

**C. Pelegrín<sup>1</sup>**  
**R. Gómez-Hernández<sup>2</sup>**  
**T. Baringo<sup>1</sup>**  
**C. Ceballos<sup>1</sup>**

1 Hospital Miguel Servet, Zaragoza  
2 Hospital Clínico Universitario, Zaragoza

**Correspondencia:**

Carmelo Pelegrín Valero  
Plaza Extremadura, 3, 4º A  
22004 Huesca

Consideraciones nosológicas de  
la agresividad postraumática.  
A propósito de un caso en un  
niño de doce años

*Nosological aspects of  
postraumatic aggressiveness.  
A 12 years boy report*

**RESUMEN**

En los pacientes afectados de un trauma craneal, la conducta agresiva de tipo explosivo es un importante problema médico. El DSM-III clasifica esta conducta como "trastorno explosivo intermitente" y el DSM-III-R la denomina como "síndrome orgánico de la personalidad, tipo explosivo". Recientemente este trastorno ha sido clasificado en el DSM-IV como "cambio de la personalidad debido a enfermedad médica". Sin embargo, expertos en neuropsiquiatría han propuesto para este trastorno una categoría específica, el "síndrome de agresividad orgánica". La razón básica para proponer este diagnóstico es que describe con mayor precisión la especificidad de la conducta violenta secundaria al "daño cerebral". Además, la agresividad de tipo explosivo puede presentarse de manera aislada, sin asociarse con los rasgos de personalidad especificados en el DSM-III y el DSM-IV. Nosotros presentamos un caso que apoya esta propuesta y sugerimos la utilidad de la tomografía computerizada por emisión de fotón único para establecer la validez de este diagnóstico psiquiátrico.

**PALABRAS CLAVE**

Traumatismos craneales; Agresividad; Nosología; Validez.

**ABSTRACT**

*Explosive and violent behavior in posttraumatic patients populations is a significant clinical problem. DSM-III classified the condition as "intermittent explosive disorder" and DSM-III-R calls this syndrome "organic personality disorder, explosive type". Recently, this disorder is classified in DSM-IV under the rubric of "personality change due to a general medical condition". However, for this disturbance, experts in neuropsychiatry have proposed a specific category of "organic aggressive syndrome". The basic reason for proposing this diagnostic is that it more accurately describes the specific condition of violence secondary to the brain lesions. Furthermore, the explosive aggression may occur isolated without the associated personality disturbances specified in DSM-III-R and DSM-IV. We report a case that clearly supports this proposal and suggest the usefulness of cerebral blood flow with single photon emission*

*computed tomography (SPECT) to establish the validity of this psychiatric disorder.*

## KEY WORDS

*Head injury; Aggressiveness; Nosology; Validity.*

## INTRODUCCIÓN

En los países industrializados los traumatismos, en especial los traumatismos craneoencefálicos (TCE), constituyen un problema médico y social de primera magnitud, adquiriendo proporciones epidémicas. Según Kraus<sup>(1)</sup> los estudios epidemiológicos sobre esta patología son incompletos, ya que no existe ninguno que abarque a todos los pacientes con TCE en un población definida; no obstante en general se considera que la incidencia anual en los países desarrollados es de 200 y 300 por cada 100.000 habitantes. En los diversos estudios epidemiológicos se ha encontrado que los porcentajes de afectados en edad pediátrica se encuentran alrededor del 20%; los accidentes por atropello y las caídas practicando deportes (bicicletas, monopatines...) son los más frecuentes; los TCEs se producen al golpearse la cabeza en movimiento contra una superficie estática.

Las lesiones cerebrales producidas por el traumatismo pueden tener serias consecuencias para los afectados, hasta el punto de que se ha descrito en estudios prospectivos que los niños con antecedentes de TCE presentan el doble de trastornos psiquiátricos y cognoscitivos que un grupo control<sup>(2)</sup>. Así mismo se ha observado que los TCE, en especial aquellos de grave intensidad, dificultan el desarrollo normal de la personalidad, y pueden dar lugar a personas con graves déficits en áreas como la introspección, la planificación, el juicio social, el control de las emociones, la empatía y el razonamiento<sup>(3)</sup>.

Por otra parte, la patología neuropsiquiátrica postraumática se nos presenta como un grupo de trastornos abigarrado para el cual la psiquiatría importa términos y categorías acuñadas en el estudio de otro grupo de pacientes. Se trata de un tema controvertido en el campo de la nosología de las enfermedades mentales en general y por lo tanto también en los trastornos psiquiátricos de inicio en la infancia, la niñez o la

adolescencia. Por ello presentamos un caso de un niño de doce años con antecedentes de TCE que presenta episodios graves de heteroagresividad.

249

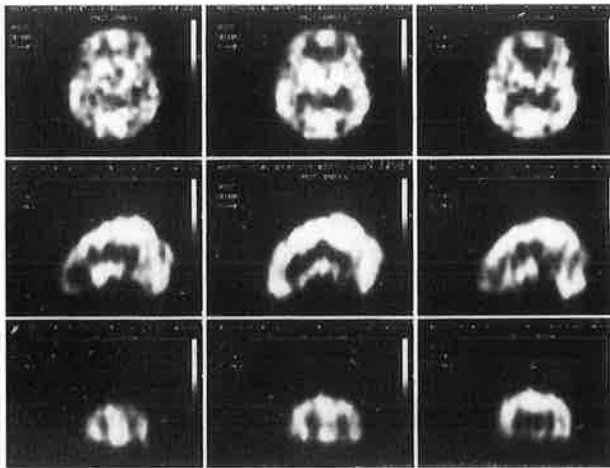
## MATERIAL

Se trata de un niño de 12 años de edad que en abril de 1994 sufrió un grave accidente de tráfico (fue atropellado por un autobús), permaneciendo en estado de coma (puntuación en la Escala de Glasgow inferior a 8) por espacio de dos días y en un estado confusional (duración del período de amnesia postraumática) durante un mes. Desde entonces el niño ha presentado episodios de heteroagresividad con las siguientes características: explosivas, súbitas, desencadenadas por mínimas provocaciones, desproporcionadas para la intensidad del factor precipitante, imprevisibles y sorpresivas para quienes le rodean, poco estructuradas, recurrentes y con un inicio y terminación generalmente bruscos. Las crisis se han presentado de manera casi absoluta restringidas al ámbito escolar, desencadenadas por las pequeñas provocaciones realizadas por sus compañeros. La intensidad, frecuencia y gravedad de estos episodios le han producido problemas de adaptación escolar y social, ocasionándole la "expulsión" de tres colegios y la permanencia durante bastante tiempo sin escolarización. Su comportamiento fuera del contexto escolar, en su domicilio o en sus interacciones sociales con los amigos que conocen su problema, es bastante adecuado con aparición ocasional de las crisis mencionadas.

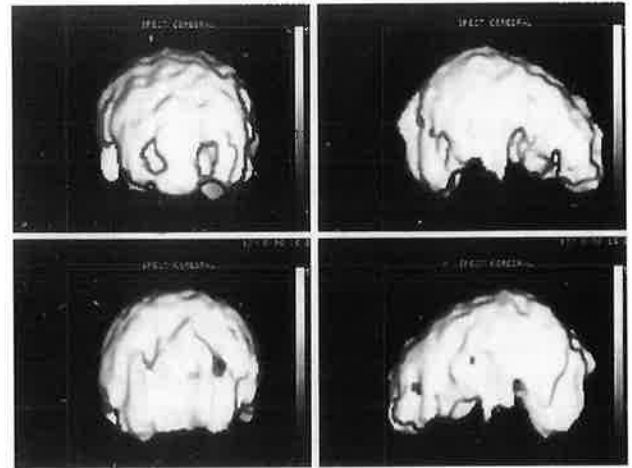
## MÉTODO

En la exploración psicopatológica general no se ha objetivado alteraciones en el aspecto general del paciente, en la relación con el personal sanitario y con sus padres. Su afectividad, lenguaje, contenido de pensamiento, abstracción y juicio, motricidad y capacidad de dirigir su actividad hacia una finalidad es adecuada y se muestra preocupado por las consecuencias de su conducta. En la exploración de la actividad hiperkinética mediante la escala de actividad de Werry-Weis-Peters, los padres refieren que desde el accidente su hijo se mueve algo más; no obstante es capaz de realizar actividades tales como

250



**Figura 1.** Distribución del flujo sanguíneo regional cerebral en cortes transversales, sagitales y coronales: se observa una disminución bilateral de la perfusión en la corteza prefrontal de ambos hemisferios. El defecto de perfusión es más acusado en el córtex prefrontal izquierdo.



**Figura 2.** Reconstrucción tridimensional del estudio de la perfusión cerebral del paciente: se observan idénticos hallazgos que en la figura anterior.

comer, jugar, estudiar, ver la televisión, etc. sin interrupciones; no interrumpe las conversaciones, ni necesita supervisión. Así mismo destaca tras el accidente la presencia de una moderada hipersomnia postraumática. En la exploración cognoscitiva mediante la batería de W.I.S.C. obtiene un C.I. verbal de 128, un C.I. manipulativo de 124 para un C.I. global de 126. En la exploraciones complementarias realizadas se obtuvieron los siguientes hallazgos: EEG: normal; Tomografía craneal: normal; y SPECT (tomografía computarizada de emisión de fotones aislados) realizada con HMPAO-Tc 99 se observa una hipocaptación en ambas zonas prefrontales, más acusada en el hemisferio izquierdo (Figs. 1 y 2).

El paciente había sido tratado mediante técnicas conductuales (refuerzo positivo, extinción y refuerzo diferencial) durante un año sin obtener el control de los episodios de agresividad. En los últimos meses se ha conseguido una disminución de la frecuencia de las crisis mediante un control estricto de las contingencias ambientales en el ámbito escolar. Por deseo de la familia no se ha intentado todavía ninguno de los posibles tratamientos farmacológicos indicados en el tratamiento de este tipo de agresividad.

## RESULTADOS

El neurólogo Frank Elliot ha sido el autor que más se ha ocupado de la asociación entre el "daño cerebral" y la aparición de episodios aislados o repetidos de pérdida de control y de conducta violenta desproporcionada e insólita y sin relación con un posible estímulo precipitante<sup>(4)</sup>. Este autor en 1982 publicó los resultados de un estudio de una muestra de 286 pacientes con antecedentes de episodios recurrentes de agresividad describiendo como en un 94% de los casos existía una lesión cerebral<sup>(5)</sup>.

En el caso presentado existe una relación temporal clara entre la presencia de un "daño cerebral" y la aparición de la conducta episódica violenta. Por otra parte las características clínicas de las mismas son coincidentes con las descritas en la agresividad asociada a lesiones cerebrales u "orgánicas"<sup>(6)</sup>. Estas características son las siguientes: el carácter episódico y la aparición súbita, generalmente sin estar precedida de signos externos de tensión o irritabilidad; ser desencadenados por mínimas provocaciones y son sorprendidos para quienes rodean al paciente. Los episodios son intensos, poco estructurados, recurrentes, bien delimitados en el tiempo, y con un inicio y terminación generalmente bruscos; además la agresividad "orgánica" es típicamente "egodistónica", es decir, después de cada episodio el paciente está tranquilo y se lamenta

sinceramente de las consecuencias de su conducta. Todas estas características propias de la agresividad impulsiva le diferencian de la agresividad planificada o premeditada en la cual existe un lapso de tiempo entre la planificación de la conducta agresiva y la ejecución de la misma, con una finalidad aparente<sup>(7)</sup>.

## DISCUSIÓN

Desde el punto de vista nosológico estos trastornos han recibido diversos nombres: "descontrol episódico"; "personalidad explosiva"; "trastornos conductuales episódicos"; "síndrome de descontrol"... Esta ambigüedad terminológica se ha mantenido en los distintos sistemas de clasificación de los trastornos mentales: así, en DSM-III este trastorno era conceptualizado como "trastorno explosivo intermitente" (TED) y se mencionaba que las lesiones cerebrales eran un factor predisponente poco frecuente para esta alteración, lo cual contrastaba con la experiencia clínica que indicaba que los factores orgánicos parecen fundamentales en la etiopatogenia de este síndrome. En el DSM-III-R y el DSM-IV este trastorno es incluido dentro de los "Trastornos y síndromes orgánicos" con la denominación de "síndrome orgánico de la personalidad tipo explosivo" y "cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, tipo agresivo". Esta inclusión puede ser sometida entre otras a la crítica siguiente: desde una perspectiva de la descripción fenomenológica del cuadro clínico, este tipo de trastorno, en especial como sucede en este caso que no se asocia a otros trastornos comportamentales en el periodo entre los episodios agresivos, es coincidente con la definición operacional que del "trastorno explosivo intermitente" han generado las sucesivas clasificaciones de los trastornos mentales realizadas por la APA. No obstante este diagnóstico no puede ser en este caso, ya que la presencia de una enfermedad médica como el traumatismo craneal es uno de los criterios de exclusión del mismo. Por contra el diagnóstico de

"cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, tipo agresivo" es cuestionable al no estar la conducta violenta asociada en el periodo intercrito de otros rasgos incluidos en la definición operacional de esta entidad clínica. Estos argumentos derivados de las características clínicas del caso presentado apoyan los argumentos de Silver y Yudofsky en el sentido de conceptualizar el "síndrome de agresividad orgánica" como una entidad aislada dentro de los trastornos mentales orgánicos. Para ello refieren los siguientes argumentos: a) la agresividad puede presentarse de forma aislada sin asociarse al resto de síntomas incluidos en la definición operacional del síndrome orgánico de la personalidad; y b) la aparición de la conducta agresiva puede ser secundaria a lesiones cerebrales de distinta localización con una relación causa-efecto clara entre las mismas y la aparición de la conducta agresiva<sup>(8)</sup>.

Por otra parte, desde el punto de vista de la etiopatogenia, sin olvidar el carácter "biopsicosocial" de la conducta violenta, el caso presentado aporta los hallazgos obtenidos mediante el estudio con el SPECT, los cuales son coherentes con los conocimientos teóricos sobre el tema respecto el papel inhibitor y regulador que sobre la agresividad humana tiene el córtex prefrontal<sup>(9)</sup>. En este sentido debemos hacer hincapié en que la aparición de las modernas técnicas de neuroimagen funcional (SPECT y PET) pueden contribuir en el campo de la psiquiatría en general y de la neuropsiquiatría en particular a aumentar la validez de los diagnósticos clínicos, al poder ser sus hallazgos empleados como criterios de demarcación para establecer los diagnósticos sindrómicos, que como en el caso del "Trastorno explosivo intermitente" es mantenido con considerables reservas teóricas. Respecto esta entidad hay que recordar que los escasos estudios, como el de Felthous y cols. (citado por Wise y Tierney)<sup>(10)</sup>, realizados empleando los criterios diagnósticos del TEI en ningún caso se ha descartado mediante estas técnicas de neuroimagen la presencia de una disfunción congénita o adquirida del Sistema Nervioso Central.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Kraus JF, Black MA, Hessol N y cols. The incidence of acute brain injury and serious impairment in defined population. *Am J Epidemiol* 1984; **119**:186-201.
- 2 Rutter M. Developmental neuropsychiatry: concepts, issues, and prospects. *J Clin Neuropsychol* 1982; **4**:91-115.
- 3 Price BH, Daffner KR, Stowe RM, Mesulam MM: The behavioral learning disabilities of early frontal lobe damage. *Brain* 1990; **113**:1383-1393.
- 4 Elliot FA. The neurology of explosive rage: The dyscontrol syndrome. *Practitioner* 1976; **217**:51-59.

---

C. Pelegrín  
R. Gómez-Hernández  
T. Baringo  
C. Ceballos

Consideraciones nosológicas de la agresividad postraumática.  
A propósito de un caso en un niño de doce años

- 252
- 5 Elliot FA. Neurological findings in adult minimal brain dysfunction and dyscontrol syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1982;**170**:680-687.
  - 6 Pelegrín C, Gómez-Hernández R, Martín M. Trastornos psiquiátricos secundarios a los traumatismos craneoencefálicos. *Monografías de Psiquiatría* 1995;**6**:23-31.
  - 7 Barrat ES. Measuring and predicting aggression within the context of a personality. *J Neuropsychiatry* 1991;**3**:S35-S39.
  - 8 Silver JM, Yudofsky SC, Hales RE. Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. En: Hales RC, Yudofsky SC, eds. *Textbook of Neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1987:179-190.
  - 9 Elliot FA. Violence. The Neurologic Contribution: An Overview. *Arch Neurol* 1992;**49**:595-603.
  - 10 Wise MG, Tierney JG: Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados.. En: Hales RC, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Áncora, 1996:723-742.