

Esquizofrenia pseudoneurótica: a propósito de un caso

VEGA-DIENSTMAIER, J. M. y SAAVEDRA, J. E.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima (Perú).

Pseudoneurotic schizophrenia: a case report

Resumen

Se describe el caso de una mujer de 34 años, con antecedentes de ansiedad social, fobias específicas y síntomas de ansiedad generalizada, cuya enfermedad se inició con ataques de pánico y depresión. La paciente recibió paroxetina, con lo que presentó exacerbación del cuadro afectivo y aparición de síntomas psicóticos que persistieron luego de suspender el antidepresivo y que respondieron a sulpiride y posteriormente a tioridazina. Se discute la pertinencia del diagnóstico de esquizofrenia pseudoneurótica y la comorbilidad entre psicosis y ansiedad.

Palabras clave: Comorbilidad. Depresión. Esquizofrenia pseudoneurótica. Paroxetina. Trastorno de pánico.

Summary

We report a 34-years old woman, with a history of social anxiety, specific phobias and generalized anxiety symptoms, who presented for treatment with panic attacks and depression. She was started on paroxetine and presented exacerbation of the affective syndrome and onset of psychotic symptoms that persisted after the suspension of the antidepressant and responded to sulpiride and later to thioridazine. We discuss the pertinence of the diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia and the comorbidity between psychosis and anxiety symptoms.

Key words: Comorbidity. Depression. Panic disorder. Paroxetine. Pseudoneurotic schizophrenia.

En Psiquiatría, tomando en cuenta las clasificaciones actuales, la comorbilidad es la regla en vez de la excepción. La mayoría de las personas con historia de un trastorno mental tiene por lo menos otro más (1). Se discute el caso de una paciente que presentó síntomas de diversos tipos de trastornos psiquiátricos —manifestaciones ansiosas, depresivas y, finalmente, psicóticas— que hicieron difícil el diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Describimos el caso de una mujer de 34 años, casada, que acudió por primera vez a consulta externa de Psiquiatría de nuestro instituto debido a que dos meses antes había comenzado a presentar episodios súbitos caracterizados por disnea, mareos, temblores, visión borrosa, parestesias en extremidades superiores e inferiores, cefalea occipital y miedo a morir. Estos episodios ocurrían aproximadamente cada dos días y duraban alrededor de 30 minutos. A partir de entonces apareció insomnio, tristeza, llanto frecuente, intranquilidad, sensación

de falta de energía, problemas en la concentración, aumento de apetito, lentitud al realizar sus actividades diarias y sentimientos de culpa y minusvalía. A las cinco semanas de iniciarse estos síntomas, empezó a automedicarse con dosis desconocidas de alprazolam.

La paciente refirió que desde los ocho años de edad era «introvertida» y experimentaba miedo, hiperhidrosis y temblores al exponerse a situaciones sociales tales como hablar en público (por ejemplo, ante los demás alumnos de una clase), comer en la calle, realizar actividades cotidianas delante de otras personas y ser interrogada por gente que no conocía o personas de autoridad o importancia; en estas circunstancias se sentía evaluada, pensaba que los demás se fijaban si estaba haciendo las cosas correctamente y tenía miedo de que pudieran formarse una opinión desfavorable de ella.

Desde los 10 años de edad tenía continuamente diversas preocupaciones relacionadas, entre otras cosas, con el consumo de alcohol de su padre y la posibilidad de que éste tenga un accidente, y la enfermedad psiquiátrica de su madre. Posteriormente empezó a preocuparse por temas laborales. Ella consideraba que en muchas

situaciones su ansiedad era exagerada pero no podía controlar los pensamientos que la generaban. Además, la paciente presentaba desde niña fobia a los grillos y las lechuzas.

La paciente no tuvo problemas perinatales y su desarrollo psicomotor fue aparentemente normal; pero presentó problemas académicos repitiendo el primer año de secundaria, lo cual atribuye a que no podía concentrarse a causa de los conflictos familiares originados por el abuso de alcohol de su padre y la enfermedad mental de su madre. El padre de la paciente tenía 58 años y consumía alcohol desde los 22 años; la madre, de 56 años, tenía diagnóstico de esquizofrenia y recibía tratamiento con decanoato de flufenazina; y la abuela materna sufría de enfermedad de Parkinson desde los 40 años.

La paciente tenía dos hijas de 12 y 8 años; era alérgica al chocolate y al pescado y sufría de molestias digestivas.

Al examen mental, la paciente presentaba adecuado aseo y aliño personal; se observó algo suspicaz y sumamente ansiosa, evidenciándose hiperhidrosis a nivel del rostro; se sentaba guardando distancia del entrevistador y no establecía contacto visual (miraba hacia una ventana o al piso). El pensamiento era coherente y la expresión facial de emociones era pobre con tendencia a mostrar ocasionalmente señales de tristeza. Negaba alucinaciones; no se encontraron delusiones; estaba lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, y tenía conciencia de enfermedad.

Respecto al examen físico, llamaba la atención su facies dismórfica y la presencia de epicanto.

En los exámenes auxiliares se evidenció anemia (hemoglobina= 11,3 mg/dl) con hipocromía y un valor bajo de la hormona T3 (0,67 ng/ml, valores normales: 0,8-2,0 ng/ml) que resultó normal al repetirse el dosaje. Los valores de T4, TSH y anticuerpos antitiroideos (antimicrosomales y antitiroglobulina) fueron normales.

Con el diagnóstico inicial de trastorno de pánico y depresión mayor se inició 10 mg/día de paroxetina y 1,5 mg/día de alprazolam. Al segundo día de este tratamiento, la paciente presentó un aumento marcado de su tristeza y miedo inexplicable a un pato que criaba en su casa. En la madrugada del tercer día despertó con alucinaciones visuales (escenas en las que la familia de su esposo se burlaba de ella y él la engañaba con otra mujer) y luego agredió físicamente a su esposo. Durante el cuarto día, tuvo ideación suicida y, riéndose, tomó un cuchillo con la intención de dañarse sin llegar a concretarlo; más tarde, en la noche, tuvo una alucinación en la que una mano negra se acercaba hacia su cara. Por este motivo, al quinto día, regresó a consulta donde se mostró muy consciente de la anormalidad de sus percepciones y pensamientos, y se cambió el tratamiento a sulpiride (200 mg/día) y diazepam (20 mg/día).

Durante aproximadamente las siete semanas siguientes tuvo pesadillas cuyas imágenes continuaban durante la vigilia en forma de alucinaciones visuales (la paciente al despertar mezclaba las percepciones reales con pseudopercepciones que guardaban relación con el tema onírico); además presentó somniloquia, alucinaciones auditi-

vas hipnopómpicas y, ocasionalmente, pseudopercepciones auditivas en plena vigilia. La paciente mostró una gran preocupación y tristeza por los síntomas que estaba experimentando, los cuales fueron disminuyendo a medida que el sulpiride se fue aumentando hasta 600 mg/día. Con esta dosis estaba asintomática, no obstante, se decidió cambiar de antipsicótico a trifluperazina por motivos económicos. Sin embargo, luego de que la paciente empezara a recibir 5 mg/día de trifluperazina presentó rigidez corporal y akatisia marcadas, por lo que se consideró mejor sustituir lentamente el sulpiride por tioridazina. Durante esta modificación gradual de medicación, que duró aproximadamente tres semanas, ocurrieron ocasionalmente alucinaciones visuales hipnopómpicas y episodios de agresividad. Con 250 mg/día de tioridazina y alrededor de 20 mg/día de diazepam, la paciente estaba asintomática a excepción de una leve sensación de fatiga.

En los cinco meses consecutivos, la paciente no experimentó mayores molestias salvo hipersomnia y algunas crisis esporádicas de ansiedad; durante este período estuvo recibiendo alrededor de 100 mg/día de tioridazina. Sin embargo, al mes siguiente volvieron a aparecer alucinaciones auditivas (voces que la llamaban y le daban órdenes) que le produjeron una intensa desesperación que la impulsó a romper objetos, salir a la calle e intentar autoagredirse con un tenedor; por este motivo fue llevada a la emergencia de nuestro instituto. La dosis de tioridazina se aumentó a 250 mg/día y nuevamente se usó diazepam (10-15 mg/día) con respuesta favorable.

En los seis meses posteriores la paciente se mantuvo asintomática con 150 mg/día de tioridazina y alrededor de 5 mg/día de diazepam, salvo algunas ocasiones en las que presentó leves ataques de pánico y otra oportunidad en la que tuvo alucinaciones auditivas luego de saber que iba a tener que ser evaluada por una psicóloga a quien no conocía.

En el mes previo al presente reporte, la paciente estuvo eutímica, sin síntomas psicóticos y sin crisis de pánico.

DISCUSIÓN

La paciente descrita se presentó inicialmente a la consulta con síntomas ansiosos correspondientes a trastorno de pánico, fobia social y ansiedad generalizada, además de manifestaciones depresivas que reunieron criterios para depresión mayor; por esta razón se inició tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y una benzodiazepina; sin embargo, ocurrió una respuesta inesperada caracterizada por agravamiento de la depresión y aparición de síntomas psicóticos. Existen reportes de síntomas psicóticos inducidos por ISRS tales como paroxetina (2) y fluvoxamina (3), por lo que inicialmente se pensó que dichos síntomas podrían ser producto de la paroxetina; sin embargo, el hecho de que la psicosis continuara a pesar de la suspensión del antidepressivo, el antecedente de esquizofrenia en la madre y la presencia de epicanto y facies dismórfica sugerían que se

trataba de un trastorno psicótico primario. Ismail et al (4) encontraron que las anomalías físicas menores se asocian significativamente a esquizofrenia, y entre las alteraciones que mejor la predicen está la presencia de epicanto.

El presente caso podría corresponder a la descripción de esquizofrenia pseudoneurótica de Hoch y Polatin (5, 6) que se caracteriza por «pan-neurosis, pan-ansiedad y pan-sexualidad»; y en la que ocurren síntomas psicóticos sutiles con sólo episódicas manifestaciones psicóticas francas, además de ansiedad constante y síntomas depresivos, vegetativos, fóbicos, obsesivo-compulsivos e histéricos. Asimismo, en una serie de casos de esquizofrenia pseudoneurótica (7) se describieron pacientes con síntomas psicóticos nocturnos tales como pesadillas que se continuaban con alucinaciones durante la vigilia, tal como ocurrió en el presente caso.

Actualmente, la denominación de esquizofrenia pseudoneurótica casi no se usa y está incluida dentro de la definición del trastorno esquizotípico de la CIE-10 (8); sin embargo, podría ser útil por tener implicancias terapéuticas y pronósticas; por ejemplo, Aono et al (9) han encontrado que la amoxapina parecería ser especialmente eficaz en la esquizofrenia pseudoneurótica, presumiblemente debido a sus acciones antidepresivas y antipsicóticas.

Por otro lado, varios estudios reportan asociación entre pánico y esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

Argyle (10) encontró que 7 de 20 pacientes esquizofrénicos en tratamiento de mantenimiento presentaban regularmente ataques de pánico, usualmente asociados con agorafobia o fobia social.

Cutler et al (11) hallaron que entre 45 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos con depresión postpsicótica, la cuarta parte tenía ansiedad, principalmente ataques de pánico.

Higuchi et al (12) reportaron un 20% de prevalencia de ataques de pánico entre pacientes esquizofrénicos (9 de 45 pacientes). En este estudio, los sujetos con crisis de angustia tenían puntajes mayores en la escala de depresión de Hamilton y en la de Simpson-Angus para síntomas extrapiramidales, y usaban dosis más altas de neurolépticos.

Labbate et al (13) estudiaron 49 pacientes ambulatorios con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y hallaron 43% de prevalencia de ataques de pánico y 33% de trastorno de pánico presente o anterior, de los cuales la mitad ya habían sido tratados por pánico; también se encontró que en la esquizofrenia paranoide o el trastorno esquizoafectivo había una proporción significativamente mayor de crisis de angustia y trastorno de pánico que en la esquizofrenia indiferenciada.

El hecho de que estos cuatro últimos estudios hayan sido realizados en población hospitalaria podría hacer dudar de la asociación encontrada entre pánico y esquizofrenia por la posibilidad de que los pacientes con comorbilidad tiendan a acudir más al psiquiatra que los que tienen cada trastorno por separado. Sin embargo, también se ha hallado una fuerte asociación entre depresión o trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos

en estudios hechos en la población general. Por ejemplo, en el estudio de la *Epidemiologic Catchment Area* los «odds ratios» entre trastornos psicóticos y depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias y pánico fueron 8,8, 13,0, 6,1 y 14,7, respectivamente (1); en el *National Comorbidity Survey* los «odds ratios» entre trastornos psicóticos y depresión, fobias, pánico y trastorno de ansiedad generalizada fueron 8,8, 4,7, 20,1 y 15,0, respectivamente (1); y, por último, Bland et al (14), en una muestra de la población general, encontraron pánico en 1/6 a 1/4 de esquizofrénicos.

Respecto al tratamiento, Kahn et al (15) descubrieron que en pacientes con esquizofrenia y ataques de pánico tratados con neurolépticos, la adición de alprazolam mejoró marcadamente sus síntomas positivos y negativos, y propusieron que los ataques de pánico podrían identificar a un grupo distinto de pacientes esquizofrénicos que responderían al alprazolam. Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual ha sido empleada con buenos resultados para tratar ataques de pánico en pacientes esquizofrénicos (16).

En el presente caso la paciente respondió a medicación antidopaminérgica, mejorando —además de las manifestaciones psicóticas— los ataques de pánico y los síntomas depresivos. Asimismo, se pone en evidencia la complejidad de los sustratos biológicos de los ataques de pánico, la variabilidad de las expresiones fenotípicas de las enfermedades psiquiátricas, y la importancia de la clínica y su evolución en el estudio de los pacientes con trastornos mentales.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de Carolina Rosenthal y Nancy Valdez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. En: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, eds. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1995. p. 179-97.
2. Devulder J, De Laat M, Dumoulin K, Renson A, Rolly G. Nightmares and hallucinations after long-term intake of tramadol combined with antidepressants. *Acta Clin Belg* 1996;51:184-6.
3. Ebert D, Albert R, May A, Merz A, Murata H, Stosiek I, Zahner B. The serotonin syndrome and psychosis-like side-effects of fluvoxamine clinical use—an estimation of incidence. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997;7:71-4.
4. Ismail B, Cantor-Graae E, McNeil TF. Minor physical anomalies in schizophrenic patients and their siblings. *Am J Psychiatry* 1998;155:1695-702.
5. Mariátegui J. El síndrome fronterizo: problema conceptual, modelos teóricos, ubicación nosográfica. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1979;25:113-26.

6. Sánchez-García J. Personalidad borderline y narcisista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1996.
7. Saavedra A. Formas atípicas de esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatría* 1956;19:1-97.
8. Organización Mundial de la Salud. La clasificación de trastornos mentales y del comportamiento CIE-10: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1992.
9. Aono T, Kaneko M, Numata Y, Takahashi Y, Yamamoto T, Kumashiro H. Effects of amoxapine, a new antidepressant, on pseudoneurotic schizophrenia. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 1981;35:115-21.
10. Argyle N. Panic attacks in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990;157:430-3.
11. Cutler JL, Siris SG. «Panic-like» symptomatology in schizophrenic and schizoaffective patients with postpsychotic depression: observations and implications. *Compr Psychiatry* 1991;32:465-73.
12. Higuchi H, Kamata M, Yoshimoto M, Shimisu T, Hisikawa Y. Panic attacks in patients with chronic schizophrenia: a complication of long-term neuroleptic treatment. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53:91-4.
13. Labbate LA, Young PC, Arana GW. Panic disorder in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1999;44:488-9.
14. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:383-91.
15. Kahn JP, Puertollano MA, Schane MD, Klein DE. Adjunctive alprazolam for schizophrenia with panic anxiety: clinical observation and pathogenetic implications. *Am J Psychiatry* 1988;145:742-4.
16. Arlow PB, Moran ME, Bermanzohn PC, Stronger R, Siris SG. Cognitive-behavioral treatment of panic attacks in chronic schizophrenia. *J Psychother Pract Res* 1997;6:145-50.

Correspondencia:
 Johann M. Vega-Dienstmaier
 Av. Pardo, 1142-702
 Lima 18, Perú
 E-mail: jvegad@amauta.rcp.net.pe
 jvegad@galenonet.com