Capítulo 17

Psicosis esquizoafectivas

M. Gutiérrez Fraile, M. Bernardo Arroyo, A. González Pinto

HISTORIA DEL CONCEPTO

La clasificación en psiquiatría tiene su origen en la obra de Emil Kraepelin. Este autor alemán diferencia los trastornos psicóticos mayores en base a la fenomenología y el curso distinguiendo la enfermedad maníaco depresiva (que incluía la locura circular de Falret y las depresiones únicas o recurrentes) y la demencia precoz, más tarde denominada esquizofrenia por Bleuler. Este último autor diagnosticaba la esquizofrenia por la presencia de los síntomas fundamentales y amplía los límites del trastorno, incluyendo bajo este concepto cuadros acompañados de un trastorno afectivo completo.

Para Kraepelin la enfermedad maníaco depresiva tenía un curso episódico, un mejor pronóstico y una mayor base genética. Este dualismo nosográfico, si bien ha sido de utilidad considerable y hasta cierto punto vigente, deja numerosos cuadros clínicos sin una adscripción específica, ya que no poseen la tipifidad exigida para cada uno de los grupos (Vallejo, 1991). Sin embargo, Kraepelin siempre fue consciente de la provisionalidad de su sistema de clasificación y en 1920 llega a la conclusión de que ambos pueden ser difíciles de diferenciar en ocasiones (Kraepelin, 1920). Entre ambos trastornos quedan las psicosis esquizoafectivas, descritas por Kasanin en 1933, que incluían al inicio bajo ese término a un grupo de pacientes jóvenes con un buen ajuste premorbido, que tras factores estresantes desarrollaban rápidamente psicosis con trastornos sensoperceptivos y marcada afectación emocional, pero sin "pasividad" (Kasanin, 1933). Con anterioridad a Kasanin eran bien conocidos una serie de trastornos benignos en su evolución con respecto a la esquizofrenia y psicopatológicamente muy floridos. Kleist describió varios cuadros clínicos con síntomas mixtos que englobó bajo el término de psicosis marginales que incluía las psicosis cicloides, paranoides, epileptoides, del Yo o histeroides referenciales. Este autor consideró que las psicosis cicloides se encontraban en el límite entre la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva; Langfeldt (1969) distinguió entre las esquizofrenias procesuales y las psicosis reactivas con pronóstico favorable; Leonhard desarrollo el concepto de psicosis cicloides, de curso fásico y con un gran componente hereditario.

El DSM-I y II consideraron que la psicosis esquizoafectiva era un tipo de esquizofrenia, es decir, prevalece la doctrina Bleuleriana. Sin embargo la investigación psiquiátrica dejaba claro que los síntomas de primer rango de Schneider y otros síntomas típicamente esquizofrénicos como los trastornos formales del pensamiento estaban presentes en pacientes con historia familiar, evolución y respuesta al tratamiento que no dejaban dudas de que se trataba de un trastorno del humor. En el DSM-III cambia esta tradición

para incluir las psicosis esquizoafectivas en el apartado de psicosis no clasificadas en otra parte, y sin existir criterios diagnósticos específicos para este trastorno. El DSM-III-R y el RDC si nos brindan criterios diagnósticos, siendo necesaria la presencia de síntomas agudos de manía o depresión y de esquizofrenia, y la existencia de delirios y alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas afectivos (si la duración fuera menor a dos semanas se trataría de un trastorno del humor). El RDC distinguía ya un trastorno esquizoafectivo maníaco y otro depresivo.

El sistema actual de clasificación americano DSM-IV mantiene la misma filosofía del DSM-III-R.

HIPÓTESIS DE LA NATURALEZA DEL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El trastorno esquizoafectivo, con la definición actual, es probablemente un trastorno heterogéneo, proponiendo algunos autores que se trata de un puente entre las grandes psicosis (Bipolar y Esquizofrenia), apoyando así la teoría del continuum (Crow, 1986; Lapensee, 1992). Se han encontrado que existen diferencias genéticas modestas entre los trastornos esquizoafectivos y los trastornos del humor con síntomas psicóticos. Otros defienden la coexistencia de las dos enfermedades, de modo que se daría una interacción genotípica que daría lugar a cuadros mixtos. Sin embargo, Slater y Roth (1969) consideraron que una observación suficientemente prolongada en el tiempo permite clasificar a estos pacientes bien como trastornos del humor, bien como esquizofrenias. Esto apuntaría a una interpretación dicotómica de las grandes psicosis.

Uno de los principales problemas al estudiar las psicosis esquizoafectivas está en el bajo grado de acuerdo entre los diferentes sistemas de clasificación. Brockington y Leff (1979) advierten que al utilizar 8 criterios diagnósticos diferentes el acuerdo es alarmantemente bajo. Si tenemos en cuenta las ideas de la escuela de San Luis de que para que una hipótesis diagnóstica sea aceptada debe cumplir unos requisitos comunes en cuanto a historia familiar, curso, clínica, epidemiología y respuesta terapéutica, nos encontramos que estamos ante una entidad que no los cumple. Los resultados de las ultimas investigaciones con los criterios actuales de la enfermedad encuentran en unos casos que se trata de una entidad esquizofrénica, en otros de un trastorno afectivo y unos terceros lo consideran un trastorno distinto. Se ha propuesto también que existen varios subtipos de psicosis esquizoafectivas, estando unas cercanas a la esquizofrenia y acercándose otras más al trastorno bipolar.

Para un análisis más claro del trastorno, ha sido básica la separación iniciada por el RDC de PEA maníaca y depresiva.

PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVA DE TIPO MANÍACO

Resulta curioso que el trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco y la manía sean diagnosticados con frecuencia en los mismos individuos en diferentes ocasiones, consiguiendo una pobre concordancia diagnóstica (Rice, 1994). Se ha propuesto que los pacientes con inestabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo no padecen esquizofrenia (Winokur, 1996).

Si tenemos en cuenta que todos los síntomas psicóticos pueden estar presentes en la manía, es fácil comprender a quienes defienden la hipótesis de que la PEA de tipo maníaco es un subtipo de trastorno bipolar. Se pueden encontrar delirios somáticos, de grandeza, persecutorios, de referencia, nihilísticos, extraños y sistematizados; alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias y táctiles; trastornos formales del pensamiento; y catatonía (McElroy, 1996). Muchos estudios encuentran que los síntomas psicóticos incongruentes y los síntomas psicóticos extraños son relativamente frecuentes en la manía (Goodwin y Jamison, 1990). Tohen describe una mayor frecuencia de síntomas psicóticos incongruentes con el humor que los congruentes (Tohen, 1992) y no existen síntomas psicóticos patognomónicos de un determinado trastorno (Pope y Lipinsky, 1978). En un estudio realizado en Alava en pacientes bipolares encontramos que un 31% de los pacientes habían sido diagnosticados al inicio de esquizofrenia o de otros diagnósticos relacionados (González-Pinto y cols, 1996). La edad de comienzo temprana se asocia a mayor presencia de psicosis, al menos al inicio de la enfermedad (Strober, 1996). Los pacientes con comienzo temprano tendrán cuadros más floridos que los de comienzo tardío (Rosen, 1983; McGlashan, 1988, Weller, 1995; Carlson, 1994; Isaac, 1992). Se ha postulado que exista una disminución de los síntomas psicóticos a lo largo de la evolución (Winokur, 1985). Las psicosis funcionales pueden tener expresiones clínicas más claras a medida que transcurre el tiempo (McGorry, 1994; Marneros, 1991). Esto no significa que el pronóstico sea peor en los pacientes con comienzo temprano (McGlashan, 1988). Debemos tener en cuenta también que la frecuente utilización simultánea de drogas o alcohol enmascara muchas veces el cuadro clínico. Existe comorbilidad en el 50% de los primeros episodios psicóticos según algunos estudios (Strakowski,1995) siendo el abuso de sustancias el diagnostico más frecuente, y este es más frecuente en psicosis afectivas que en las no afectivas.

En un estudio longitudinal de episodios maníacos no tratados se encuentran tres estadios en la manía: el estadio I: hipomanía o manía ligera; estadio II) manía completa y estadio III) manía psicotica. Se observa a medida que se incrementan los síntomas durante el episodio agudo que los síntomas psicóticos se hacen más prominentes y extraños, a pesar de que el estudio excluía a pacientes con historia de síntomas de primer rango de Schneider (Carlson y Goodwin, 1973).

En general la información sobre la PEA tipo maníaco sugiere que se trata de un subtipo de manía de especial gravedad. Debemos tener en cuenta que en la manía pueden darse algunos de los síntomas de primer rango de Schneider, a los que el DSM-IV considera típicamente esquizofrénicos. Dependiendo de los autores, del tamaño de la muestra y la metodología del estudio la prevalencia de síntomas de primer rango de Schneider es del 12 al 34% (Goodwin y Jamison, 1990; McElroy, 1996; Tanenberg-Karant, 1995). La presencia de síntomas psicóticos incongruentes se encuentra en algunas ocasiones con más frecuencia que los congruentes en los pacientes bipolares (Tohen, 1992).

PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVA DE TIPO DEPRESIVO

Esta categoría diagnóstica engloba un grupo heterogéneo de trastornos; Se incluyen aquí pacientes que siguen una evolución esquizofrénica y otros que siguen una evolución bipolar. En general, todos los estudios de pronóstico encuentran niveles intermedios de adaptación entre esquizofrenia y trastornos afectivos en las psicosis esquizoafectivas de tipo depresivo (Opjordsmoen, 1989).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVAS

En contraste con el estudio sistemático del tratamiento farmacológico de las psicosis esquizofrénicas y de los trastornos del humor, el tratamiento de las psicosis esquizoafectivas ha sido escasamente discutido. De hecho la FDA americana no aprueba ninguna medicación para el tratamiento de las psicosis esquizoafectivas. En la práctica clínica habitualmente se combinan estabilizadores del humor y antipsicóticos, y de hecho aunque los estudios son limitados parece que esta práctica es más útil que la monoterapia, aunque se asocia a más efectos secundarios. En cualquier caso resulta chocante que desde 1984, año en que se definen en el sistema de clasificación americano los criterios diagnósticos específicos para el trastorno esquizoafectivo, no ha habido estudios controlados con estabilizadores del humor y antipsicóticos en muestras amplias de pacientes. Además, parece que no tienen por que comportarse de la misma forma los trastornos esquizoafectivos bipolares que los depresivos. Así como en los primeros hay datos que apuntan a que la combinación de estabilizadores y antipsicóticos mejora el pronóstico, no ocurre lo mismo con los segundos. Es posible que esto se deba a la mayor proximidad del subtipo depresivo con la esquizofrenia (Kech, 1994). El estudio del papel de los antipsicóticos atípicos en las psicosis esquizoafectivas es esencial. La clozapina, el antipsicótico atípico tipo, puede ser un estabilizador del humor. Ha demostrado tener un efecto antimaníaco, ser eficaz en trastornos mixtos y en cicladores rápidos sin síntomas psicóticos. Incluso se ha propuesto que la clozapina tenga un efecto antidepresivo ligero (Zárate y cols, 1995; McElroy 1996). La presencia de síntomas afectivos durante la psicosis, especialmente maníacos, es predictivo de una buena respuesta a la clozapina. Estudios retrospectivos encuentran que los pacientes esquizoafectivos y los bipolares con síntomas psicóticos tienen mejores respuestas que los esquizofrénicos (Banov et al, 1994; Zárate et al, 1995). No se conoce bien el mecanismo timoléptico de la clozapina, pero el bloqueo de los receptores 5-HT2 podría jugar un papel en sus propiedades antidepresivas.

El efecto de la risperidona en la manía ha sido menos estudiado. La mayoría de los estudios abiertos con risperidona la utilizan asociada a estabilizadores del humor con dosis entre 1 y 6 mg al día obteniendo buenos resultados (Keck et al, 1995). Aunque estas descripciones no pasan de ser anecdóticas, se debería investigar más sistemáticamente el papel de la risperidona en la manía.

Se conocen pocos datos sobre el efecto timoléptico de otros antipsicóticos atípicos. Datos preliminares sobre la olanzapina sugieren que además de efectos antipsicóticos, este fármaco podría tener propiedades antimaníacas y antidepresivas (Beasly y cols, 1995).

Empiezan ahora a aparecer series bastante más grandes, llegando hasta 50 y 110 pacientes, donde se demuestra que risperidona puede tener propiedades como estabilizador del ánimo, concluyendo que es un fármaco eficaz y seguro durante un tratamiento de 6 semanas en combinación con estabilizadores del ánimo para el tratamiento de los síntomas maníacos, hipomaníacos depresivos y episodios mixtos de trastornos esquizoafectivos.

Un estudio cuidadoso del perfil timoléptico de los nuevos antipsicóticos ayudará a conocer su papel en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo y aumentará nuestro conocimiento sobre la fisiopatología de esta enfermedad (McElroy, 1996).

CONCLUSIONES

En el momento actual la controversia que existe alrededor de la nosología y etiología de las psicosis esquizoafectivas sigue sin resolverse. Los criterios diagnósticos de las grandes psicosis varían con el tiempo, haciendo difícil la comparación de diversos estudios. Los resultados de las investigaciomes actuales tanto en cuanto a evolución como en cuanto a pronóstico apuntan a que los trastornos esquizoafectivos de tipo maníaco son un subtipo especialmente grave de trastorno bipolar. Existe una mayor heterogeneidad en el subtipo esquizodepresivo. Son necesarios más estudios que permitan conocer predictores pronósticos de este trastorno así como el tratamiento más adecuado.

Bibliografía

1. Banov MD, Zárate CA, Tohen M. Clozapine response in refractory affective disorders: polarity predicts response in long term follow-up. J Clin Psychiatry 1994; 55: 295-300.
2. Beasly C, Tran P, Tamura G. Olanzapine versus haloperidol: results of the multicenter international trial. American College of Neuropsychiatry; December 15; San Juan, Puerto Rico.
3. Brockington IF, Leff JP. Schizoaffective psychosis: definitions and incidence. Psychol Med 1979; 9: 91-99.
4. Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania: alongitudinal analysis of the manic episode. Arch Gen Psychiatry 1973; 28: 221-228.
5. Carlson GA, Fennig S, Bromet EJ. The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 453-60.
6. Crow TJ. The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. Br J Psychiatry 1986; 149: 419-29.
7. González-Pinto A, Mosquera F, Gutiérrez M, Ballesteros J, López P, Figuerido JL. Bipolar Disorder at onset. First Congress of First Psychotic Episode. Amsterdam, 1996.
8. Goodwin, Jamison. Manic Depressive Illness. New York, NY: Oxford University Press; 1990.
9. Isaac G. Misdiagnosed bipolar disorder in adolescents in a special educational school and treatment program. J Clin Psychiatry 1992; 53: 133-6.
10. Kasanin J. The Schizoaffective psychoses. Am J Psychiatry 1933; 13: 97-126.
11. Keck P, McElroy S, Strakowski SM, West SA. Pharmacologic treatment of schizoaffective disorder. Psychopharmacology 1994; 114: 529-538.
12. Keck PE, Wilson DR, Strakowski SM. Clinical Predictors of acute risperidone response in Schizophrenia, schizoaffective disorders and psychotic mood disorders. J Clin Psychiatry 1995; 56: 466-470.
13. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z Ges Neurol Psychiatr 1920; 62: 1-29. Translated by H Marshall in Themes and Variations in European Psychiatry. Hirsch and Shepherd eds. Univ Press of Virginia, Charlottesville, 1974.
14. Langfeldt G. Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis. Behavioral Science 1969; 14: 173-182.
15. Lapensee MA. A review of schizoaffective disorder: I. Current concepts. Can J Psychiatry. 1992; 37: 335-46.
16. McElroy SL, Keck PE Jr, Strakowski SM. Mania, psychosis, and antipsychotics. J Clin Psychiatry 1996; 57 Suppl 3P: 14-26.
17. McGlashan TH. Adolescent versus adult onset of mania. Am J Psychiatry 1988; 145: 221-3.
18. McGorry PD. The influence of illness duration on syndrome clarity and stability in functional psychosis: does the diagnosis emerge and stabilise with time? Aust N Z J Psychiatry 1994; 28: 607-19.
19. Opjordsmoen S. Delusional Disorders: I. Long term outcome. Acta Pychiatrica Scandinavica 1989; 80: 603-612.
20. Pope HG, Lipinsky J. Diagnosis in schizophrenia and manic depressive illness: a reassessment of the specifity of schizophrenic symptoms in the light of current research. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 811-828.
21. Rice JP, Rochberg N, Endicott J, Lavori PW, Miller C. Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 824-30.
22. Rosen LN, Rosenthal NE, Dunner DL. Social outcome compared in psychotic and nonpsychotic bipolar I patients. J Nerv Ment Dis 1983; 171: 272-275.
23. Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, Lonczak HS, West SA. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. Compr Psychiatry 1995; 36: 106-12.
24. Strober MA. Outcome Studies of Mania in Children and adolescents.In Mood Disorders across the Life Span, Shulman, Tohen and Kutcher eds.: Wiley-Lis, New York, 1996.
25. Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krishna J, Jandorf L, Bromet EJ. Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admission sample:a preliminary analysis of prevalence and correlates. Compr Psychiatry 1995; 36: 428-34.
26. Tohen M, Tsuang MT, Goodwin DC. Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features. Am J Psychiatry 1992; 149: 1580-4.
27. Vallejo J. Psicosis Esquizoafectivas. En: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 3ª edición. Editorial Masson-Salvat, 1991.
28. Winokur G, Scharfetter C, Angst J. Stability of psychotic symptomatology (delusions, hallucinations), affective syndromes, and schizophrenic symptoms (thought disorder,incongruent affect) over episodes in remitting psychoses. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1985; 234: 303-7.
29. Zárate CA, Tohen M, Banov MD. Is clozapine a mood stabilizer? J Clin Psychiatry 1995; 56: 108-112.