

Medicent Electrón. 2015 oct.-dic.;19(4)

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
«JOSÉ LUIS MIRANDA»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

¿Síndrome de Asperger o buena evolución de un autismo infantil?

Is it Asperger syndrome or a good progress of infantile autism?

MSc. Dr. Omar Hernández Rivero¹, Lic. Damaris Risquet Águila², MSc. Dra. Mabel León Álvarez³

1. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría Infantil. *Master* en Estudios Sociales. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: omarhr2610@gmail.com
2. Licenciada en Tecnología de la Salud. Perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional. Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. *Master* en Educación Médica Superior. Asistente. Hospital Ginecobstétrico Universitario Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mabel48leon@gmail.com

DeCS: síndrome de asperger, trastorno autístico, diagnóstico diferencial.

DeCS: asperger syndrome, autistic disorder, diagnosis, differential.

En 1944, Hans Asperger, un pediatra austríaco, publicó un artículo en una revista alemana de psiquiatría y neurología donde describía a un grupo de niños con características similares muy peculiares que él no había visto antes. Estos niños tenían algunas particularidades del autismo, pero con una inteligencia normal; se caracterizaban por escasa interacción social y emocional, patrones del habla raros y la entonación al hablar monocorde, con dificultades para interpretar las expresiones de la cara e iniciar relaciones apropiadas para la edad con sus compañeros; se obsesionaban por temas poco usuales y tenían conductas repetitivas. Actualmente, este síndrome descrito se conoce con el nombre de síndrome de Asperger, se ubica dentro de los trastornos generalizados del desarrollo y se considera un trastorno del espectro autista.

Aunque en los manuales de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales vigentes (DSMIV y CIE-10) se introduce el diagnóstico de síndrome de Asperger, como una clasificación específica e independiente dentro de los trastornos generalizados del desarrollo,¹⁻³ en la actualidad se mantienen discusiones teóricas que intentan determinar si el síndrome de Asperger debe considerarse o no como un diagnóstico diferente del trastorno de espectro autista.

Algunos de los criterios de diagnóstico del síndrome de Asperger siguen siendo hoy objeto de discusión entre los profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría y la pedagogía, lo que se observa en las distintas definiciones que ofrecen los sistemas estandarizados de diagnóstico que existen en la actualidad. Ningún marcador biológico permite detectar los síndromes de Asperger, ni de otros trastornos del espectro autista,^{4,5} por ello, su diagnóstico continúa siendo clínico, basado en los comportamientos observados, en la historia de desarrollo y en el perfil psicológico del sujeto.

267

En la práctica, existen discrepancias en algunos de los criterios diagnósticos que deben cumplirse para emitir un juicio clínico, por lo que el diagnóstico diferencial entre los trastornos del espectro autista es complicado en los primeros años de vida. Solamente la evolución posterior permitirá un diagnóstico de certeza.⁶

Presentación del caso

Paciente femenina que se valora por primera vez en la consulta de Psiquiatría Infantil a los 18 meses de edad con los siguientes síntomas: no habla, solo emite chillidos y una jerga ininteligible y sin fin comunicativo; ausencia de una postura anticipatoria para ser cargada; no establece contacto ocular, parece estar desconectada o en su propio mundo; busca la soledad e ignora a otros niños; no señala con el dedo para mostrar o solicitar alguna necesidad; realiza carreritas sin sentido, giros sobre su eje o alrededor de los objetos; presenta estereotipias, manierismos, aleteos frecuentes de manos, balanceos, oscilaciones, falta de espontaneidad, conductas ritualistas (por ejemplo: alinear objetos) y resistencia a los cambios del medio. Camina en puntillas. Se muestra hiperquinética, irritable, a veces agresiva, con trastornos del sueño y del apetito. Se le realizaron varios exámenes complementarios, y los resultados fundamentales fueron los siguientes: electroencefalograma: Normal; potenciales evocados auditivos: Normal; Tomografía axial computadorizada de cráneo: Normal; rayos X de silla turca: Normal; Escala de valoración del autismo infantil (CARS, por su sigla en inglés): 44,5 puntos (compatible con autismo); TSH: 0,88 mUI/L; pruebas metabólicas en orina: negativas; glucemia, urea, colesterol y ácido úrico: normales; coprocultivo: positivo a *Candida albicans*. Se valoró integralmente a la paciente por un equipo multidisciplinario, que emitió el diagnóstico de un autismo infantil (F 84,0) y se estableció un sistema terapéutico Integrado en el que se realizaron acciones interdisciplinarias e intersectoriales, que en este caso fueron efectivas, mediante las que se logró una evolución favorable en las diferentes etapas.

A los nueve años, la paciente tiene una mejoría evidente de los síntomas iniciales, por lo que el equipo multidisciplinario decide reevaluarla teniendo en cuenta los siguientes elementos: a partir de los tres años de edad, logró un lenguaje amplio que fue enriqueciendo paulatinamente, pero sus expresiones son rebuscadas, extremadamente finas, de ritmo lento, pausado y melodía peculiar. No logra mantener la atención, a veces hiperconcentrada (en su mundo) o distractil, tendencia al aislamiento. Preferencia por amigos imaginarios, con los cuales refiere interactuar (los muestra durante las entrevistas), torpeza motora, movimientos estereotipados. Alto nivel de imaginaciones, fantasías, ensueños y simbolismos, perseverancia en temas de interés. Pocas respuestas a las comunicaciones afectivas que recibe de otras personas, tiene poca empatía, entiende débilmente los sentimientos de otras personas, no logra interpretar el doble sentido; en ocasiones, ha tenido reacciones emocionales desproporcionadas. Es muy apegada a los libros y al arte en general, con insinuaciones frecuentes a la ciencia ficción y a las consternaciones. Padece marcados trastornos del sueño e irritabilidad, que puede llegar a la agresividad. En el informe escolar, los maestros refieren un nivel intelectual adecuado, con buena comprensión, abstrae y generaliza adecuadamente, tiene buena memoria. A pesar de sus características, obtiene notas satisfactorias.

En el estudio psicométrico, alcanzó un coeficiente intelectual (CI) superior, con evaluaciones satisfactorias en las escalas verbal y ejecutiva.

Comentario

En la categoría trastornos generalizados del desarrollo, se incluyen en el DSM-IV¹ cinco secciones bien diferenciadas:

- a) Trastorno autista (autismo clásico)
- b) Trastorno de Rett

- c) Trastorno desintegrativo de la infancia
- d) Trastorno de Asperger
- e) Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

El trastorno de Asperger comparte con el autismo clásico las alteraciones cualitativas en la interacción social y los repertorios restringidos y repetitivos, pero no se asocia a déficit intelectual. Estos pacientes adquieren un lenguaje fluido, aun cuando siempre aparecen alteraciones variadas en la pragmática.

Algunos autores^{7,8} plantean que es frecuente que esta categoría sea utilizada con distintos objetivos, lo cual hace más compleja su delimitación:

- Como diagnóstico provisional, cuando no se ha completado la evaluación.
- Para ubicar cuadros de menor gravedad que el trastorno autístico.
- Para cuadros clínicos que comienzan luego de los 36 meses.

Estas categorías diagnósticas constituyen, por el momento, un espectro (trastornos del espectro autista), término introducido por Lorna Wing⁹ que se define como: un trastorno «estático» de inmadurez cerebral, que consiste en un amplio grupo de discapacidades del desarrollo, provocadas por anomalías cerebrales, que se manifiestan por perturbaciones de las relaciones sociales, la conducta y el lenguaje, que duran toda la vida. Ubica al autismo en un amplio rango, o sea, se puede presentar en diversos grados y en diferentes trastornos, con una evolución, mediante tratamiento, hacia la adquisición paulatina de habilidades.

Si bien se plantea que el diagnóstico y la clasificación están vinculados, es un error reducir el diagnóstico a una categoría de la clasificación, pues difícilmente esta pueda expresar las particularidades y la complejidad de cada caso.

El uso de las clasificaciones es útil en tanto unifica criterios, permite un lenguaje común que facilita intercambios e investigaciones; asimismo, sirven de orientación para organizar estrategias de tratamiento y así mejorar los pronósticos de estos graves trastornos del desarrollo.⁹

Los cambios en la nosografía influyen en los estudios de la evolución a largo plazo. Se debe considerar que recién se encuentran en la edad adulta los primeros niños diagnosticados con los términos y los criterios aquí mencionados. A su vez, las investigaciones y la práctica clínica se han focalizado en niños pequeños y existen pocos estudios prospectivos que permitan conclusiones definitivas sobre la continuidad de estos trastornos.

Para un diagnóstico preciso, se requiere de un proceso de evaluación sistemática que incluya entrevistas a padres, familiares, maestros y otros informantes, así como la observación del niño en condiciones de actividad libre y estructurada, la aplicación de instrumentos, complementarios de evaluación y la realización de estudios electroencefalográficos, metabólicos, genéticos y otras evaluaciones específicas.⁵

En la paciente presentada es evidente que desde los primeros meses de vida se evidenciaron elementos de los trastornos del espectro autista en la conducta de la lactante, que evolucionaron de diferentes maneras. Se realizó un diagnóstico precoz y se aplicó un tratamiento intensivo, con una buena colaboración familiar y psicopedagógica, que facilitaron la evolución favorable de la niña.

El hecho de contar en nuestra provincia con un equipo multidisciplinario e intersectorial para el diagnóstico y el seguimiento del niño y su familia, permite poder establecer un diagnóstico diferencial, reevaluar el caso sistemáticamente y aplicar un sistema terapéutico integrado sobre la base de las diferencias individuales de cada paciente y su entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos generalizados del desarrollo. DSM IV. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 69-82.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. En: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. 10ma. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1994.
3. Otero Álvarez A. Tercer glosario cubano de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
4. Naranjo Álvarez RJ. El autismo. Generalidades, neurobiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Hosp Psiquiatr Habana [internet]. 2011 [citado 21 jul. 2014];8(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph13111.html>
5. Gutiérrez Baró E. Autismo infantil. En: Rodríguez Menéndez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p.139-46.
6. Cererols R. ¿Qué es el Asperger? En: Descubrir el Asperger [internet]. Valencia: Psylicom Ediciones; 2011 [citado 21 jul. 2014]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=ybRYal2ggAAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Cererols+R.+Descubrir+el+Asperger.&ots=a_jyMumWEC&sig=xfL9777bQmdl3otXhW11pt_QUjE&redir_esc=y#v=onepage&q=Cererols%20R.%20Descubrir%20el%20Asperger.&f=false
7. Gómez Leyva I. El autismo. Atención educativa a niños autistas. En: Escolares con necesidades educativas especiales, selección de temas. La Habana: Pueblo y Educación; 2011. p. 172-5.
8. Wing L. El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia [internet]. Barcelona: Paidós; 2012 [citado 26 sep. 2014]. Disponible en: http://www.escuchameonline.com/cuestionarios/Lorna_Wing_El_Autismo_En_Ni%C3%B1os.pdf
9. Benítez Gort N, Velázquez Argota J, Castro Peraza M. Consideraciones teóricas sobre patoplastia en comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes discapacitados cognitivos. Rev Hosp Psiquiatr Habana [internet]. 2010 [citado 21 jul. 2011];7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0210/hph09210.html>

Recibido: 10 de julio de 2014

Aprobado: 31 de enero de 2015

MSc. Dr. Omar Hernández Rivero. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría Infantil. Master en Estudios Sociales. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: omarhr2610@gmail.com