

Anna Sintes¹
Belén Arranz²
Nicolás Ramírez³
Isabel Rueda¹
Luis San¹

Síndrome de Asperger ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta?

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología
CIBERSAM, Hospital Sant Joan de Deu
Esplugues de Llobregat, Barcelona

²Parc Sanitari Sant Joan de Deu
CIBERSAM, Barcelona

³Servicio de Psiquiatría
Hospital Sant Rafael, Barcelona

Introducción. El Síndrome de Asperger (SA) se caracteriza por la alteración cualitativa de la interacción social, un patrón de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, con capacidad intelectual normal y unas habilidades lingüísticas normales en las áreas de gramática y vocabulario. Desde su inclusión en las taxonomías internacionales ha existido una gran controversia en torno a su validez nosológica.

Caso clínico. Se presenta el caso de un paciente en el que se realiza el diagnóstico de SA en la edad adulta. Se presentan los resultados procedentes de la exploración psicopatológica, la exploración psicométrica de la personalidad y la evaluación del funcionamiento cognitivo.

Conclusiones. Es posible diagnosticar el síndrome de Asperger en la edad adulta, especialmente cuando los datos retrospectivos y la exploración actual lo permiten.

Palabras clave:
Asperger, autismo, diagnóstico diferencial, comorbilidad, neuropsicología.

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(3):196-200

Asperger Syndrome Can the disorder be diagnosed in the adult age?

Introduction. Asperger Syndrome (AS) is characterized by a qualitative disorder of social interaction, a pattern of restrictive, repetitive and stereotyped behavior, interests and activities, with normal intellectual capacity and normal language skills in the areas of grammar and vocabulary. Since its inclusion in international taxonomies, there has been much controversy regarding its nosological validity.

Clinical case. A patient with a diagnosis of AS in adulthood is described. Results from the psychopathological, personality and cognitive functioning assessment are included.

Conclusions. Asperger Syndrome can also be diagnosed in adulthood and should be suspected whenever retrospective information and clinical assessment point to this diagnosis.

Key words:
Asperger, autism, differential diagnosis, comorbidity, neuropsychology.

INTRODUCCION

El Síndrome de Asperger (SA) se caracteriza por la alteración cualitativa de la interacción social, un patrón de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, con capacidad intelectual normal y unas habilidades lingüísticas normales en las áreas de gramática y vocabulario. El trastorno fue reconocido por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición y permanece en la cuarta edición revisada¹. Desde su inclusión en las taxonomías internacionales ha existido una gran controversia en torno a su validez nosológica². Algunos autores lo siguen incluyendo en el *continuum* autístico, mientras que otros lo consideran un trastorno con entidad propia.

Gran parte de la polémica actual sobre la validez nosológica del síndrome gira en torno al gran solapamiento existente entre éste y otros trastornos generalizados del desarrollo (TGD), especialmente con el autismo de alto funcionamiento (AAF). Aunque no parecen existir diferencias entre ambos grupos en los distintos aspectos clínicos, se han observado mayores niveles de ansiedad en el grupo con SA³. Según el DSM-IV-TR, el diagnóstico diferencial del SA debe realizarse con la esquizofrenia, el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno esquizoide de la personalidad. Algunos autores⁴ también apuntan la necesidad de considerar el trastorno esquizotípico de la

Correspondencia:
Dr. Luis San
Servicio de Psiquiatría y Psicología
Passeig Sant Joan de Deu, 2
E08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona
Correo electrónico: 12636LSM@COMB.CAT

personalidad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno del aprendizaje no-verbal, el trastorno del aprendizaje social-emocional e incluso el trastorno semántico-pragmático de la comunicación. En la Tabla 1 se indican las principales claves para el diagnóstico diferencial.

Es de destacar la comorbilidad del SA con los trastornos del humor, tanto con el trastorno bipolar como con los cuadros depresivos, llegándose a sugerir que el aislamiento social que conlleva el síndrome podría constituir un factor depresógeno⁵. El SA se asocia en muy escasas ocasiones con la esquizofrenia, a pesar de que muchos pacientes con SA pueden ser erróneamente diagnosticados de cuadros psicóticos, posiblemente debido a la presencia de ideas sobrevaloradas y de conductas bizarras⁴. Existe también comorbilidad con los trastornos de ansiedad⁶ y concretamente con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). De hecho, se ha llegado a sugerir que el diagnóstico dual TOC-SA conlleva tanta complejidad en cuanto al manejo terapéutico que debería ser considerado como un subtipo especial de TOC⁶. La comorbilidad con los trastornos de la personalidad como el trastorno esquizotípico y el esquizoide es otro tema controvertido, pues se ha considerado que este último se podría considerar una forma adulta de SA⁷.

Características neuropsicológicas

En general se considera el patrón de déficits neuropsicológicos en el SA se asemeja al Síndrome de Dificultades de Aprendizaje No Verbal (SDANV), observándose frecuentemente un retraso en el desarrollo lingüístico y un rendimiento superior en las tareas cognitivas no verbales^{8,9}. Además, se suele observar en los sujetos con SA un coeficiente intelectual verbal superior al manipulativo, mientras que en el AAF este patrón se encuentra invertido⁹. Por otra parte, se han sugerido diferencias únicamente cuantitativas, y no tanto cualitativas, entre los pacientes con SA y AAF⁹. Así, ambos grupos compartirían un déficit en sus habilidades de meta-representación, razonamiento abstracto y comunicación no verbal, mientras que los pacientes con SA ocasionalmente obtendrían mejor rendimiento en las tareas relacionadas con las teorías de la mente y razonamiento abstracto, hecho éste atribuible a su superior nivel intelectual y a sus estrategias verbales compensatorias.

El siguiente caso describe un paciente con un síndrome de Asperger diagnosticado en la edad adulta. El interés de este caso radica en que el SA es un trastorno de inicio infantil y suele ser diagnosticado durante la escolaridad y estar vinculado a centros educativos y ocupaciones específicas. Por tanto, resulta extremadamente anómalo identificarlo en un recurso psiquiátrico de adultos. Por otra parte, el caso plantea dudas diagnósticas, que serán discutidas.

CASO CLINICO

D.G. es un joven de 23 años que ingresó en la Unidad de Agudos de Psiquiatría por referir reagudización en su nivel de aislamiento social y manifestar intencionalidad heteroagresiva con arma de fuego.

Historia clínica

Hijo único, nacido de parto distócico (posible hipoxia perinatal). Presentó un desarrollo psicomotor retrasado, no iniciando la deambulación hasta los 1-2 años y no usando un lenguaje comprensible hasta los cinco. Durante los años preescolares inició tratamiento psicológico por presentar aislamiento e inexpresividad emocional. Prefería estar solo, no expresaba afecto, no se relacionaba ni comunicaba con iguales y tampoco manifestaba interés por juegos o juguetes. Manifestaba indiferencia hacia su entorno, sobre todo por el social. Durante los años escolares presentó importantes dificultades de aprendizaje, sobre todo en tareas de cálculo. Durante esta etapa se realizó exploración psicométrica de su nivel intelectual, obteniéndose un coeficiente superior a la media.

En la adolescencia el paciente tuvo dificultades para la integración en su grupo de iguales. Se mostraba muy retraído, prácticamente mutista y siempre focalizado en intereses muy restrictivos. Solamente le interesaba la lectura y el dibujo. Además, por aquella época presentó rituales estereotipados en su conducta y hábitos personales. El paciente tenía un interés obsesivo por almacenar recipientes vacíos en la nevera y reaccionaba hostilmente si se obstaculizaba la realización de dicho ritual.

A los 19 años fue enviado al Servicio Militar, presentando a los pocos días un cuadro de sintomatología psicótica consistente en vivencias de influencia, ideas delirantes autorreferenciales, pseudoalucinaciones auditivas y desrealización. En el hospital militar fue diagnosticado de Trastorno Psicótico Breve y de Trastorno Esquizoide de la Personalidad, siendo derivado a un Hospital de Día (HD) para seguimiento.

A los 23 años, el paciente ingresó de forma voluntaria en nuestro servicio de Psiquiatría por presentar una reagudización en su retraimiento y aislamiento social. Además, verbalizaba en presencia de su madre sus intenciones de coger una escopeta y "acabar con todos". Al ingreso, mostraba una postura corporal muy rígida, una expresión facial muy limitada y a nivel psicomotor se apreciaba acinesia y algúntic. Su expresión corporal era deficitaria y su lenguaje bastante peculiar, con una prosodia extraña. Usaba un léxico muy pedante y formal; su articulación asemejaba un "acento extranjero". Prolongaba en exceso el lapso de respuesta y

Tabla 1 Claves para el diagnóstico diferencial del SA con las categorías diagnósticas más problemáticas

TRASTORNO AUTISTA	TRASTORNO DE ASPERGER
<ul style="list-style-type: none"> - Suele diagnosticarse antes de los 3 años de edad. - Coeficiente intelectual suele ser bajo (en el 70% casos aprox.) - Suelen carecer de lenguaje (25% casos aprox.) - Carecen de intereses obsesivos de alto nivel 	<ul style="list-style-type: none"> - Se suele diagnosticar en edades superiores - Coeficiente intelectual suele ser normal o superior - Poseen lenguaje gramatical y semánticamente correcto, aunque con peculiaridades - Poseen intereses obsesivos de alto nivel (matemáticas, astronomía, dibujo, etc)
Autismo de alto funcionamiento	
<ul style="list-style-type: none"> - Sus habilidades en comunicación no verbal suelen ser superiores a sus habilidades verbales 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo contrario: gran déficit en comunicación no verbal, con habilidades verbales conservadas (similitudes con el síndrome de dificultades del aprendizaje no verbal)
TRASTORNO DE RETT	
<ul style="list-style-type: none"> - Ligado al sexo: sólo se da en niñas - Patrón específico de deterioro progresivo con desaceleración crecimiento craneal y pérdida habilidades previamente adquiridas - Retraso psicomotor grave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominio en varones - No existe patrón específico presente en tr. Rett y no hay pérdida de habilidades ya adquiridas - No existe retraso psicomotor grave
TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL	
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo normal hasta los 2 años de edad, con pérdida, antes de los 10 años, de habilidades previamente adquiridas (pérdida lenguaje, control vesical, comportamiento adaptativo, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay pérdida de habilidades previamente adquiridas (no problemas con el control vesical, no pérdida del lenguaje, etc)
TDAH	
<ul style="list-style-type: none"> - No existe alteración cualitativa interacción social ni en el patrón de intereses, actividades y comportamientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Además de déficit en atención, con posible hiperactividad-impulsividad, existe una alteración cualitativa en la interacción social y en el patrón de intereses, actividades y comportamientos
ESQUIZOFRENIA	
<ul style="list-style-type: none"> - Existen delirios y/o alucinaciones - Lenguaje alterado que responde a trastornos formales del pensamiento como ilogicidad y descarrilamiento - Se suele diagnosticar en la primera juventud - La afectividad y contacto personal (empatía) están alterados, pero no es la anomalía más importante 	<ul style="list-style-type: none"> - No existen delirios y/o alucinaciones (si las hubiese, considerar el doble diagnóstico) - El discurso puede estar alterado, pero se observa menos ilogicidad y descarrilamiento - Se suele diagnosticar en la niñez - La afectividad y el contacto interpersonal es el área más afectada (se postula un déficit central en empatía o desarrollo de las teorías de la mente)
TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> - Patrón de restricción de la expresión emocional y distanciamiento de las relaciones sociales, SIN que exista alteración en el patrón de intereses, actividades y comportamientos 	<ul style="list-style-type: none"> - El aislamiento social es más acusado y la inexpresividad emocional también. Además se añade la alteración en el patrón de intereses, actividades y comportamientos (y los otros criterios propuestos que aún no han sido incluidos en el DSM-IV)
TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> - Distorsiones cognitivas y/o perceptivas, además de las excéntricas del comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede observarse comportamiento excéntrico, fruto de la inusual capacidad imaginativa y de los peculiares intereses obsesivos, pero no hay distorsiones cognitivas y/o perceptivas (si las hubiese, considerar el doble diagnóstico)
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	
<ul style="list-style-type: none"> - Pueden tener intereses restringidos a los temas relacionados con las obsesiones - No hay déficit social o comunicativo - No hay alteraciones sensoriales ni déficits en la coordinación - Hay distrés asociado a los temas obsesivos o los intereses compulsivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Los intereses restringidos son parte integral del síndrome - Los temas de sus intereses obsesivos son de tipo físico (pe. Instrumentos de trabajo) nunca humanos o psicológicos - No hay distrés asociado a los intereses idiosincráticos

parecía que hipercontrolaba la información que ofrecía. Refería que su único problema era "que le costaba relacionarse con los demás" y que la falta de sueño había deteriorado su aspecto. Según explicaba, se apreciaban en su cara "llamativas ojeras" y una "tensión inusual en sus mandíbulas", razón por la cual "llamaba la atención" y los demás realizaban comentarios y burlas sobre él. Se observaba en esta temática una clara ideación autorreferencial.

El paciente destacaba por su interés y habilidad para la escritura y, sobre todo, para el dibujo. Sorprendió a profesionales y pacientes con fantásticos y creativos cómics. Se le prescribió medicación antipsicótica con neurolépticos atípicos, pero rehusaba tomarla, quejándose de sus efectos secundarios y observándose una hipersensibilidad a los efectos sedativos. D.G. se autodefinía como "muy egoísta" y "muy selectivo" en cuanto a sus escasas relaciones de amistad. Refería ser un gran aficionado a la lectura y estar muy interesado por temas ideológicos y políticos. Expresaba, aunque muy escuetamente, ideología antimarxista y cercana al pensamiento de Hitler.

Evaluación psicométrica y neuropsicológica

- **Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2).** Elevación clínicamente significativa en las escalas de *Desviación Psicopática (Pd)*, *Esquizofrenia (Sc)*, *Depresión (D)*. En las escalas de trastornos de personalidad de Morey se obtuvo una puntuación elevada en el *trastorno esquizoide de la personalidad*. Esta combinación de escalas se observa frecuentemente en personalidades esquizoides, muy aisladas, con dificultades en inteligencia social, que carecen de empatía, y suelen ser imprevisibles e inconformes.
- **Test de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III).** Coeficiente intelectual total de 107 (nivel intelectual normal-medio), una puntuación en la escala verbal de 103 y una puntuación de 111 en la escala manipulativa.
- **Continuous Performance Test (CPT-II).** Perfil de puntuaciones compatible con deterioro en atención sostenida. Se apreciaba inatención, sin impulsividad y sin alteración de la vigilancia.
- **Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST).** Las puntuaciones (fallo en el 77% de los ensayos y 45% de errores perseverativos) indicaban alteración de las funciones ejecutivas.
- **Test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey (RAVLT)** No se observaron dificultades en memoria verbal inmediata y se obtuvo una curva de aprendizaje ascendente, indicativo de normalidad.
- **Fluencia verbal con clave fonética (FAS).** Fluencia verbal disminuida.
- **Trail Making Test, Forma B (TMT-B).** El paciente realizó la prueba en un tiempo superior al de su grupo de edad, indicativo de una pobre coordinación viso-manual.

Al alta se observó una franca mejoría en el ámbito relacional y expresivo, así como del manejo y crítica de las ideas delirantes megalomaniacas. Fue diagnosticado (por primera vez en su vida) de Síndrome de Asperger. Las hipótesis diagnósticas de este paciente son el SA (*versus* un trastorno del espectro autista), el trastorno delirante y/o el trastorno esquizotípico de la personalidad.

DISCUSIÓN

Ante estos datos se nos plantean numerosas dudas diagnósticas. El SA es un TGD que es diagnosticado en la infancia o adolescencia y nuestro paciente no recibió este diagnóstico, aunque sí fue tratado por "extrema timidez y aislamiento social". Por otro lado, el síndrome asemeja un trastorno de la personalidad esquizoide (o esquizotípico), que se debe diagnosticar en la primera juventud, momento evolutivo en el que se halla el paciente cuando ingresa en nuestro servicio. Por lo tanto, ¿Qué diagnóstico realizamos? ¿Consideramos la información retrospectiva de la que disponemos y le diagnosticamos un trastorno de inicio en la infancia a un sujeto adulto? ¿Consideramos únicamente los criterios DSM-IV-TR según los cuales quizá deberíamos realizar algún diagnóstico adicional para explicar toda la sintomatología observada, o tenemos en cuenta los criterios propuestos por diversos autores y realizamos un único diagnóstico?

Disponemos de información retrospectiva según la cual se puede confirmar un inicio de la clínica en la infancia. Aunque no filiados, los síntomas actuales del paciente tienen un inicio en la época preescolar. En segundo lugar, los datos de la exploración clínica y neuropsicológica son altamente coincidentes con los datos procedentes de la mayoría de estudios sobre pacientes con SA. Además, la clínica actual del paciente, aunque se solapa con la de algunos trastornos del eje II, no encaja totalmente con los criterios definidos para éstos y sí con las características clínicas del SA. En tercer lugar, disponemos de la información aportada por diversos profesionales y por las asociaciones de enfermos y familiares con el trastorno, que apuntan la elevada frecuencia con la que estas personas son mal diagnosticadas por la confusión que crea la comorbilidad del síndrome y la laxitud de criterios existente en el DSM-IV-TR y la ICD-10.

Aunque en ningún caso un trastorno del desarrollo debería diagnosticarse en base a un perfil cognitivo determinado, los resultados obtenidos son, en gran medida, los observados frecuentemente en el SA. Algunos autores¹⁰ han hallado recientemente datos que confirman una memoria episódica elevada y una buena memoria verbal. En el paciente esta habilidad se observa más durante la entrevista (es capaz de recordar con sorprendente exactitud fechas más o menos relevantes) que en la prueba de Rey (puntuación normal). En todo caso, sí se ha descrito una gran simi-

litud entre el SA y el trastorno del aprendizaje no-verbal, destacándose que los déficits de aprendizaje, de darse en sujetos con SA, no suelen explicarse por incapacidad para adquirir información vía verbal^{8, 9, 11, 12}. La alteración en la coordinación viso-manual^{8, 9, 13} y la alteración en la capacidad atencional han sido ampliamente documentadas^{8, 9, 14}. En este aspecto los sujetos con SA se parecen a los sujetos con trastorno autista y TDAH. En cuanto a la alteración en las funciones ejecutivas, éste es uno de los déficits cognitivos más corroborado en recientes trabajos en los que se comparan pacientes con SA con pacientes autistas, con TDAH e incluso con esquizofrenia¹⁵.

En la escala de inteligencia de Wechsler (WAIS-III) se obtienen algunos resultados coincidentes también con los hallados en estudios publicados en los últimos años, como son una puntuación en el subtest de Cubos superior a la media, así como una elevada puntuación en vocabulario. En las respuestas a este último subtest se aprecian definiciones de términos muy formales, "de diccionario", pues utiliza un lenguaje pedante y rimbombante. Los subtests que evalúan habilidad para comprender situaciones sociales, se hallan entre los más bajos, dato éste que refleja lo que es para muchos autores el núcleo patológico del paciente, los déficits en la esfera social y afectiva.

CONCLUSIÓN

Considerando todos estos datos y, situándonos en la línea de los autores que apuestan por la necesidad de una descripción más detallada del trastorno en las clasificaciones diagnósticas actuales, orientamos el caso como un Síndrome de Asperger [299.80], sin realizar diagnóstico adicional alguno, pues consideramos que toda la sintomatología observada queda explicada por dicho síndrome. Sin duda, es necesaria más investigación en esta área para que los criterios sean ampliados y se puedan evitar errores diagnósticos en estos pacientes. La gran variedad sintomatológica del síndrome, junto con la escasa especificidad de los criterios contemplados actualmente en las clasificaciones diagnósticas hacen que el diagnóstico de SA sea altamente improbable, sino imposible. Desgraciadamente muchos individuos con este síndrome son diagnosticados y tratados erróneamente, con las consecuencias que ello conlleva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4 ed. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
2. Kopra K, von Wendt L, Nieminen-von Wendt T, Paavonen EJ. Comparison of diagnostic methods for Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2008;38(8):1567-73.
3. Thede LL, Coolidge FL. Psychological and Neurobehavioral Comparisons of Children with Asperger's Disorder Versus High-Functioning Autism. *J Autism & Develop Dis* 2007;37(5):847-54.
4. Dossetor DR. "All That Glitters Is Not Gold": Misdiagnosis of Psychosis in Pervasive Developmental Disorders – A Case Series. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2007;12(4):537-48.
5. Stewart ME, Barnard L, Pearson J, Hasan R, O'Brien G. Presentation of depression in autism and Asperger Syndrome. A review. *Autism* 2006;10(1):103-16.
6. Bejerot S. An autistic dimension. A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism* 2007;11(2):101-10.
7. Hurst RM, Nelson-Gray RO, Mitchell JT, Kwapil TR. The Relationship of Asperger's Characteristics and Schizotypal Personality Traits in a Non-clinical Adult Sample. *J Autism Dev Disord* 2007;37:1711-20.
8. Gavilán B, Fournier-Del Castillo C, Bernabeu-Verdú J. Diferencias entre los perfiles neuropsicológicos del síndrome de Asperger y del síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal. *Rev Neurol* 2007;45(12):713-9.
9. Ambery FZ, Russell AJ, Perry K, Morris R, Murphy DGM. Neuropsychological functioning in adults with Asperger syndrome. *Autism* 2006;10(6):551-64.
10. Bowler DM, Gardiner JM, Grice SJ. Episodic memory and remembering in adults with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2000;30(4):295-304.
11. Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Cicchetti DV, Rourke BP. Validity and Neuropsychological Characterization of Asperger Syndrome: Convergence with Nonverbal Learning Disabilities Syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36(7):1127-40.
12. Gunter HL, Ghaziuddin M, Ellis HD. Asperger syndrome: tests of right hemisphere functioning and interhemispheric communication. *J Autism Develop Dis* 2002;32(4):263-81.
13. Weimer AK, Schatz AM, Lincoln A, et al. "Motor" impairment in Asperger syndrome: evidence for a deficit in proprioception. *J Develop & Behav Pediatrics* 2001;22(2):92-101.
14. Rinehart NJ, Bradshaw JL, Brereton AV, Tonge BJ. A clinical and neurobehavioural review of high-functioning autism and Asperger's disorder. *Aus New Zealand J Psychiatry* 2002;36(6):762-70.
15. Murphy DG, Critchley HD, Schmitz N, McAlonan G, Van Amelsvoort T, Robertson D, et al. Asperger syndrome: a proton magnetic resonance spectroscopy study of brain. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(10):885-91.