

# El uso de neurolépticos de depósito en las psicosis infantiles: a propósito de un caso de psicosis desintegrativa

C. Ferrer Dufol\*, A. Bonals Pi\*\*

Zaragoza

## RESUMEN

Se expone un caso-paradigma de Psicosis Desintegrativa y el tratamiento con neurolépticos de depósito, describiendo cuidadosamente su evolución clínica y adaptativa.

**Palabras clave:** Psicosis infantil. Tratamiento neuroléptico.

## INTRODUCCIÓN

Desde las publicaciones de Delay y Deniker relativas a los efectos de la Clorpromazina han sido muy numerosas las investigaciones destinadas a definir y ampliar el uso de los neurolépticos en la farmacoterapia psiquiátrica.

En los años sesenta diversos autores publicaron artículos referidos a la utilización de estos fármacos en la infancia, en relación sobre todo con cuadros psicóticos, síndromes de agitación psicomotriz, alteraciones de conducta

secundarias a oligofrenias, trastornos de personalidad y otras patologías.

Desde entonces se acepta, de forma generalizada, el uso de neurolépticos en el tratamiento de las psicosis infantiles. Sin embargo, son escasos los estudios controlados que aporten pruebas definitivas sobre sus efectos. A menudo, la instauración del tratamiento neuroléptico está fundamentalmente en relación con el control de trastornos de conducta (irritabilidad, falta de control emocional, conductas agresivas) que aparecen en el curso de la psicosis, ya que suele tener poca repercusión en la conducta típicamente autista.

Si hay poca documentación sobre este tema, es aún menor la existente sobre el uso en las psicosis infantiles de los neurolépticos de acción prolongada, a pesar de que en algunas ocasiones pueden constituir un aspecto fundamental del tratamiento de niños no institucionalizados. Consideramos por tanto de interés la presentación de un caso que, por sus características clínicas, hacía casi imprescindible la administración continuada de fármacos por vía parenteral, y para el que el uso de un neuroléptico de depósito, tanto para la remisión inicial de los síntomas como para su mantenimiento posterior, nos ha sido de gran utilidad.

\* MIR. Psiquiatría.

\*\* Jefe de Sección.

Sección de Psiquiatría infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

## HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 12 años al que vemos por primera vez en nuestro servicio el 26 de diciembre de 1989. El niño viene a Urgencias con su familia, que solicita su ingreso hospitalario.

Hasta entonces estaba en tratamiento en otro servicio de psiquiatría infanto-juvenil por una psicosis de diez años de evolución. En los últimos cuatro meses venía presentando alteraciones de conducta que habían ido empeorando progresivamente hasta hacer imposible la permanencia en el medio familiar.

En el momento del ingreso se observaba una importante agitación psicomotriz con auto y heteroagresividad: golpeaba la cabeza contra las paredes, mordía a los que se le acercaban y presentaba una regurgitación casi continua, realizada a voluntad, de forma automática o como respuesta a estímulos (preguntas, órdenes, etc.).

La historia clínica ofrece los siguientes datos:

*Estructura familiar:* El padre tiene 51 años y es trabajador de una empresa alimentaria. La madre tiene 52 años y es ama de casa. El nivel socio-económico de la familia es medio/bajo. La familia consta de otros cuatro hijos: un varón de 25 años y tres hembras de 22, 20 y 15 años. Un segundo hijo, varón, murió a los ocho meses por un cuadro de deshidratación secundario a vómitos. Entre el primero y quinto hijo la madre sufrió cinco abortos debido probablemente a una toxoplasmosis que fue diagnosticada y tratada antes del nacimiento del paciente.

En el domicilio familiar viven actualmente los padres y los tres hijos menores. Las relaciones familiares parecen armónicas.

*Datos anamnésticos:* Embarazo y parto normales. Lactancia materna hasta los cuarenta días. Deambulación a los dieciocho meses: «Ligeramente más torpe y más vago que los demás hermanos». Desarrollo del lenguaje: primeras palabras alrededor de los dos años. La madre lo recuerda como un niño normal, tranquilo, mal comedor (le costaba el cambio

de comidas), algo más retrasado que los demás hermanos.

Como antecedente figura un episodio de vómitos, sin trascendencia, que la madre refiere como angustioso para ella en la medida en que le recordaba el cuadro por el que falleció su segundo hijo.

Al cumplir los dos años sufre un ingreso en el Hospital Infantil por un nuevo episodio de vómitos; ingresa deshidratado, con un cierto meningismo, lo que motiva punción lumbar cuyos resultados son normales. El cuadro orgánico remite sin complicaciones, siendo dado de alta a los 10-15 días con el diagnóstico de Enteritis por *E. Coli*, y con tratamiento para el insomnio que el niño había presentado ya en el hospital.

Este es el momento en el que se observa una solución de continuidad en el desarrollo y conducta del niño; la madre refiere: «entró en el hospital como un niño muy pacífico pero cuando salió parecía un manojito de nervios». Se aísla por completo y comienza a presentar un comportamiento extraño para la familia, deambula continuamente por la casa: «vivía en su mundo, le llamábamos y no escuchaba, era como si los demás no existiéramos». Deja de jugar con los hermanos y con otros niños, apenas duerme, está inquieto e hiperactivo, tiene episodios de agresividad, pierde el uso de las palabras que utilizaba y comienza a caminar de puntillas. A partir de los tres o cuatro años el niño regurgita los alimentos, de forma esporádica, ante pequeñas frustraciones.

A los tres años la familia lo lleva a una guardería donde es rechazado por su conducta, recomendando la pediatra, que visita el centro, un tratamiento especializado, por lo que comienza a ser visto en un servicio de Psiquiatría Infantil. Poco después pasa a frecuentar un colegio de educación especial. En los años siguientes se observa una ligera mejoría en determinadas capacidades básicas.

A los once años el niño ha perdido casi totalmente el lenguaje que se limita a dos o tres palabras, come solo con dificultad, se viste con ayuda, controla esfínteres desde los ocho años (hasta entonces enuresis y encopresis), cami-

na de puntillas y realiza con las manos frecuentes movimientos estereotipados. La relación con el entorno es escasa. En ocasiones expresa sentimientos y gestualmente se muestra cariñoso con la familia, pero no llega a expresar necesidades básicas; va al baño cuando lo necesita, o coge galletas cuando tiene hambre. Su conducta es hiperactiva, y de forma aislada tiene comportamientos agresivos, o regurgitación de alimentos. Lleva tratamiento farmacológico con Properciazina, 4 mgrs. en desayuno y cena, desde los seis años.

Durante el ingreso se realiza el test de desarrollo psicomotor de Brunet-Lezine con resultados muy deficientes. Es posible que estos resultados se deban sobre todo a las dificultades de relación del niño, quien a pesar de que en muchas ocasiones no obedece a órdenes sencillas, realiza por iniciativa propia actividades más sofisticadas que requieren un mayor nivel de autonomía.

Es de interés la evolución del entorno familiar en ese período: cuando el niño cumple tres años fallece el abuelo materno, por lo que la madre pasa a hacerse cargo de su madre, que padece una enfermedad cardiovascular por la que muere seis años más tarde en una situación de total invalidez. De forma simultánea a la muerte de la abuela materna, el padre sufre un infarto agudo de miocardio. Esta situación motiva que la madre del paciente haya confiado su cuidado a la hermana mayor, quien es de hecho la que se ocupa de él: le da de comer, duerme con él, le lleva al colegio, le saca de paseo y es quien constituye el principal soporte afectivo del niño. La importancia de esta organización familiar para el niño se evidencia por su respuesta al empezar a ocurrir los primeros cambios.

Otros elementos que pueden tener relevancia en la agudización de sus trastornos de conducta son el cambio de profesora en el colegio al que asiste y la coincidencia de estos con el inicio de la pubertad.

En noviembre de 1988 se casa el hermano mayor, y en mayo de 1989 se casa la hermana mayor. En este momento, la madre pasa a hacerse cargo del niño. En noviembre de

1988, coincidiendo con el matrimonio del hermano, el niño pierde el control de esfínteres. A partir de septiembre de 1989 su comportamiento es más hiperactivo, abre continuamente puertas, armarios, rompe cristales, se muestra agresivo, duerme cuatro o cinco horas por la noche. Esta conducta se va agravando hasta el mes de diciembre, en que presenta el cuadro que hemos descrito como motivo del ingreso. En ese momento lleva como tratamiento desde siempre, haloperidol, 1,2 mg tres veces al día.

## DIAGNÓSTICO

Fundamentándonos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9), hemos realizado el diagnóstico de Psicosis Desintegrativa, teniendo en cuenta el período inicial de 24 meses en que el niño estuvo libre de alteraciones y la aparición de éstas de forma posterior, tanto en el área del desarrollo psicomotor como del comportamiento y las relaciones interpersonales.

No podemos valorar con precisión el alcance del ligero retraso en el desarrollo psicomotor, previo a la aparición de la psicosis, referido por la familia. Es posible que ésta haya tenido lugar sobre la base de un retraso mental leve.

## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras el ingreso se instaura pauta de tratamiento con: Haloperidol, 2,5 mgrs., vía IM/8 horas y Clorpromazina, 12,5 mgrs., vía IM, cada 12 horas, pasándose dos días más tarde a su administración cada 8 horas.

El día 1 de enero aparece clínica extrapiramidal, que cede con la administración de Biperideno 5 mgrs., vía IM. El día 2 de enero se inicia tratamiento con Decanoato de Flufenazina, 25 mgrs., vía IM, continuándose la pauta de Clorpromazina y retirando el Haloperidol. El día 8 de enero se inyecta otra dosis de 25 mgrs. de Decanoato de Flufenazina.

La flufenazina es un neuroléptico incisivo de características similares a las del haloperidol. En la forma Decanoato se libera de forma prolongada siendo efectivo en períodos que comprenden 3-6 semanas.

La elección de fármacos por vía parenteral está inicialmente condicionada por la imposibilidad de instaurar un tratamiento farmacológico por vía oral. Posteriormente consideramos que si bien la administración de medicación parenteral de acción inmediata no ofrecía problemas a nivel hospitalario, resultaba difícil de mantener a domicilio. Valoramos por tanto que podía ser de utilidad usar el neuroléptico de depósito durante el ingreso para, en caso de respuesta favorable, continuar con este fármaco en el seguimiento ambulatorio del paciente.

La sintomatología del paciente comienza a remitir a los dos días de esta segunda administración: el niño comienza a relacionarse gestualmente con el personal del servicio, sonríe de forma esporádica y manifiesta una actitud cariñosa hacia la madre. Se espacian los vómitos, y va desapareciendo la conducta agresiva.

A partir del 9 de enero se reduce de forma paulatina la dosis de Clorpromazina hasta su retirada el día 16 de enero. El alta hospitalaria se da el 17 de enero con una remisión casi total de la situación de crisis, si bien el niño continúa presentando las alteraciones que le han caracterizado durante su infancia.

## EXPLORACIÓN ORGÁNICA

Durante el ingreso se realizó un estudio pediátrico del paciente ante la posibilidad de que los síntomas digestivos tuvieran un origen orgánico; sin embargo, tanto el estudio digestivo como neurológico fueron normales.

Dado que en la exploración se observaba un aumento del tamaño de manos y pies en relación a la edad y una macrognatosis, se realizó estudio de desarrollo óseo cuyos resultados fueron normales, y un estudio genético cuyo resultado está aún pendiente.

## SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Tras el alta hospitalaria hemos realizado un seguimiento semanal del niño. En general, su conducta es aceptable manteniéndose en niveles similares al período anterior a su descompensación. Hemos verificado la recuperación de aptitudes que el niño poseía antes del agravamiento de su estado, como por ejemplo, el control de esfínteres. Persistía sin embargo un insomnio terminal —el niño dormía unas cinco o seis horas—, por lo que se recomendó la administración nocturna de Clorpromazina, 25 mgrs. En una única ocasión ha presentado un episodio de agitación, que cedió en el mismo día con la administración de Tioridazina, 200 mgrs. diarios, que se mantuvo durante unos días.

Pensamos que sería deseable reducir la dosis de neuroléptico, que consideramos alta. Estamos en contacto con la psicóloga del centro de educación especial al que el niño acude, y con la que en la actualidad está llevando a cabo un programa de tratamiento conductual, y esperamos poder disminuir progresivamente la flufenazina a la dosis mínima necesaria, en la medida en que el niño vaya readaptándose a su nueva situación socio-familiar.

También cabría plantearse en el futuro el paso a un neuroléptico de menos efectos secundarios a largo plazo. De todos modos habría que valorar cuidadosamente el cambio, ya que el uso de medicación oral podría resultar ineficaz si el niño volviera a regurgitar, con el peligro de un nuevo agravamiento de su estado.

## Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J. de (1970): *La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Toray Masson, 142 págs. 1970.
- ALCÁZAR FERNÁNDEZ, J.L. y RODRÍGUEZ RAMOS, P.: *Indicaciones de los psicofármacos en Psiquiatría*. En: *Psicosis Infantiles*, Simposium nacional, Murcia, 1-3 de marzo de 1984, pp. 177-190.
- BENKERT, O. y HIPPIUS, H.: *Farmacoterapia Psiquiátrica*. Pamplona, Eunsa, ed, 432 págs. 1980

- BUENO, J.A. y cols.: *Psicofarmacología clínica*. Barcelona, Salvat Ed., 357 págs. 1986.
- CAMPBELL, M.: *Tratamiento con drogas del autismo infantil y la esquizofrenia de la niñez: revisión*. En: *Psicofarmacología a los treinta años de progreso*. Lipton, M.A. y cols. Barcelona, Espaxs, pp. 1617-1629. 1982.
- DURA LLOPIS, M.: *Las Psicosis Infanto-juveniles y sus peculiaridades terapéuticas psicotrópicas*. Rev. Neur. Psiq. Inf., 11, 19-24. 1988.
- ENGELHARDT, D.M. y POLIZOS, P.: *Efectos adversos de la farmacoterapia en la psicosis infantil*. En: *Psicofarmacología a los treinta años de progreso*. Lipton, M.A. y cols., Barcelona. Espaxs, pp. 1631-1638. 1982.
- MENDIGUCHÍA, F.J.: *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid, Ed. del Castillo, 986 págs. 1980.