



RECUPERANDO CONCEPTOS DEL PASADO, A PROPÓSITO DE UN CASO DE PARAFRENIA TARDÍA

María García Moreno, Ana de Cós Milas, M^a Belén Poza Cano, Laura Beatobe Carreño, Ángela Izquierdo de la Puente, Pablo del Sol Calderón

Mujer de 69 años que inicia seguimiento ambulatorio por sintomatología ansioso-depresiva. Destaca hipercolesterolemia y discreta hipoacusia, en ausencia de antecedentes psiquiátricos de interés. Vive sola. Recibía tratamiento con citalopram 20 mg desde hacía 6 meses, pautado por MAP por empeoramiento anímico: ánimo triste apatía, irritabilidad, pérdida de interés en actividades gratificantes, hipohedonia, sueño fragmentado, pensamientos rumiativos en torno a cuestiones vitales, angustia, llanto fácil y fallos cognitivos. Se establece diagnóstico de episodio depresivo moderado y se decide cambio a vortioxetina con lo que experimenta mejoría anímica significativa. No obstante surgen en la evolución síntomas en la esfera psicótica (ideación delirante de perjuicio, vigilancia, fenómenos autorreferenciales e interpretaciones delirantes) que se sitúan en primer plano y que ceden al introducir tratamiento antipsicótico con quetiapina. Ante la mejoría observada y coincidiendo con cambio temporal de residencia la paciente abandona unilateralmente la medicación pautada manteniendo estabilidad clínica hasta que 6 meses después reaparece la sintomatología psicótica con autorreferencialidad, ideación delirante de perjuicio / vigilancia, múltiples interpretaciones delirantes en diversos ámbitos y alteraciones sensorio-perceptivas en la vía auditiva. Aunque esta creencia le genera angustia y cierto retraimiento, mantiene autonomía, capacidad de autocuidado y adecuada resonancia afectiva. Es atendida con carácter de urgencia por la clínica referida, se establece diagnóstico de Trastorno de ideas delirantes persistentes según la clasificación actual CIE10 reinstaurándose tratamiento con quetiapina en pauta ascendente hasta 500 mg DMD; al no objetivarse clínica afectiva franca se decide actitud expectante y no se reintroduce de entrada la pauta antidepressiva. La clínica descrita mejora progresivamente; si bien no desaparece por completo se distancia afectivamente de la misma y es capaz de realizar crítica bastante adecuada de lo sucedido. Se mantiene funcional, permanece eutímica y no muestra signos de deterioro. Las psicosis de inicio tardío han recibido diferentes denominaciones. Desde una perspectiva

fenomenológica, Kraepelin define la Parafrenia en 1913 rescatando aquellos casos de psicosis tardía con delirios sistematizados, curso menos deteriorante y personalidad y respuesta afectiva bien preservada. Atendiendo a edad y nosología Bleuler define la Esquizofrenia tardía como una forma de inicio a partir de los 40-60 años y por último Roth en 1995 nos describe la Parafrenia tardía en base a la presencia de delirios bien sistematizados – fundamentalmente de perjuicio – con adecuada respuesta afectiva y curso no deteriorante de aparición después de los 60 años en ausencia de factores hereditarios, de predominio en mujeres con aislamiento, déficit sensorial y/o alteraciones vasculares. Respecto a los sistemas actuales de clasificación el DSM5 acepta únicamente criterios clínicos de esquizofrenia con especificación de inicio tardío y la CIE10 incluye la parafrenia tardía dentro de los trastornos delirantes crónicos. Aunque se excluya cómo categoría diagnóstica consideramos que la parafrenia tardía debería contemplarse dentro del diagnóstico diferencial de las psicosis de inicio tardío al tratarse de un complejo sintomático que bien podría encuadrarse a mitad de camino entre la esquizofrenia y la paranoia, con menos deterioro respecto a la primera y con la presencia de una expresión polimorfa del contenido delirante que le aleja de la segunda.