Estabilidad temporal de diagnósticos en unidades de hospitalización psiquiátrica. A propósito de un caso clínico

Irina Rodríguez Pérez[1], Georgina Sánchez Tomico[1], Lucía Pérez Golarons[1], Teresa Legido Gil[1]

[1]Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions (INAD). Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducción

En las unidades de hospitalización psiquiátrica se producen contextos evaluativos de tipo transversal y con pobre valor ecológico que conducen con frecuencia a inestabilidad de los diagnósticos clínicos. Esto puede afectar a la toma de decisiones respecto a qué línea de intervención terapéutica establecer y por tanto será determinante en la efectividad de los tratamientos. Debido al componente longitudinal del diagnóstico en trastornos psicóticos, gran parte de la literatura científica se ha centrado en su análisis [1, 2]. Otros estudios detallan la evolución de cuadros neurocognitivos frontotemporales hacia diagnósticos de tipo psiquiátrico en un 22% de los casos [3]. En el presente caso clínico hallamos una amplia gama de síntomas que podían ser compatibles con trastorno psicótico, proceso neurogenerativo frontotemporal o trastorno conversivo.

Metodología

Estudio de caso único

Identificación del paciente y motivo de consulta: Mujer de 65 años, viuda desde hace 5 años, con un hijo de 39 años y una hija de 37 con la que convive. Acude a urgencias psiquiátricas trasladada involuntariamente tras presentar alucinaciones auditivas, espasmos musculares, ideación delirante y sospecha de deterioro cognitivo.

Antecedentes psiquiátricos personales: Episodio de depresión con ideas obsesivas hipocondríacas y trastorno histriónico de la personalidad.

Antecedentes familiares: Ambos hijos con trastorno por uso de sustancias. Hija con hiperémesis cannábica.

Evaluación:
Test breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT), Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos – IV (WAIS-IV): subescalas de Dígitos, Vocabulario y Semejanzas; Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC), WMS-III (Textos), WMS-IV (Dibujos I y II), Figura compleja de Rey, Praxias visoconstructivas, imitativas y simbólicas, control mental, TMTa y b, Fluidez verbal (FAS) y Fluidez semántica. La evaluación se complementó con pruebas de neuroimagen (resonancia magnética) y entrevistas con la paciente y sus familiares.

Resultados

TABLA 1: K-BIT (Test Breve de Inteligencia de Kaufman)

	SUMA PD			
VOCABULARIO	42	ICV	82	Diferencias significativas
MATRICES	8	IRP	48	
CI COMPUESTO DEL K-BIT	130	CIT	58	(53-63)

TABLA 2: OTRAS PRUEBAS

ÁREA EVALUADA	ESCALAS		PZ (±1)
ATENCIÓN	TMT	A	<3
		B	No administrado
	Dígitos (WAIS-IV)		-2'33
MEMORIA	Reproducción visual WMS-IV	Dibujos I	-1,33
		Dibujos II	-1,33
	Textos WMS-III	Corto plazo	-3
		Largo plazo	-2,33
	TAVEC	Aprendizaje 5 ensayos	-2,45
		RLP libre	-2,73
		RLP claves	-3
	Figura compleja de Rey	Copia	<3
		Recuerdo a CP	-2,52
LENGUAJE	Fluidez verbal	F	-0,7
		A	
		S	
		ANIMALES	-0,83
	Test de vocabulario de Boston		-1,58
	Vocabulario (WAIS-IV)		-1'33
PRAXIAS	Visoconstructivas simples // en 3D		//0/2
FUNCIONES EJECUTIVAS	FAB	Programación motora	0
		Sensibilidad a la interferencia	0
		Control inhibitorio	0
	Semejanzas (WAIS-IV)		-2'66

Las pruebas de neuroimagen fueron normales. Los resultados hallados en la batería neuropsicológica indicarían la presencia de un cuadro de deterioro cognitivo moderado-grave de tipo disejecutivo. En la entrevista clínica se evidenció una ausencia de delirio sistematizado con tendencia a la *belle indifférence*. Sus allegados refieren funcionamiento autónomo premórbido y ausencia de quejas mnésicas previas a sintomatología psicótica.

Conclusiones

El inicio abrupto del cuadro, su gravedad y la concurrencia de síntomas cognitivos y psicóticos podría indicar la predominancia de un cuadro psiquiátrico. La aparente recuperación funcional al cabo de tres meses sugeriría una orientación diagnóstica de tipo conversivo (Trastorno de síntomas neurológicos funcionales con síntomas mixtos). La limitación temporal de las evaluaciones en los ingresos psiquiátricos y la presentación multifacética de algunos cuadros clínicos nos orientan a la prudencia en nuestras conclusiones y a la conveniencia del aplazamiento de los diagnósticos definitivos de cara al establecimiento de tratamiento efectivos y disminución del coste sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1) López-Díaz, Á., Fernández?González, J. L, Lara, I., Crespo-Facorro, B, & Ruiz-Veguilla, M. (2019). The prognostic role of catatonia, hallucinations, and symptoms of schizophrenia in acute and transient psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 19 de agosto de 2019 [publicado electrónicamente antes de su impresión].
2) Castagnini, A., Foldager, L., & Bertelsen, A. (2012). Long-term stability of acute and transient psychotic disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 47 (I): 59-64.
3) Perry, D. C., Datta, S., Miller, Z. A., Rankin, K.P., Gorno-Tempini, M.L., Kramer, J. H., Rosen, H. J., Seeley, W. W., & Miller, B. L. (2019). Factors that predict diagnostic stability in neurodegenerative dementia. *Journal of Neurology*, 266(8): 1998–2009.
4) Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5 ª ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing, 318-319.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions

Parc de Salut MAR Barcelona