las descripciones iniciales de trastornos del espectro autista de Asperger y Kanner recogidas por Lorna Wing⁹. Desde esta sospecha diagnóstica, y teniendo en cuenta que el lenguaje formal y estructural son correctos, si bien existen alteraciones en el uso funcional del mismo, y dado que no han ocurrido retrocesos o pérdidas de habilidades, pensar en un Síndrome de Asperger como hipótesis diagnóstica sería lo más plausible. Son importantes a lo largo de la historia del niño las dificultades en la planificación, desatención, inquietud e impulsividad, que podrían enmarcarse en el contexto de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Durante la evolución del paciente se podría postular que la sintomatología pudiese ser explicada por un trastorno disocial, aunque dadas las dificultades de reconocimiento de códigos sociales e interpersonales no parece posible que pueda violar normas sociales y derechos básicos que justifiquen este trastorno.

La comorbilidad es lo esperable en los trastornos del espectro autista³. Entre las patologías comórbidas con trastornos generalizados del desarrollo se encuentran: trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 28%, trastorno por tics y síndrome de Tourette en el 8-20%, y trastornos afectivos en el 24%⁷. Casi la mitad de los niños con un trastorno del espectro autista sufren hiperactividad, inatención e impulsividad⁸, siendo la hiperactividad e impulsividad significativamente mayores en individuos con autismo que en individuos con otros trastornos del espectro autista⁶. La comorbilidad más frecuente en niños con Síndrome de Asperger es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, mien-

298 tras que la depresión es el diagnóstico más común en adultos y adolescentes². Es evidente que aquellos niños con comorbilidad entre trastornos de espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen mayores dificultades en actividades de la vida diaria que los niños exclusivamente con un trastorno del espectro autista⁴. Se ha sugerido que los niños con trastornos del espectro autista tienen un bajo funcionamiento social en relación con el déficit en la percepción social, mientras que, de forma similar, los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen bajo funcionamiento social asociado a la inatención e impulsividad¹. Diversos grupos han estudiado rasgos del espectro autista y síntomas de inatención como posibles causas en el deterioro de la función social, comprobándose una elevada prevalencia de dificultades en la atención en muestras de niños diagnosticados de trastornos del espectro autista, con lo que la inatención es un importante factor a considerar; en caso contrario se podrían sobrestimar los déficits en el funcionamiento social¹. Por tanto, en muchos casos, para hacer un diagnóstico comprensivo no son suficientes los criterios del trastorno por déficit de atención e hiperactividad o los del trastorno del espectro autista, y en este contexto, determinados grupos han considerado que existe una evidencia creciente para reconsiderar dichos criterios y que se contemple la relación entre inatención, hiperactividad, impulsividad y trastornos de espectro autista⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. Fine JG, Semrud-Clikeman M, Butcher B, Walkowiak J. Attention effect on a measure of social perception. *J Autism Dev Disord* 2008; 38 (9): 1797-1802.
2. Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N. Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *J Intellect Disabil Res* 1998; 42 (4): 279-83.
3. Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (5): 321-30.
4. Goldstein S, Schwabach AJ. The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a retrospective chart review. *J Autism Dev Disord* 2004; 34 (3): 329-39.
5. Holtmann M, Bolte S, Poustka F. ADHD, Asperger syndrome, and high-functioning autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44 (11): 1101.
6. Lee DO, Ousley OY. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16 (6): 737-46.
7. Raja M, Azzoni A. Asperger disorder in the emergency psychiatric setting. *Gen Hospital Psychiatry* 2001; 23 (5): 285-293.
8. Sinzig J, Morsch D, Bruning N, Schmidt MH, Lehmkuhl G. Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without comorbid ADHD-symptoms. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2 (1): 4.
9. Wing, L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981; 11 (1): 115-129.