

Marta Arrasate-Gil¹
Mónica Martínez-Cengotitabengoa²
Purificación López-Peña²

Una reflexión sobre el síndrome de asperger y la comorbilidad con los trastornos psicóticos

¹Hospital de Basurto
Servicio de Psiquiatría Vizcaya

²CIBERSAM
Hospital Santiago Apóstol de Vitoria
Servicio de Psiquiatría

Unas reflexiones sobre la comorbilidad del síndrome de Asperger (SA) y la esquizofrenia (E) pueden ser muy interesantes para los psiquiatras que atienden a pacientes adultos. Hay poca consciencia del síndrome de Asperger como entidad diagnóstica en la práctica clínica para adultos porque es una enfermedad que comienza en la juventud. Cuando está presente el SA, a menudo persiste durante años sin diagnosticar. Los pacientes toman contacto con los servicios psiquiátricos porque presentan diversos síntomas psicopatológicos y son caracterizados como personas "raras" con un comportamiento bizarro, además de presentar otros síntomas. Describimos brevemente un caso ilustrativo.

Se explican las circunstancias en las que deben centrarse los clínicos para distinguir entre estos dos diagnósticos y mejorar la fiabilidad diagnóstica y las posibilidades de diagnosticarlo correctamente.

Palabras clave:
Trastorno generalizado del desarrollo, trastorno psicótico.

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(2):140-2

Reflections on asperger syndrome and comorbidity with psychotic disorders

A reflection on Asperger syndrome (AS) and schizophrenia (S) comorbidity could be of great interest to psychiatrists for adult patients. There is little awareness of Asperger syndrome in adult clinical practice due to the early age of onset of the disease. When AS is present, it

often persists for many years without being diagnosed. Patients come into contact with psychiatric services because they present a variety of psychopathological symptoms, and they are described as being odd, with bizarre behavior in addition to the rest of the symptomatology. We briefly report a case to illustrate this point.

The circumstances on which clinicians should focus in order to distinguish between the two diagnoses and improve diagnostic reliability and the possibility of correct diagnosis are explained.

Key words:
Pervasive developmental disorder, psychotic disorder.

Es nuestro deseo realizar una reflexión sobre lo señalado por varios autores^{1,2} respecto a la escasez de literatura sobre la aparición de esquizofrenia (E) en pacientes que previamente padecían síndrome de Asperger (SA), diagnosticado éste último o pasado por alto sin diagnosticar. Creemos que esta falta de literatura es un reflejo de la separación dicotómica que existe entre la psiquiatría infantil y la del adulto. En muchas ocasiones el SA permanece sin diagnosticar, y esto (además de las repercusiones funcionales que conlleva), complica o dificulta el diagnóstico posterior cuando aparece la comorbilidad.

Pongamos por caso el de un varón de 36 años de edad que desde la primera infancia nunca ha mostrado interés por los pares debido a una alteración de la reciprocidad social (en el colegio no tenía amigos y durante los períodos de descanso o recreos se quedaba en clase tarareando canciones; este aislamiento no le causaba sensación de sufrimiento), con un discurso monótono y perseverativo aunque adecuado en contenido, pero no en forma debido a la actitud con que se manifiesta (que se podría denominar como "en actitud recitadora"), con un manejo cognitivo de la información absolutamente literal, traduciendo una falta de capacidad

Correspondencia:
Mónica Martínez Cengotitabengoa
CIBERSAM Hospital Santiago Apóstol de Vitoria
Unidad de Investigación en Psiquiatría
Olaguibel 29
01004 Vitoria (Alava)
Correo electrónico: monica.martinezcengotitabengoa@osakidetza.net

para la aproximación y modulación emocionales, y cuyos intereses particulares (en este caso el paciente decidió comenzar a leer la Biblia en profundidad, como lectura de cabecera favorita, cuando contaba 12 años) en ocasiones calificables como bizarros constituyen a veces auténticos rituales o rutinas obsesivas. Licenciado posteriormente en derecho, tras unos años ejerciendo, abandonó posteriormente el trabajo por encontrarse incapaz de seguir realizándolo. En la actualidad carecía de red social. Claramente presenta un cuadro psicopatológico que no obstante ha permanecido sin diagnosticar todos estos años.

Pero además, y a la edad de 34 años, sus intereses particulares y su pensamiento y su discurso literales y estereotipados parecen adquirir cambios cualitativos que derivan en ideas sobrevaloradas, ideas deliroides y delirantes, y posibles alucinaciones cenestésicas, que... "y aquí se plantea el problema"... ¿podrían a ciencia cierta clasificarse como ideas delirantes y auténticas alucinaciones?. La duda está servida y por tanto el debate planteado: ¿se trata de un SA que ha pasado desapercibido en tanto que no ha sido diagnosticado, o más bien podríamos hablar de un SA inicial al que se ha añadido en este momento o bien un trastorno esquizoide o bien un trastorno esquizotípico o un trastorno psicótico breve, o por el contrario el diagnóstico que se añade es el de una E?, o más posibilidades, ¿y si sólo diagnosticamos la E excluyendo la comorbilidad con el SA?. Este cuadro plantea un interesante y complicado reto diagnóstico.

Este paciente comenzó su cuadro de descompensación actual mostrando ansiedad, un mayor aislamiento social y quejas físicas (estaba preocupado porque notaba un sabor a sulfúrico en la boca); se añadía un discurso reiterativo centrado en temas religioso-místicos; los síntomas habían comenzado durante la semana anterior al ingreso y tras un cuadro gripal. Permaneció ingresado durante 25 días, objetivándose una disminución de los síntomas que motivaron el ingreso, pero que nunca llegaron a desaparecer por completo. Durante el ingreso refería que "el demonio estaba dentro de su cuerpo por lo que se sentía condenado, así que decidió dedicar todo su tiempo a rezar. Comenzó a sentirse condenado cuando cedió su indulgencia a su madre porque ésta está diagnosticada de una enfermedad de Alzheimer y pensó en esto como una posible salvación para ella. Pero ocurrió que al ceder su propia indulgencia, él quedó condenado al purgatorio, y convencido de que el mundo llegaba a su fin ya que los ángeles estaban decididos a separar el trigo de la cizaña para traer la paz a las personas de buena naturaleza. Cada vez que notaba una sensación de quemazón en el pecho, interpretaba que el demonio estaba dentro de su cuerpo; esta sensación de quemazón mejoraba si rezaba". Fue tratado con antipsicóticos y benzodiacepinas, disminuyendo la mayoría de los síntomas, pero el pensamiento deliroides y delirante permaneció con la misma intensidad, aunque sí cedieron la ansiedad, la repercusión emocional del cuadro y las alucinaciones cenestésicas que desaparecieron.

Este paciente había estado ingresado previamente en una ocasión hace tres años. Presentó los mismos síntomas que durante este ingreso; en esta primera ocasión el cuadro comenzó tras una extracción dental. Fue dado de alta tras 22 días, con recuperación sólo parcial de la sintomatología. En este primer ingreso se realizó una RMN en la que aparecieron calcificaciones en la convexidad del lóbulo parietal derecho (padeció una meningitis como complicación del sarampión cuando niño) y un mayor volumen del asta occipital en el lado izquierdo del ventrículo lateral.

En respuesta a los interrogantes diagnósticos previamente señalados, algunos autores se cuestionan si las alucinaciones y los delirios *per se* justifican un diagnóstico de E cuando estos síntomas aparecen en un paciente con SA³. Señalan además que parece inapropiado omitir el diagnóstico de SA en presencia de estos síntomas sólo porque también se cumplan los criterios DSM IV-TR para el diagnóstico de E³.

En este punto, nos planteamos si un debate sobre lo que podríamos llamar comorbilidad entre la E y el SA resulta estéril o por el contrario interesante, de cara a poder continuar con nuestra reflexión. Somos más partidarios de lo segundo en un intento por arrojar luz a cuestiones como la planteada por Dossetor^{2, 4} que piensa que la psicosis está sobrediagnosticada en los pacientes con trastornos generalizados del desarrollo, como el SA. Este síndrome está siendo cada vez más reconocido gracias a una mayor conciencia de la importancia clínica de un espectro autístico más extendido y generalizado²; su consecuencia es el diagnóstico cada vez más frecuente.

El DSM IV especifica que en caso de historia previa de trastorno generalizado del desarrollo, se requiere la presencia de alucinaciones o delirios de por lo menos un mes de duración para establecer un diagnóstico de esquizofrenia (APA, 1994)⁵. La CIE-10 no hace especial consideración sobre este asunto (WHO, 1992)⁶.

Dossetor² señala que esto no quiere decir que el diagnóstico de E y de SA no puedan darse en un mismo paciente, sino todo lo contrario, siendo esta comorbilidad factible, aunque existen pocos datos al respecto en la literatura.

Los psiquiatras infantiles refieren ser frecuentemente requeridos como consultores para valorar pacientes menores de diez años remitidos por sospecha de trastorno psicótico, y en los que simplemente encuentran fenómenos del pensamiento alternativos o distintos, pero normales para la edad².

Sin duda los pacientes con SA se asemejan a los diagnosticados de E, sobre todo los que presentan síntomas positivos⁷, que pueden presentarse o parecer desorganizados, con pensamiento tangencial, con ideas sobrevaloradas o deliroides, sobre todo de contenido paranoide y también grandioso relativo a su superioridad respecto a otras personas⁸.

Sin embargo no significa que todos padezcan un trastorno mental comórbido, puesto que la cualificación de este pensamiento puede ser en ocasiones de sobrevalorado o cuasi deliroide, pero en todo caso diferente de un auténtico pensamiento delirante, aunque en ocasiones su diferenciación e identificación correcta puede ser una tarea ardua.

Por otra parte cualquier trastorno del espectro autístico podría presentar síntomas psicóticos en el contexto de un episodio psicótico breve o de un trastorno del estado de ánimo (algunos estudios encuentran una prevalencia marcada de depresión y otros trastornos afectivos en los pacientes con SA y sus familiares)⁷.

En todo caso, todos los clínicos coinciden en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial fundamentalmente no sólo con la E, sino también con el trastorno esquizoide y el esquizotípico.

Definitivamente, nuestra reflexión conduce a los siguientes señalamientos:

1. Estamos de acuerdo con Soppitt⁹ cuando recalca que los enfermos con SA presentan un funcionamiento literal que debe ser tenido en cuenta a la hora de realizar la exploración clínica.
2. En los trastornos generalizados del desarrollo existe un problema de fiabilidad a la hora de valorar los fenómenos mentales subjetivos². Esto es de destacada importancia teniendo en cuenta que existe un solapamiento de percepciones y cogniciones alteradas entre el SA y la psicosis².
3. Puede no ser sencillo distinguir las pseudoalucinaciones, los intereses estereotipados y la dificultad de procesamiento emocional y alteración de la reciprocidad social del SA, de las alucinaciones, las ideas delirantes y el afecto aplanado de la E. (Esta dificultad viene generada también en parte por lo que algunos autores como Dossetor² describen respecto a la posibilidad de que una distinción fiable entre imaginación, recuerdos, ilusiones y alucinaciones pueda ser en ocasiones difícil de realizar).
4. Las alucinaciones cenestésicas que puede presentar el paciente al que hemos aludido, ¿son realmente tales o se trata de fenómenos perceptivos diferentes consecuencia de las peculiaridades del procesamiento cognitivo característico del SA, es decir, una forma distinta de expresar los síntomas físicos de ansiedad, por parte de un paciente que debido a sus limitaciones emocionales no puede manifestarlo de otra manera?
5. Los factores fundamentales que complican la distinción de la psicopatología son:
 - Las peculiaridades del lenguaje y los problemas de comunicación como la literalidad, hiperelaboración y la falta de procesamiento emocional con consecuencias en el lenguaje gestual o paraverbal.
 - La falta de procesamiento emocional propiamente.
 - La alteración en la interacción (reciprocidad) social.
 - Los intereses estereotipados.
6. Aunque la presentación del SA pueda parecer bizarra y remedar otro trastorno mental, el diagnóstico se basa en

parte en la habilidad para percatarse de que el comportamiento estereotipado ocurre en un contexto caracterizado por una especie de ingenuidad e ineptitud social².

Finalmente, nos gustaría aportar nuestras reflexiones dirigidas a poder distinguir entre los diagnósticos de SA y esquizofrenia, y aumentar así la fiabilidad diagnóstica disminuyendo la tasa de errores diagnósticos. Fundamentalmente sería necesario basarse en^{2,3}:

1. Aumentar la conciencia de la existencia del SA, facilitando así su diagnóstico.
2. Observar el curso clínico (episodios repetidos de descompensación en la E y posibles también en el trastorno psicótico breve).
3. Es necesario tener en cuenta la duración del episodio actual (el SA y el trastorno esquizoide no cursan en forma de episodios por lo que valorar la duración no tendría sentido, pero sí podría ser determinante a la hora de diferenciar el trastorno psicótico breve y la E).
4. Entroncando con el punto anterior, vigilar la presencia de deterioro en la evolución, tanto a nivel clínico como social y académico, que aparecería en la E.
5. Vigilar la respuesta al tratamiento psicofarmacológico (los trastornos psicóticos responderían a los antipsicóticos).
6. Realizar una cuidadosa y detallada historia clínica relativa al inicio de la enfermedad e intentar determinar exhaustivamente el momento de su aparición (en la infancia- el SA comienza por definición en la infancia- o posteriormente, más frecuente para los trastornos psicóticos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nahit Motavalli Mukades and Zerrin Topcu. Asperger's disorder and schizophrenia. Letter to the editor. *Autism* 2005;9(2):213-5.
2. Dossetor D. 'All the glitters is not gold': misdiagnosis of psychosis in pervasive developmental disorders- a case series. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007;12(4):537-48.
3. Raja M, Azzoni A. Thought disorder in Asperger syndrome and schizophrenia: issues in the differential diagnosis. A series of case reports. *World J Biol Psychiatry* 2007;26:1-9.
4. Gordon CT, Frazier F, McKenna K, Zimetkin A, Zahn T, Hommer D, et al. Childhood-onset schizophrenia: an NIMH study in progress. *Schizophrenia Bull* 1994;20(4):697-712.
5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: A.P.A., 1994.
6. World Health Organization. *The International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. Ghaziuddin M. A family history of Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disord* 2005;35(2):177-82.
8. Hare DJ, Blackshaw A. Letters to the editor. *Autism* 2006;10(4):428-9.
9. Soppitt R. Clinical observations in children with autistic spectrum disorders. *Autism* 2006;10(4):429.