

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO MUY TEMPRANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

## RESUMEN

La esquizofrenia de inicio muy temprano es un trastorno psiquiátrico poco frecuente. Presenta criterios diagnósticos similares a la población adulta, sin embargo los niños presentan cuadros clínicos con características particulares. El inicio es más insidioso, hay mayor sintomatología premórbida, con etapas poco diferenciadas, menor respuesta al tratamiento, más hospitalizaciones y por lo tanto, peor pronóstico. Cuando la esquizofrenia inicia antes de los 13 años de edad, se asocia con mayor carga genética que en las presentaciones que inician en la adultez y con hallazgos en neuroimágenes similares. Se presenta un caso clínico de un niño de 8 años de edad con sintomatología compatible con esquizofrenia de inicio muy temprano.

## PALABRAS CLAVES:

Esquizofrenia; Niños; Psicosis.

## ABSTRACT

Very early onset schizophrenia is a rare psychiatric disorder. It presents similar diagnostic criteria to the adult population, however, children present clinical symptoms with particular characteristics. The very early onset schizophrenia presentation is more insidious, there are greater premorbid symptoms with poorly differentiated stages, less response to treatment, more hospitalizations and, therefore, a worse prognosis. When schizophrenia begins before the age

---

## AUTORES:

---

BALLÓN MJ<sup>1</sup>, 

LUISI C<sup>1</sup>, 

MANRÍQUEZ CANALES CR<sup>1</sup>, 

<sup>1</sup>Servicio de Salud Mental. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de la Plata<sup>4</sup> Instituto Biológico "Dr. Tomás Perón", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: MARIA JOSE BALLON

E-mail: mariajoseballon@gmail.com

---

of 13, it is associated with a greater genetic load than presentations that begin in adulthood and with similar neuroimaging findings. A clinical case of an 8-year-old boy with symptoms compatible with very early onset schizophrenia is presented.

**KEYWORDS:**

Schizophrenia; Children; Psychosis.

**INTRODUCCIÓN**

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza clínicamente por presentar alucinaciones, ideas delirantes, desorganización en el pensamiento y la conducta y síntomas negativos. Su prevalencia en la población general es del 1% y su diagnóstico es habitual en los servicios de salud mental que asisten a tal población. Sin embargo, cuando este trastorno inicia antes de los 13 años, presenta menor prevalencia y características clínicas particulares. En esta etapa infantil se denomina esquizofrenia de inicio muy temprano <sup>1,2</sup>.

En los niños, las etapas de este trastorno no están claramente diferenciadas. Hay importante sintomatología premórbida reportada en el 60% de los pacientes de la que se destaca retraso en la adquisición de pautas madurativas <sup>3,4</sup>, las alteraciones del lenguaje <sup>2</sup>, las alteraciones cognitivas y de las funciones ejecutivas, irritabilidad, berrinches, las conductas auto y heteroagresivas y el comportamiento bizarro <sup>5,6</sup>. También se manifiestan alteraciones en las relaciones sociales como aislamiento, desconfianza y respuestas agresivas <sup>7</sup>.

Luego, los síntomas psicóticos inician en promedio a los 6-8 años de manera insidiosa y solapándose con la sintomatología premórbida. Sus características dependen de la etapa del desarrollo del niño, siendo difícil que los identifiquen y logren comunicarlos <sup>2,3,6</sup>.

Las alucinaciones presentes en niños menores de 13 años involucran múltiples esferas sensoriales, a predominio auditivas, seguidas de las visuales. Se acompañan de intensa movilización afectiva y conductual <sup>3,8,9</sup>.

El pensamiento se presenta con discurso incoherente, confuso, sin idea directriz, poco comunicativo, en ocasiones difícil de distinguirlo de trastornos del lenguaje. Los delirios son poco frecuentes, en caso de presentarse inician alrededor de los 10 años. Poseen escasa elaboración y son poco sistematizados. Las temáticas más frecuentes son las paranoides, autorreferenciales, de pérdida de identidad o somáticos. El dibujo se caracteriza por ser poco delimitado y desorganizado. Carece de armonía, de relaciones reales, integración de objetos y su aspecto suele ser monstruoso <sup>10</sup>. En el juego predomina el componente motor, la agresividad y la poca tolerancia a la frustración <sup>11</sup>.

A su vez, los niños con esquizofrenia de inicio muy temprano presentan mayor prevalencia de familiares con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia y alteraciones en las neuroimágenes compatibles con las observadas en la población adulta con este diagnóstico <sup>3,4,12,13</sup>.

La esquizofrenia de inicio muy temprano es un trastorno poco frecuente y de

difícil diagnóstico. En niños el cuadro clínico es más grave, presenta peor funcionamiento social, menor respuesta al tratamiento, más hospitalizaciones y por lo tanto peor pronóstico, respecto al inicio en edades más tardías. Se considera que su diagnóstico temprano es fundamental para poder realizar intervenciones adecuadas en el momento oportuno <sup>14,15</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se describe el caso de un paciente masculino de 8 años de edad derivado por la psicóloga tratante y que realizó tratamiento en consultorios externos del área de psiquiatría infantojuvenil del Servicio de Salud Mental del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata en el año 2022.

Como motivo de consulta se refieren conductas heteroagresivas de 4 meses de evolución, de frecuencia diaria en ámbito escolar, conductas desafiantes, agresividad verbal en su hogar e irritabilidad intermitente sin desencadenante aparente. En la primera entrevista también se destacó tendencia al aislamiento, dificultades en la interacción con pares durante el juego y retraso en la adquisición de la lectoescritura. Los síntomas conductuales tuvieron un impacto en su funcionamiento social y académico, y por tal motivo concurría a la escuela con reducción horaria. Presentaba antecedentes de trastorno del lenguaje, alteraciones en la motricidad fina y síntomas conductuales. A los 3 años de edad, realizó tratamiento por fonoaudiología y psicopedagogía.

Como antecedentes personales, durante el embarazo, su madre presentó colestasis. El niño no presentó otros antecedentes clínicos significativos. La evaluación clínica y neurológica fue dentro de parámetros normales.

Dentro de los antecedentes psiquiátricos familiares se destacó que su madre presentó al menos cuatro intentos de suicidio asociados a episodios depresivos sin diagnóstico ni tratamiento. Un tío paterno y uno materno fallecieron como consecuencia de suicidio, teniendo este último, diagnóstico de esquizofrenia.

Durante las evaluaciones psicopatológicas el paciente se presentó con textura física acorde a la edad, facies, postura y marcha sin particularidades. Vestimenta acorde a edad y clima. Vigil, colaborador, inquieto, disprosérico, verborrágico, con dislalias y neologismos durante su discurso y conductas desorganizadas. Refería y se infería de su conducta alteraciones sensorio-perceptivas que movilizaban su afecto y su conducta. A pesar de las dificultades para comunicar la sintomatología, logró mencionar alucinaciones auditivas injuriantes y de comando, visuales y táctiles. El pensamiento se mostraba incoherente y su contenido reflejaba ideas de tinte delirante paranoide y místico religioso poco sistematizadas que movilizaban su afecto y conducta. El sueño y orexia estaban conservados.

El paciente presentaba síntomas y antecedentes compatibles con esquizofrenia de inicio muy temprano.

Se realizó tratamiento psicofarmacológico con el cual se logró remisión parcial de la sintomatología.

## DISCUSIÓN

Los síntomas y antecedentes presentados por el paciente fueron compatibles con esquizofrenia de inicio muy temprano, al igual que los que se mencionan en la bibliografía revisada. El niño presentaba heteroagresividad e irritabilidad, síntomas que se mencionan como alteraciones conductuales de la etapa premórbida<sup>6</sup>. Sin embargo también es posible pensar tal sintomatología como la movilización conductual y anímica de fenómenos sensorperceptivos. Esta es una dificultad en la evaluación y diagnóstico en los niños, ya que los síntomas son inespecíficos y difíciles de precisar.

En la evaluación también se manifestaron alucinaciones auditivas, visuales y cenestopáticas, como muestra la bibliografía, en niños es frecuente que múltiples modalidades sensoriales estén afectadas<sup>9</sup>. Tales síntomas se presentaron de forma insidiosa y con escasa claridad del paciente para expresarlo. Las ideas delirantes se objetivaron con poca elaboración, lo cual es compatible con lo que se menciona en la literatura<sup>10</sup>.

El juego no es acorde a la edad cronológica, posee escasa interacción con pares, la temática persiste restringida a situaciones violentas, de huida y terror<sup>11</sup>. Los antecedentes personales que se destacan en el paciente, como el retraso en la adquisición de pautas madurativas motoras y cognitivas, al igual que los trastornos del lenguaje, son características del período premórbido de la esquizofrenia<sup>2,4</sup>.

Los antecedentes familiares de trastornos del espectro de la esquizofrenia y suicidios consumados son factores relevantes para pensar en una mayor carga genética, que condiciona una presentación más temprana y más grave del trastorno en este niño. Se menciona en la literatura que hay mayor prevalencia de estos antecedentes familiares en niños con esquizofrenia de inicio muy precoz en comparación a niños de la población general y presentaciones de esquizofrenia de inicio más tardío<sup>3,12</sup>.

El diagnóstico de la esquizofrenia en niños menores de 13 años es difícil por las características clínicas particulares y síntomas inespecíficos dependientes del desarrollo, asociados a dificultades de los niños para expresarlos. Además, se cuenta con bibliografía escasa, pocos estudios, muestras pequeñas y ausencia de criterios diagnósticos específicos para la población infantil.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernandez A, Drozd MM, Thümmler S, Dor E, Capovilla M, Askenazy F, Bardoni B. Childhood-onset schizophrenia: a systematic overview of its genetic heterogeneity from classical studies to the genomic era. *Frontiers in Genetics*. 2019; 10, 1137.
2. Fournere P, Georgieff N, Franck N. La schizophrénie infantile: données actuelles et principes de prise en charge thérapeutique. *Archives de pédiatrie*. 2013; 20(7), 789-799.
3. Da Fonseca D. La schizophrénie de l'enfance. *L'Encéphale*. 2009; 35, S6-S9.
4. Jaaro-Peled H, Sawa A. Neurodevelopmental factors in schizophrenia. *Psychiatric Clinics*. 2020; 43(2), 263-274.
5. Frangou S. Neurocognition in early-onset schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2013; 22(4), 715-726.
6. Eggers C, Bunk D. Frühentwicklung kindlicher Schizophrenien. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*. 2009; 77(10), 558-567.
7. Harvey PD, Isner EC. Cognition, social cognition, and functional capacity in early-onset schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2020; 29(1), 171-182.
8. David CN, Greenstein D, Clasen L, Gochman P, Miller R, Tossell JW, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(7), 681-686.
9. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2016; 26(5), 410-427.
10. Sikich L. Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2013; 22(4).
11. López SH, Gàmez DE, Fontcuberta SD. Niños en riesgo de psicosis. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 2019; (34), 9-22.
12. Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Research Reviews*. 2000; 31(2-3), 147-156.
13. McCutcheon RA, Marques TR, Howes OD. Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*. 2020; 77(2), 201-210.
14. Clemmensen L, Vernal DL, Steinhausen HC. A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC psychiatry*. 2012; 12(1), 1-16.
15. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta analysis. *Early intervention in psychiatry*. 2017; 11(6), 453-460.