

ESQUIZOFRENIA

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora: Neurociencias – Octubre 2019

Ponente: Dr. Fernando Jesús Pérez-Beltrán

Redactó: Briana Arely Mayon-Flores

La esquizofrenia es una enfermedad grave y crónica que afecta entre 21 y 26 millones de personas alrededor del mundo. Es un trastorno incapacitante y está dentro de las primeras diez causas de discapacidad mundial según la OMS. Engloba a un grupo de trastornos mentales complejos y heterogéneos, con variadas presentaciones clínicas, curso, respuesta a tratamiento y pronóstico. La escuela americana lo define como un trastorno mental importante en el cual, la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse apropiadamente está insuficientemente como para interferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida. El diagnóstico de la enfermedad es eminentemente clínico.

El riesgo de que una persona desarrolle esquizofrenia se cree que es alrededor de 1%. La estimación varía de acuerdo a los criterios diagnósticos utilizados. Los hombres y las mujeres resultan afectados en igualdad de números, pero los hombres tienden a tener un inicio más temprano y una enfermedad más grave. Predomina en hombres de 15 a 25 años, y en mujeres de 25 a 35 con una media de 32 años. La incidencia anual, y corregida por edad es de 10 a 40 casos nuevos por cada 100,000 habitantes. Es rara la aparición antes de los 10 años o después de los 40. Es considerada un trastorno del desarrollo con trayectoria lineal: comienza en la etapa prenatal y los síntomas psicóticos que se presentan en la

adolescencia/adulthood temprana no es el inicio de la enfermedad, sino una etapa tardía.

La esquizofrenia se considera una enfermedad multifactorial. Se acepta la teoría de la diátesis-estrés, lo que significa que existen factores de riesgo genético o una predisposición genética. Esta vulnerabilidad se expresa hasta que se dan interacciones con otros factores ambientales y psicosociales.

Sólo 20% de los pacientes presenta antecedentes de la enfermedad en familiares de primer grado, y el 37% de los pacientes poseen historia familiar de esquizofrenia, por lo que la mayoría siguen siendo casos de novo. Aún así, tiene un alto componente genético. El riesgo en la población general es del 1%, y el riesgo crece conforme sea más cercano el parentesco. Los de más riesgo son los gemelos monocigotos (46%) y los hijos de una familia donde ambos padres están afectados (46%). Los genes relacionados son los de participación en el neurodesarrollo y la neurotransmisión.

Entre los factores de riesgo asociados se encuentran la desnutrición, la infección materna, complicaciones durante el parto (disminución de volumen del hipocampo por anoxia), paternidad edad avanzada (mutación genética de la célula germinal masculina) y, lugar y estación del nacimiento.

La hipótesis dopaminérgica propone que en la esquizofrenia existe un incremento en los sistemas de neurotransmisión que utilizan a este mensajero químico. Este hiperfuncionamiento podría obedecer a un exceso en la síntesis y liberación del neurotransmisor o a una mayor sensibilidad de los receptores post-sinápticos para la dopamina en la vía mesolímbica o región límbica como tiende a pensarse más recientemente.

Existen evidencias neurohistológicas, neuroimagenológicas y macroscópicas post mórtem de anomalía estructural cerebral. Hay reducción del grosor de la capa granulosa de la circunvolución dentada en el hipocampo, desorganización de las células piramidales en las regiones anterior y media del hipocampo y menor densidad neuronal en la capa VI de la corteza pre-frontal y en la capa V de la circunvolución del cíngulo. En la tomografía compu-



Figura 1. Arte de paciente con esquizofrenia (Autor: Thomas.ZAPATA)



tarizada se observa dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo (50%) y atrofia cortical (30%). Por otro lado, en la resonancia magnética se muestra disminución de la sustancia gris en lóbulos frontales y temporales. Sin embargo, no se sabe si la esquizofrenia refleja una alteración in útero o en la desorganización cerebral en la adolescencia.

hay que hacer diagnóstico diferencial entre trastornos que pueden producir síntomas similares a la esquizofrenia como los causados por enfermedades físicas, enfermedad médica no psiquiátrica, trastornos relacionados con el consumo de sustancias o fármacos (cocaína, anfetaminas, cannabis, alcohol, fenilciclidina, corticosteroides) y trastornos del estado de ánimo, como depresión o manía.

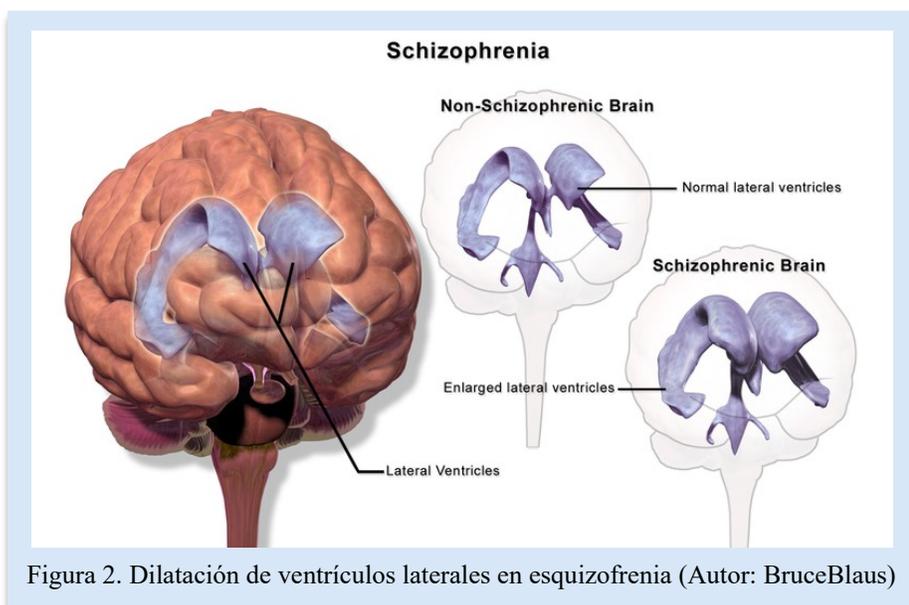


Figura 2. Dilatación de ventrículos laterales en esquizofrenia (Autor: BruceBlaus)

Anteriormente, esta enfermedad se clasificaba en esquizofrenia paranoide, catatónica, indiferenciada, residual y desorganizada, siendo esta última la más grave entre ellas ya que el paciente presenta todos los síntomas de forma exacerbada. En la actualidad, se clasifica en fase premórbida o de riesgo, fase prodrómica, fase aguda o primer episodio psicótico y fase estable o crónica.

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia presentan deterioro en su funcionamiento neurocognitivo, principalmente en la velocidad de procesamiento, memoria episódica y memoria de funciones

ejecutivas. Se han identificado como síntomas positivos de este trastorno los delirios, trastornos del pensamiento y alucinaciones adicionales a las experiencias normales predominantemente de tipo auditivo. Entre los criterios de Schneider se encuentran las alucinaciones auditivas, pensamientos audibles, voces que discuten entre ellos, voces que comentan, experiencias somáticas pasivas, lectura del pensamiento o radiofusión, y otros trastornos de la percepción. En adición, se pueden presentar síntomas cognitivos como anomalías sutiles, atención, aprendizaje, memoria y funciones ejecutivas (planeación abstracción). Por otro lado, los síntomas negativos principales identificados mediante observación son la pérdida o reducción de las funciones normales como discurso reducido, aspecto descuidado y contacto ocular limitado.

Los síntomas desorganizados son acciones mal planificadas o sin propósito, comportamiento extraño o tonto, agitación, desinhibición y comportamiento notable caótico impredecible que no es secundario a los delirios. Entre los síntomas agresivos están la hostilidad, ofensa verbal, ofensa física, asalto, conductas autolesivas como suicidio, daños a la propiedad e incendios provocados, impulsividad y conducta sexual impulsiva.

Al hacer un examen del estado mental, se identifican ciertas características en los pacientes esquizofrénicos, por ejemplo:

Apariencia y comportamiento: Desordenada, desaseada, agitada o rígida, distraídos, disminución de expresiones faciales.

Lenguaje: Velocidad, ritmo y tono normal. Neologismos, “ensalada de palabras”.

Emociones: Afecto perturbado, descortesía, perplejidad, no demuestran afectividad.

Procesos del pensamiento: Ilógicos, circunstanciales o tangenciales, asociaciones poco claras.

Contenidos del pensamiento: Delirios de grandeza, de persecución y religiosos.

Trastornos de la percepción: Voces que se burlean y hablan del enfermo y alucinaciones de comando.

Para el diagnóstico son necesarios al menos dos de cinco tipos de síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje incoherente o desorganizado, conducta motriz con anomalía intensa, síntomas negativos con limitación del afecto o volición. Una vez que se determina la existencia de psicosis,

El curso clásico es de exacerbaciones y remisiones, y el desarrollo de la enfermedad puede ser entendido como un espectro global de deterioro social, emocional y cognitivo. Hay incapacidad para evaluar el mundo exterior objetivamente y diferenciar entre los mundos exterior e interior. La evolución de esta enfermedad es heterogénea, pero lo más común es la cronicidad, el pobre funcionamiento y la persistencia de los síntomas residuales. Menos del 20% experimentan cerca de la total remisión.

La mayoría de los pacientes tienden a ser hospitalizados varias veces. Puede presentarse muy frecuentemente resistencia al tratamiento y/o presentar poca respuesta al tratamiento. Como complemento, existen tres niveles de prevención. Se busca eliminar los síntomas una vez que se han presentado y prevenir la aparición de nuevas crisis y rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento. Se administran neurolépticos antagonistas de los

receptores D-2 como haloperidol en dosis de 2-3 mg, perfenazina de 8-30 mg y tioridacina. En la evaluación de resultados se analizan la mejoría de síntomas, rendimiento laboral, funcionamiento social, rehospitalizaciones e independencia. Las complicaciones abarcan suicidio, abuso de sustancias, depresión y violencia.

La esquizofrenia se considera la enfermedad incapacitante más grave en el área de la psiquiatría y el principal padecimiento que se atiende en hospitales psiquiátricos que limita la esperanza y calidad de vida del paciente que la padece. Se trata de un trastorno que no discrimina sexo y en el que el estado mental se deteriora y se presentan múltiples síntomas de tipo psicótico, violento y desorganizado, entre otros. Lo ideal es la prevención de crisis y la rehabilitación para mejorar el funcionamiento del paciente en todos los ámbitos.

