

S. Gallego Villalta; I. Octavio Del Valle; A. Rivases
 Aunes; D. Sarasa Claver; T. Colomer Simón

Centro de día de Movera. Zaragoza

Correspondencia:

C/ Camon Aznar, 3, esc. Izq. 2D. 50004.
 Zaragoza. sgvillalta@hotmail.com

*La tranquilidad = estar a
 gusto x (70x7)*

*Calm = getting comfortable
 x (70x7)*

RESUMEN

La elección de este caso se debe a la complejidad diagnóstica y terapéutica que ha supuesto y la escasa evolución positiva pese a los múltiples recursos humanos, profesionales, terapéuticos y farmacológicos invertidos. Se trata de un paciente con alteraciones de la conducta asociadas a un trastorno generalizado del desarrollo con sintomatología comórbida de TDAH, que posee un mundo imaginario que roza el pensamiento delirante. El paranoidismo, sin ninguna temporalidad en los hechos, le conduce a tener que vengarse en forma de pasos al acto violentos en el momento en que él cree ser la víctima. La evolución es tórpida, resaltando que esta mecánica de interpretación del mundo se presentaba generalmente como egosintónica, siendo muy escasas las ocasiones en que el paciente manifestaba, con llanto, un deseo de no querer hacer daño a nadie.

Palabras clave: TDAH; Trastorno generalizado del desarrollo; comorbilidad.

ABSTRACT

We have chosen this case because of the therapeutic and diagnostic complexity. Furthermore the limited positive progress despite the numerous human, professional, therapeutic and pharmacological resources employed. It is about a patient who suffers behavioral disorders associated with a pervasive developmental disorder

with comorbid symptomatology of ADHD, that owns an imaginary world which is close to delirious thought. The paranoid behavior with no temporality in the acts, drives him to revenge in a step way to the violent act in the moment he thinks himself as a victim. The evolution is torpid, standing out this mechanical world interpretation was usually presented as egosyntonic, being really limited the occasions in which the patient declared crying a wish of hurting no one.

Key words: ADHD; Pervasive developmental disorder; comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos generalizados del desarrollo, en sus formas más leves, con inteligencia normal, pueden ser muy difíciles de separar del TDAH. Los niños con TDAH pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios; conductas que, también en este caso, conectan tanto con el autismo como con el TDAH. Un problema en algunos niños con TDAH es su falta de habilidad para la interacción social. Es evidente que estos déficits pueden servir para explicar tanto síntomas del autismo como del TDAH. Sin embargo, en la práctica, los casos fronterizos entre TDAH y autismo pueden presentar serias dificultades para orientar la intervención y, sobre todo, para matizar la información que van a recibir la familia y los educadores.

CASO CLÍNICO PSICOBIOGRAFÍA

Embarazo y parto normal. Desarrollo psicomotor normal. Reptó, gateó y deambuló a su tiempo. Control de esfínteres a los tres años. La madre lo define como un bebé muy tranquilo, que se quedaba quieto sin moverse del sitio donde lo colocaban; destete temprano por causa de un aborto posterior a su nacimiento. La madre lo volvió a poner al pecho tras el nacimiento del hermano, cuando el paciente tenía 20 meses y mantuvo la lactancia hasta los 5 años. La pareja mantuvo el colecho hasta el nacimiento de su hermano cuando se trasladó al paciente a otra habitación. Mayor de una fratría de dos. Vive con sus padres y su hermano. De pequeño “académicamente bien”, “socialmente mal”. Cursa 2º ESO con rendimiento parcial debido a las alteraciones de conducta. Repetitivo en las temáticas de lo que le gusta (skylanders).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes de interés en familia de primer grado. Tío abuelo con esquizofrenia. Tío paterno con depresión. No toxicomanías o dependencias por parte de la familia.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA ACTUAL

Consciente, orientado, atento, contacto adecuado pero con tono raro, no mantiene un adecuado contacto visual, facies amílica, colaborador parcialmente, discurso espontáneo, centrado en sus intereses. Expresa deseo de mejora y cambio. Literalidad en el lenguaje. Dificultad para expresar emociones que no sean de rabia y de autorreferencialidad hacia el trato que recibe de sus iguales principalmente. Escasa resonancia afectiva. Egocentrismo. Sin alteraciones sensorio-perceptivas. A nivel del pensamiento se apreciaba desorganización en los momentos de la asociación libre con fuga de ideas y pérdidas de hilo. En ocasiones neologismos: tranquilidad= estar a gusto x (70x7), significando 70x7, siempre en la biblia; ternura= cariño + (paz \ familia); barbarosamente= algo negativo (1\ ∞); gigantística= gigante al cubo; con los que intentaba transmitir los niveles de elevación de la tensión interna. En las temáticas imaginarias mantiene figuras poderosas (un rey, un emperador) y también momentos catastróficos: masacres, explosiones, erupciones volcánicas. Las construcciones de carácter autorreferencial eran en relación a los hechos acontecidos en el colegio con sus compañeros: “se ríen de mí, se burlan de mí, me insultan...”. Quejas somáticas,

dolor de espalda, descritas de manera particular como: “picor, escozor, me está saliendo un hueso”. Dificultad para las habilidades sociales. Normosomnia. Hiperorexia en relación al tratamiento farmacológico. Sin ideación autolítica. Capacidad de juicio suficiente, y volitiva conservada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Bioquímica y hemograma: Sin alteraciones. Serologías VHB, VHC, VIH, Lúes: Negativas.

Interconsulta a endocrino: instauran tratamiento con levotiroxina y derivan a control en consultas con analítica de prolactina y TSH 6,55; T4 0,88.

Interconsulta a genética: negativo.

Psicometría: ADOS: Comunicación: 4, Interacción social recíproca:5, Imaginación: 1, Comportamientos estereotipados e intereses restringidos:1; siendo positivo para Trastorno Espectro Autista; Conners: padres 26 para hiperactividad e impulsividad y 10 para déficit de atención; colegio 27 para hiperactividad e impulsividad y 11 para déficit de atención, siendo positivo para TDAH. WISC-IV: Comprensión verbal:142; Razonamiento perceptivo: 144; Memoria de trabajo: 144, Velocidad de procesamiento: 99; Cociente de inteligencia total: 131.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Trastorno hiperactivo-disocial (F90.1) (314.01 y 312.8) donde deben cumplirse tanto criterios para trastornos hiperactivos como para trastornos disociales. Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (F84.9) (299.80). Rasgos paranoides de personalidad. Problemas relacionados con el ambiente social (Z60). Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (Z63.8).

Aripiprazol inyectable mensual. Sertralina 100: 1 comprimido en desayuno. Quetiapina 100 mg: ½ comprimido en cena. Levotiroxina 50: 1 comprimido en desayuno. Ácido valproico 500mg crono (1-0-1).

DISCUSIÓN

En niños con el diagnóstico de TDAH, una elevada proporción (65-80%) con dificultades significativas para la interacción social y la comunicación (1).

Los síntomas del TDAH que se aproximan al autismo son: estereotipias motoras, preocupación por ciertos temas, objetos o partes de objetos, trastorno del lenguaje,

alteraciones en la pronunciación, pobre comunicación no verbal, problemas de interacción social, ingenuidad (1).

Los aspectos en donde esto se evidencia más claramente son la empatía y la relación con los compañeros, lo cual ocurre a partir de dificultades para la comunicación no verbal y el mantenimiento de una conversación. Existen comparaciones de la comorbilidad del autismo con déficit de atención, problemas de control motor y dificultades en las funciones visomotoras y visoespaciales. Encuentra que el autista activo es el más propenso a la comorbilidad, en tanto que el autista pasivo o solitario tiende a formas más puras de autismo. Estas características condicionan que se puedan ver casos graves de TDAH en los que resulta imposible establecer un límite con el espectro autista (1).

Todas estas apreciaciones han conducido a la propuesta de que posiblemente exista un continuo entre el autismo con RM grave, el autismo clásico de Kanner y el TDAH (1).

Es común que niños con trastornos generalizados del desarrollo no especificado sean diagnosticados originalmente como TDAH (2). Se hallan datos:

- Entre el 60 y el 80% de los niños con TGD cumple con criterios de TDAH (2).
- Los síntomas de TDAH en pacientes con TGD son similares en intensidad a aquellos que padecen TDAH puro (2).
- Los pacientes con TGD + TDAH tienen más dificultades en las actividades de la vida diaria que los que padecen TGD puro (2).
- Quienes padecen TGD + TDAH presentan más hospitalizaciones y tienen mayor necesidad de medicamentos (2).

Con relación al tipo de TDAH presente en los niños con TGD, aproximadamente el 55% fue desatento, y el 45%, combinado. Respecto al nivel de impedimento atencional exhibido en niños con TGD + TDAH, este fue similar que en aquellos que padecían TDAH puro. El hecho de que no todos los pacientes con TGD padezcan TDAH hace pensar que este no es parte del autismo, aunque nos preguntamos si su alta incidencia no se debe a que forma parte del espectro (2).

No obstante, son pocos los estudios empíricos que han prestado atención a la necesidad clínica de un doble diagnóstico de espectro autista y TDAH. En relación

con la comorbilidad en 101 niños con TGD de alto funcionamiento (91 diagnosticados con Síndrome de Asperger) de los que hasta un 95% presentaron problemas de atención y un 50% de impulsividad. Específicamente, alrededor de un 75% de los niños con TGD mostraron síntomas compatibles con los del TDAH de tipo moderado o severo, indicando un considerable solapamiento entre estos desórdenes atencionales y los TGD en niños con inteligencia normal o cercana a la media (3).

También en referencia, al impacto de la comorbilidad, el riesgo de problemas psicosociales se incrementan con severidad. La discapacidad y la disfuncionalidad en la vida diaria se ven afectadas. El realizar un diagnóstico de ambos trastornos, empeora la salud psicosocial, la funcionalidad en el colegio y a nivel físico, emocional y social, que si solo se diagnostica de TEA (4).

Respecto al diagnóstico conjunto, que consistió en 1.496 niños con un diagnóstico actual de TEA según lo informado por sus padres de niños de 2 a 17 años; se observó que aproximadamente el 20% de estos niños habían sido diagnosticados inicialmente con TDAH. Los niños diagnosticados con TDAH antes que de TEA fueron diagnosticados con TEA alrededor de 3 años después (intervalo de confianza 95% 2,3 - 3,5) que los niños en los que se diagnosticó el TDAH al mismo tiempo o después del TEA. Los niños diagnosticados primero de TDAH fueron casi 30 veces más propensos a recibir su diagnóstico de TEA después de los 6 años (intervalo de confianza del 95% 11,2 - 77,8). El retraso en el diagnóstico de TEA fue consistente en toda la infancia e independiente de la gravedad del TEA. En conclusión; para evitar posibles retrasos en el diagnóstico de TEA, los médicos deben considerar el TEA en niños pequeños que presenten síntomas de TDAH (6).

Una de las explicaciones cognitivas que ha tenido mayor repercusión sobre los trastornos del espectro autista en los últimos años es la que sugiere que las dificultades sociales y no sociales pueden deberse a los déficits en las denominadas funciones ejecutivas (3). Las definiciones sobre la función ejecutiva (FE) insisten en las capacidades para mantener activo un conjunto adecuado de estrategias de resolución de problemas, con el fin de alcanzar un objetivo. Estas habilidades están estrechamente relacionadas con la intencionalidad, el propósito y la toma de decisiones. Las conductas de función ejecutiva incluirían, por tanto, la formación y

organización de planes, la autorregulación de las tareas, el control de la impulsividad, la inhibición de respuestas inapropiadas y la flexibilidad de pensamiento y acción. Este grupo de procesos cognitivos de orden superior que incluye la FE está asociado a las funciones del córtex prefrontal (3).

Desde este punto de vista, se considera que los individuos con Síndrome de Asperger tienen un déficit en la FE, ya que sus comportamientos y sus procesos de pensamiento son, en general, rígidos, inflexibles, reiterativos y perseverantes. Asimismo, se caracterizan por la impulsividad y la incapacidad ocasional para inhibir respuestas inadecuadas, mostrando además dificultades en la toma de decisiones y presentando complicaciones en la organización y secuenciación que requiere la resolución de problemas. Conque, estas alteraciones de la FE también parecen condicionar la pobre resistencia a la distracción y a las interferencias y la incapacidad para regular correctamente el tiempo durante el desarrollo de tareas complejas. Ahora bien, este déficit en la FE no es exclusivo ni específico de los TEA, ya que, precisamente, es bastante recurrido al explicar las principales dificultades que caracterizan a los individuos con TDAH. Es por ello que se llevan a cabo una revisión de los principales estudios que han comparado la FE en los TEA y el TDAH y que sugieren fallos comunes en el funcionamiento ejecutivo en ambos tipos de trastornos; aportando, además, datos propios de su investigación. De este modo, plantean que estos déficits en los TEA pueden originar un perfil diferente al del TDAH y seguir un curso desigual durante su desarrollo. Se concluye que los problemas ejecutivos suelen atenuarse con la edad en los TEA, mientras que son más persistentes y severos en el TDAH (3).

Los niños con TDAH presentan significativamente más dificultades que los niños con TEA en memoria de trabajo y en planificación. Además, aunque ambos grupos experimentan problemas que superan lo esperado, también los niños con TDAH están más afectados en los índices generales de FE, el índice metacognitivo y el de regulación comportamental. En la misma línea, en las conductas de aprendizaje, tampoco aparecen diferencias significativas entre TEA y TDAH, si bien el porcentaje de casos afectados se sitúa en un nivel claramente superior en niños con TDAH a excepción del factor de flexibilidad/estrategia de aprendizaje (7).

Para terminar, en relación con las intervenciones terapéuticas, de manera integral realizaremos psicoeducación y terapia cognitivo conductual basada en la evidencia. Respecto a las intervenciones farmacológicas, se pueden utilizar fármacos fuera de ficha técnica para el tratamiento de los síntomas comórbidos como ansiedad, dificultad para la atención, comportamientos agresivos, dificultades en el sueño o conductas estereotipadas (5).

CONCLUSIONES

- El paciente puede ser un ejemplo de comorbilidad de TDAH Y TEA, pese a la dificultad diagnóstica y la evolución del caso.
- Requiere un trabajo en Equipo importante, con funciones muy claras por parte de los profesionales, para intentar evitar la querulancia y minimización fluctuante de los padres, y ayudar al paciente a funcionar adecuadamente en la sociedad.
- El trabajo integral en todas las áreas es necesario y sería conveniente valorar si no fuera suficiente, un período fuera del medio familiar para poder trabajar principalmente con el paciente y valorar si puede adquirir las habilidades necesarias por sí mismo, sin que este aprendizaje pueda verse bloqueado por el medio familiar. Nunca dejaríamos de lado el trabajo intensivo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol* 2003; 36 (1): 68-78.
2. Ruggieri V.L. Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. Simposio de trastornos del desarrollo. *Rev neurol* 2006; 42 (3): 1-6.
3. Rodriguez F. Artículo de Revisión: Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. *RCNP* 2009; 4 (1):12-19.
4. Leitner Y. The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children- What do we know. *Front Hum Neurosci* 2014; 8:268.
5. Carrascosa-Romero MC, De Cabo-De La Vega C. ADHD- New directions in diagnosis and treatment. The comorbidity of ADHD and ASD

- in community preschoolers. InTech. CC BY 3.0 license. September 2015.
6. Miodovnik A, Harstad E, Sideridis G, Huntington N. Secuencia del diagnóstico del TDAH y TEA. RET 2017; 80.
 7. Miranda-Casas A, Berenguer-Forner C, Baixauli-

Fortea I, Roselló-Miranda M, Palomero-Piquer B. Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno de espectro autista (tea) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah). Rev Infad. 2016; (1):1.