



# Esquizofrenia de inicio temprano

## Rueda L, García E, Zelaya M, Munguía A

Postgrado de Psiquiatría/Universidad Nacional Autónoma de Honduras



### Objetivo

Discutir el curso evolutivo de un caso clínico de esquizofrenia de inicio temprano en un paciente evaluado y monitoreado por el servicio de psiquiatría infantil del Hospital Mario Mendoza.

### Reporte de caso

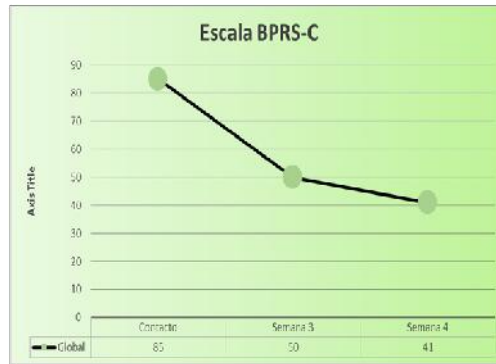
Paciente masculino, de 6 años de edad, con antecedentes familiares de esquizofrenia, producto pretérmino (35 semanas de gestación), quien nació por cesárea indicada por sufrimiento fetal agudo, con bajo peso al nacer (1800 gramos). Actualmente alumno de preescolar quien a los 2 años de edad inicia con manifestaciones de inquietud motora y fuga del entorno. Un año después, presenta agresividad física, neologismos y ecolalia. Al referirse a él mismo, habla en tercera persona. No mide el riesgo y se expone a situaciones de peligro. Manifiesta conducta destructiva, desinhibida y bizarra (mata gatos les arranca la cabeza, aplasta con pie a pollos). No socializa con nadie, no tiene amigos, en el kínder le dicen "el loco"

Camina sin propósito, presenta soliloquios dialogados, lenguaje incoherente. Su madre lo baña, y cambia de ropa ya que no es capaz de vestirse adecuadamente. Su maestra refiere que se toca el pene, el ano y se masturba frente a sus compañeros, se esconde en el baño para ver a sus compañeras desnudas y su madre refiere que le gusta ver a su padre desnudo. Fue evaluado por neuropediatra quien descarta patología neurológica y refiere al servicio de psiquiatría infantil.

La imagen inferior muestra la limitación en las funciones corticales del paciente al momento de pedirle realizar un dibujo para las pruebas proyectivas.



### Resultados



Al momento de la consulta, se encontró conciente, inatento, desorientado globalmente, no fue posible evaluar su memoria, hiperactivo, conducta alucinatoria con soliloquios y risa inmotivada, irritabilidad, neologismos y ecolalia. A partir de la tercera semana de tratamiento con risperidona a dosis de 1.5 mg vo hora sueño muestra mejoría significativa en su comportamiento y a pesar de continuar distráctil, está orientado en persona, sin alteración de conducta motora, hace contacto visual, obedece órdenes en casa y escuela, no está irritable ni agresivo, mejoró su funcionamiento social y familiar. Persiste conducta alucinatoria.

La escala BPRS-C<sup>1</sup> muestra reducción significativa en el puntaje global a partir del inicio del tratamiento. (Ver grafico)

### Discusión

La esquizofrenia de inicio muy temprano es un trastorno del desarrollo neurológico que se define por la aparición de los síntomas antes de los 13 años de edad y de inicio temprano antes de los 18 años.<sup>2</sup> Clínicamente su curso evolutivo se diferencia en fases de acuerdo con diversas manifestaciones<sup>3</sup> o de acuerdo al grupo de edad.<sup>4</sup>

Hasta los seis años de edad puede aparecer alucinaciones, ideas delirantes y alteraciones del lenguaje, aunque es difícil diagnosticar por la presencia del pensamiento mágico a esta edad. Etiológicamente se relaciona con herencia familiar, infecciones virales in útero, nacimiento en los meses de invierno e infecciones en la infancia temprana. Las complicaciones obstétricas se asocian con un mayor riesgo para la esquizofrenia de inicio temprano debido a los efectos neurotóxicos provocados por la hipoxia fetal.<sup>5</sup>

Este trastorno provoca un deterioro significativo en la funcionalidad al menos en la mitad de los pacientes. El tratamiento de elección en estos casos es risperidona<sup>6</sup> considerando la menor presencia de efectos adversos y contribución a reducir el impacto cognitivo.

### Conclusiones

La edad de aparición de la esquizofrenia de inicio muy temprano se considera antes de los 13 años, nuestro caso corresponde con la sintomatología descrita para antes de los seis años, lo que coincide con datos encontrados en nuestra revisión bibliográfica.

El tratamiento con risperidona mostró buenos resultados en la evolución del paciente por lo tanto se considera como una alternativa de tratamiento válida.

### Referencias

1. Child and Adolescent Mental Health. 17 (4), 2012, 222-230
2. Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry, 51 (5), 2012, 496 -505
3. Schizophrenia Research. 131 2011, 112-119
4. Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry, 46, 2007, 979-988
5. Psychiatry Research. 200 (2-3), 2012. 214-217.
6. Am J Psychiatry. 2008, 165: 1420-1431.