

Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. Early-Onset Schizophrenia: Bibliographic review.

Patrick Erak Otárola ¹.

¹ Médico residente de Psiquiatría, Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Contacto: patrickeraotarola@gmail.com

RESUMEN

La esquizofrenia de inicio precoz se define como el inicio de la enfermedad antes de los 18 años y abarca a la esquizofrenia de inicio en la infancia y en la adolescencia. La esquizofrenia de inicio en la infancia se define como el inicio de síntomas psicóticos antes de los 13 años y se considera que representa un subgrupo de pacientes que cuentan con una etiología hereditaria mayor. Las manifestaciones clínicas incluyen las presentadas en esquizofrenia en el adulto y puede incluir la presencia de síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y síntomas negativos (abulia, asociabilidad, anhedonia). Esta se relaciona con una evolución clínica grave, un funcionamiento psicosocial deficiente y mayor gravedad de anomalías cerebrales. Pese a evolucionar tórpidamente, la evidencia actual corrobora la eficacia de intervenciones psicosociales y farmacológicas en el tratamiento. Dentro de las opciones terapéuticas, se encuentran los antipsicóticos atípicos, los cuales presentan eficacia comparable; sin embargo perfiles de efectos adversos variables.

Palabras Clave: Esquizofrenia Alucinaciones Delirios Síntomas Negativos Antipsicóticos.

ABSTRACT

Early-onset schizophrenia is defined as illness onset before the age of 18 and encompasses childhood-onset and adolescent-onset schizophrenia. Childhood-onset schizophrenia is defined as the onset of psychotic symptoms before the age of 13 years and is considered to represent a subgroup of patients with a major hereditary etiology. Clinical manifestations include those seen in adult schizophrenia and may include the presence of hallucinations, delusions, and negative symptoms. Early-onset schizophrenia is associated with a severe clinical course, poor psychosocial functioning, and increased severity of brain abnormalities. Despite evolving more seriously, current evidence corroborates the efficacy of psychosocial and pharmacological interventions in treatment. Among the therapeutic options are the atypical antipsychotics, which have comparable efficacy but variable adverse effect profiles.

Keywords: Schizophrenia, hallucinations, delusions, negative symptoms, antipsychotics.

Cómo citar:

Erak Otárola, P.
Esquizofrenia de
inicio precoz: Revisión
bibliográfica. Revista
Ciencia Y Salud, 6(3),
Pág. 139-144. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i3.452>

Recibido: 20/Feb/2022

Aceptado: 03/May/2022

Publicado: 17/Jun/2022



INTRODUCCIÓN

La infancia y particularmente la adolescencia son períodos de cambios importantes en el desarrollo biológico, social y psicológico. Las personas con esquizofrenia de inicio temprano enfrentan dificultades adicionales para sobrellevar estos cambios.

La esquizofrenia es un trastorno neuropsiquiátrico severo cuyos síntomas persisten a lo largo de la vida adulta en la mayoría de los pacientes afectados. El cuadro más desfavorable se asocia con múltiples episodios y síntomas residuales, principalmente síntomas negativos y déficit cognitivo (1).

Típicamente se presenta con síntomas positivos (alucinaciones y trastornos del pensamiento), negativos (asociabilidad, afecto aplanado) y déficit cognitivo. Los síntomas positivos usualmente responden favorablemente a tratamiento antipsicótico mientras que los síntomas negativos y el déficit cognitivo presentan resistencia a la mayoría de modalidades terapéuticas existentes (2).

El trauma infantil se ha asociado con mayor presentación de trastornos del espectro de la psicosis y se propone que establecer dicho rol en la psicosis es el primer paso para anticipar y mitigar el desarrollo de enfermedades mentales mayores (2).

Materiales y métodos

La presente publicación consiste en una revisión bibliográfica sistemática cualitativa y descriptiva, en la cual se hace una búsqueda de material bibliográfico en diversas bases de datos tales como: PubMed, Elsevier, SciELO y EBSCOhost. Se utilizaron descriptores como esquizofrenia de inicio precoz, esquizofrenia temprana, síntomas negativos, alucinaciones y delirios. Se seleccionó principalmente material bibliográfico cuyas publicaciones comprenden desde el año 2015 a la fecha de publicación del presente artículo con algunos artículos de mayor antigüedad pero cuyos principales aportes son relevantes hasta la actualidad.

Antecedentes

En el año 1943, se acuñó el término “autismo infantil” utilizado para definir una categoría de un grupo de niños en los cuales la pérdida de contacto con la realidad no se presenta como en esquizofrénicos, aunque es asociado a intereses y comportamiento restringidos y estereotipados, además de deterioro en lenguaje y comunicación. De manera independiente y casi paralela, Asperger en 1944 describió un grupo de niños con similares características y acuñó el término “autismo psicopático” (3).

A pesar de que Kanner caracterizó el autismo infantil como una entidad separada, “autismo”, “esquizofrenia infantil” y “psicosis infantil” fueron términos diagnósticos utilizados de manera intercambiable hasta estudios realizados por Kolvin y Rutter en 1971 y 1972 respectivamente, en los cuales el autismo infantil y esquizofrenia infantil se establecieron como entidades clínicas distintas. Posteriormente, dicha división y establecimiento de criterios diagnósticos se consolida en el Manual de clasificación internacional de enfermedades, novena edición (CIE-9) y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III (DSM-III) (3).

Epidemiología y genética

La prevalencia de esquizofrenia de inicio en infancia es menor a 1 en 10,000. Mientras que la prevalencia a lo largo de la vida de esquizofrenia en el adulto es 4 en 1,000 (4). Estudios iniciales de esquizofrenia de inicio en la infancia incluyen niños que ahora recibirían, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (DSM-V), el diagnóstico de trastorno del espectro autista, trastornos del desarrollo no especificado o esquizofrenia (4).

Debido a que la esquizofrenia de inicio precoz es rara, existen pocos estudios genéticos de esquizofrenia de inicio precoz y la mayoría se han enfocado en establecer hasta qué punto el riesgo de este tipo de patología tiene mecanismos similares que la esquizofrenia de inicio en el adulto. En general, la literatura sugiere que el riesgo de la arquitectura para desarrollar esquizofrenia de inicio precoz comparte variaciones etiológicas asociadas con el desarrollo de esquizofrenia de inicio en el adulto (4).

Rol del trauma infantil

La relación entre síntomas positivos y negativos de esquizofrenia y trauma infantil es controversial. La mayoría de autores reporta altas tasas de síntomas psicóticos en pacientes con historia de trauma (5). Se define trauma infantil como eventos vitales adversos que sobrepasan la capacidad de los niños para hacer frente a situaciones. Estos eventos incluyen abuso emocional, psicológico, físico, sexual o negligencia (6).

El trauma infantil es una forma de estrés severo que confiere un riesgo mayor de vulnerabilidad para el desarrollo de esquizofrenia y está asociado a mayores alteraciones en memoria de trabajo, funciones ejecutivas, aprendizaje verbal y atención (1).

Además, tasas de trauma infantil son mayores en individuos con esquizofrenia y con historia de violencia comparada con individuos con esquizofrenia sin historia de violencia (7).

Neuroimágenes

En pacientes portadores de esquizofrenia se han establecido anomalías cerebrales estructurales tales como disminución de sustancia gris total, disminución de volumen en corteza, hipocampo y amígdala. Específicamente pacientes con esquizofrenia de inicio en la infancia presentan disminución del volumen cerebral y un declive progresivo en la adolescencia (8). Pueden presentar además, ventriculomegalia con aumento progresivo con particular diferencia de tamaño en ventrículos laterales (9).

Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico DSM-V refleja los criterios diagnósticos para la esquizofrenia que se extrapolan a la esquizofrenia de inicio temprano con la especificación de la edad de inicio de síntomas en adolescencia o infancia (10).

Herramientas diagnósticas

La K-SADS-PL es una entrevista semi estructurada diseñada para recolectar información desde niños hasta adolescentes, al igual que a sus padres u otros informantes. Mediante esta entrevista, es posible determinar la presencia de episodios actuales (en los últimos seis meses) y episodios previos (11).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de esquizofrenia de inicio temprano requiere la exclusión de enfermedades médicas y psiquiátricas subyacentes. Como diagnóstico diferencial se incluyen patologías médicas como convulsiones, encefalitis virales, tumores del sistema nervioso central, trastornos metabólicos y mutaciones cromosómicas. Por otra parte, existen enfermedades psiquiátricas que deben ser evaluadas, dentro de las cuales se encuentran: trastorno afectivo bipolar, trastorno del espectro autista, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada (10).

Dificultades en el diagnóstico

El diagnóstico de la esquizofrenia de inicio precoz es difícil, comprende un proceso que requiere mucho tiempo. Las anomalías en el desarrollo social, motor y lenguaje presentes en esquizofrenia de inicio en infancia son notorias comparadas con las presentadas en casos de desarrollo de esquizofrenia en el adulto, sin embargo no son diagnósticas ni representan un fenotipo premórbido confiable (10).

Existen múltiples obstáculos que dificultan el proceso diagnóstico de esquizofrenia de inicio en infancia como lo son la habitual presencia de presión por parte de familiares, la severidad de manifestaciones clínicas y la limitación de tiempo.

Algunas de las patologías más frecuentemente mal diagnosticadas como esquizofrenia de inicio precoz comprenden trastornos afectivos y psicosis orgánica (10).

Comorbilidades

La esquizofrenia de inicio en infancia presenta alta correlación con otras enfermedades tanto médicas como psiquiátricas. Dentro de las principales comorbilidades psiquiátricas se encuentran: el trastorno obsesivo compulsivo, déficit atencional e hiperactividad, trastorno del lenguaje expresivo, déficits ejecutivos y trastornos del afecto como depresión mayor. Las principales comorbilidades médicas asociadas tras la instauración de regímenes terapéuticos incluyen: diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, obesidad, hiperprolactinemia y disquinesia (10).

Tratamiento

Se han evaluado diferentes antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia de inicio temprano, encontrándose mínimas diferencias en cuanto a eficacia, excepto por el uso de clozapina en esquizofrenia de inicio temprano refractaria al tratamiento (12).

La eficacia es comparable entre aripiprazol, paliperidona, risperidona, quetiapina, olanzapina y molindona, pero existen resultados mixtos para asenapina e inferiores para ziprasidona, la cual no se recomienda en el tratamiento de esquizofrenia en menores de 18 años (12).

Por el contrario, sí se han encontrado diferencias significativas en cuanto a perfiles de efectos adversos de los antipsicóticos utilizados en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Los principales efectos adversos asociados son: aumento de peso (olanzapina), hiperprolactinemia (risperidona, paliperidona y olanzapina), síntomas extrapiramidales y acatisia (molindona) e hiperprolactinemia (risperidona, paliperidona y olanzapina) (12).

No se encontraron diferencias significativas entre psicofármacos para efectos adversos más severos como discontinuación de tratamiento, sedación, insomnio o cambios en triglicéridos. La quetiapina y aripiprazol se encontraron con mejor tolerabilidad comparada con otros antipsicóticos pero aun así se asocian con efectos adversos significativos (12).

También existe evidencia que respalda el uso de clozapina en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, con especial énfasis donde se ha mostrado refractariedad al tratamiento (13).

Adicionalmente, la terapia farmacológica combinada con intervenciones psicoterapéuticas como terapia cognitivo conductual e intervenciones familiares son la modalidad terapéutica con resultados más favorables, evidenciando menor deterioro en la escala PANSS (positive and negative syndrome scale) total (14).

CONCLUSIONES

La esquizofrenia de inicio precoz supone una entidad clínica desafiante en el campo de la psiquiatría infanto juvenil, pues el establecimiento de un diagnóstico preciso conlleva importante dificultad (15).

Se destaca que la progresión de dicha enfermedad sumado a un infradiagnóstico de la misma, nublan el pronóstico de una enfermedad ya de por sí de gran impacto en el funcionamiento de las personas. Es de vital importancia continuar evaluando la posibilidad de presentación de la esquizofrenia de inicio precoz, y una vez establecido el diagnóstico, el manejo agresivo mediante estrategias farmacológicas y no farmacológicas, para mejorar el curso de la enfermedad.

Declaratoria de conflictos de intereses:

No hay conflicto de intereses.

Declaración de financiamiento: El autor declara no haber recibido ningún financiamiento para la elaboración de esta revisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Popovic D, Schmitt A, Kaurani L, Senner F, Papiol S, Malchow B, et al. Childhood trauma in schizophrenia: Current findings and research perspectives. *Front Neurosci* [Internet]. 2019 [citado el 19 de febrero de 2022];13:274. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6448042/>
2. Inyang B, Gondal FJ, Abah GA, Minnal Dhandapani M, Manne M, Khanna M, et al. The role of childhood trauma in psychosis and schizophrenia: A systematic review. *Cureus* [Internet]. 2022 [citado el 19 de febrero de 2022];14(1). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/72848-the-role-of-childhood-trauma-in-psychosis-and-schizophrenia-a-systematic-review>
3. Poletti M, Raballo A. Childhood schizotypal features vs. high-functioning autism spectrum disorder: Developmental overlaps and phenomenological differences. *Schizophr Res* [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2022];223:53-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33046336/>
4. Forsyth JK, Asarnow RF. Genetics of childhood-onset schizophrenia 2019 update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2022];29(1):157-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708045/>
5. Ivarez M-J, Masramom H, Foguet-Boreu Q, Tasa-Vinyals E, García-Eslava JS, Roura-Poch P, et al. Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders: Dissociative, psychotic symptoms, and suicide behavior: Dissociative, psychotic symptoms, and suicide behavior. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2021 [citado el 19 de febrero de 2022];209(1):40-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33079796/>
6. Wells R, Jacomb I, Swaminathan V, Sundram S, Weinberg D, Bruggemann J, et al. The impact of childhood adversity on cognitive development in schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2022];46(1):140-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31050754/>

7. Vaskinn A, Engelstad KN, Torgalsbøen A-K, Rund BR. Childhood trauma, social cognition and schizophrenia: Specific association between physical neglect and cognitive theory of mind in homicide offenders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;303(114093):114093. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121003905>
8. Giedd JN, Raznahan A, Alexander-Bloch A, Schmitt E, Gogtay N, Rapoport JL. Child psychiatry branch of the National Institute of Mental Health longitudinal structural magnetic resonance imaging study of human brain development. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2015 [citado el 19 de febrero de 2022];40(1):43-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25195638/>
9. Rapoport JL, Giedd J, Kumra S, Jacobsen L, Smith A, Lee P, et al. Childhood-onset schizophrenia. Progressive ventricular change during adolescence. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1997 [citado el 19 de febrero de 2022];54(10):897-903. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9337768/>
10. Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia and early-onset schizophrenia spectrum disorders: An update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2022];29(1):71-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708054/>
11. de la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L, et al. Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1773-0>
12. Pagsberg AK, Tarp S, Glintborg D, Stenstrøm AD, Fink-Jensen A, Correll CU, et al. Acute Antipsychotic Treatment of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and network meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado el 19 de febrero de 2022];56(3):191-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28219485/>
13. Kasoff LI, Ahn K, Gochman P, Broadnax DD, Rapoport JL. Strong treatment response and high maintenance rates of clozapine in childhood-onset schizophrenia. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2016 [citado el 19 de febrero de 2022];26(5):428-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26784704/>
14. Morrison AP, Pyle M, Maughan D, Johns L, Freeman D, Broome MR, et al. Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2022];7(9):788-800. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30248-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30248-0/fulltext)
15. Calderoni D, Wudarsky M, Bhangoo R, Dell ML, Nicolson R, Hamburger SD, et al. Differentiating childhood-onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2001 [citado el 19 de febrero de 2022];40(10):1190-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11589532/>