

Reporte de caso

Adolescente con episodio psicótico agudo y síntomas afectivos, desafíos diagnósticos en un contexto de neurodesarrollo atípico: A propósito de un caso.

Juan Felipe Garavito Chilatra¹, María Fernanda Bonilla Osorio².

¹ Médico General, Universidad del Rosario.

² Psiquiatra infantil, Coordinadora del servicio de psiquiatría infantil, Clínica Montserrat – Hospital Universitario.

Correspondencia: juanfelipegaravito11@gmail.com

Resumen

Introducción: El diagnóstico de trastornos psicóticos en adolescentes con antecedentes de trastornos del neurodesarrollo representa un reto clínico significativo. La superposición de síntomas y las múltiples comorbilidades pueden dificultar una intervención oportuna.

Objetivo: Ilustrar la complejidad diagnóstica y terapéutica de un episodio psicótico agudo en un adolescente con antecedentes de TDAH, retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, e hipoxia neonatal, destacando los desafíos clínicos en esta población.

Metodología: Reporte de caso clínico.

Resultados: Se describe el caso de un adolescente de 16 años con historia de conductas disruptivas, síntomas psicóticos, episodios de agitación psicomotora severa, hipersexualidad, y cambios afectivos, con múltiples ingresos hospitalarios y un curso clínico fluctuante. Se exponen los abordajes diagnósticos y terapéuticos empleados, incluyendo el uso combinado de antipsicóticos y el seguimiento por clínica diurna.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de una evaluación integral y multidisciplinaria en adolescentes con sintomatología psiquiátrica grave y antecedentes de neurodesarrollo alterado. La identificación temprana, un enfoque terapéutico flexible y el seguimiento estrecho son fundamentales para lograr estabilización clínica.

Palabras clave: psicosis, adolescencia, TDAH, retraso del desarrollo, antipsicóticos atípicos.

Abstract

Introduction: The diagnosis of psychotic disorders in adolescents with a history of neurodevelopmental conditions poses a significant clinical challenge. Symptom overlap and multiple comorbidities can difficult a timely intervention.

Objective: To illustrate the diagnostic and therapeutic complexity of an acute psychotic episode in an adolescent with a history of ADHD, psychomotor and language developmental delay, and neonatal hypoxia, highlighting the clinical challenges in this population.

Methodology: Case report.

Results: This is the case of a 16-year-old adolescent with a history of disruptive behavior, psychotic symptoms, episodes of severe psychomotor agitation, hypersexuality, and affective changes, with multiple hospital admissions and a fluctuating clinical course. The diagnostic and therapeutic approaches employed are described, including the combined use of antipsychotics and follow-up through a day hospital program.

Conclusions: This case highlights the importance of a comprehensive and multidisciplinary assessment in adolescents with severe psychiatric symptoms and altered neurodevelopment. Early identification, flexible therapeutic strategies, and close follow-up are essential to achieving clinical stabilization.

Keywords: psychosis, adolescence, ADHD, developmental delay, atypical antipsychotics.

Introducción

El diagnóstico de trastornos psicóticos en adolescentes representa un desafío clínico significativo, particularmente cuando coexisten antecedentes de trastornos del neurodesarrollo como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (1), retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, o eventos neurológicos tempranos como la hipoxia neonatal. Estas condiciones predisponen a una presentación atípica y frecuentemente solapada de los síntomas, dificultando la identificación temprana de un cuadro psicótico primario o afectivo.

Los adolescentes con historia de neurodesarrollo alterado pueden manifestar síntomas psicopatológicos inespecíficos, como conductas desorganizadas, fluctuaciones emocionales, impulsividad, hipersexualidad o alteraciones del juicio, que pueden confundirse con rasgos propios del TDAH o con crisis reactivas propias de esta etapa evolutiva (1,2). No obstante, en algunos casos estos síntomas evolucionan hacia cuadros francos

de psicosis aguda, catatonia o episodios afectivos con características psicóticas, que requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico urgente e integral (3).

La catatonia en adolescentes, aunque infrecuente, es una entidad que puede observarse en el contexto de psicosis funcionales o secundarias a condiciones médicas y neurológicas (3). Su identificación requiere el uso de escalas clínicas específicas, como la Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) (4), dado que los síntomas pueden pasar inadvertidos o malinterpretarse como negativismo o trastornos de conducta.

El presente reporte de caso expone la compleja evolución clínica de un adolescente con antecedentes neuropsiquiátricos, quien desarrolló un cuadro psicótico agudo con síntomas catatónicos, conductas desorganizadas e hipersexuales, en el contexto de múltiples factores predisponentes y estresantes psicosociales. Se discuten los hallazgos clínicos, la evolución, los abordajes diagnósticos y el manejo psicofarmacológico empleado.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 16 años, estudiante de grado once, con antecedentes personales de TDAH, retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, e hipoxia neonatal secundaria a abruptio de placenta, con Apgar al nacimiento de 4/10. En evaluación neuropsicológica se documentó un coeficiente intelectual en el rango bajo del promedio (CIT: 88), interpretado como límite por el carácter heterogéneo del perfil neuropsicológico. Vive con sus padres y un hermano menor, con antecedentes de conflictos familiares y dificultades de adaptación escolar.

Previo al primer ingreso psiquiátrico, presentó un cuadro progresivo de dos meses de evolución de alteraciones comportamentales, desbordes emocionales, insomnio, irritabilidad, oposición marcada, hipersexualidad y verbalizaciones de tipo grandioso. Su conducta en redes sociales incluyó la publicación de imágenes de contenido sexual, denotando desinhibición y juicio comprometido.

El ingreso hospitalario inicial se originó tras un episodio de agitación psicomotora severa, que incluyó mutismo, negativismo, conductas desorganizadas y agresividad, requiriendo contención mecánica y sedación intramuscular con olanzapina 5 mg.

Durante la evolución, se identificaron síntomas psicóticos como alucinaciones auditivas, delirios de persecución, referencia y grandeza, asociación laxa de ideas, conducta desorganizada y sínto-

mas afectivos fluctuantes. Fue evaluado inicialmente con la escala de Bush-Francis para catatonía, obteniéndose un puntaje de 12, compatible con catatonía moderada, lo que justificó un esquema inicial de sedación intensiva.

En distintos momentos del tratamiento, el paciente requirió manejo con múltiples psicofármacos, que se resumen en la tabla 1.

Se documentaron varios episodios de agitación con contención mecánica prolongada, conductas hipersexuales, verbales y gestuales, así como cuadros de encapsulamiento afectivo y mutismo. En una etapa avanzada, tras aproximadamente 3–4 días de tratamiento intrahospitalario, al descender la severidad clínica, se aplicó nuevamente la escala de Bush-Francis, con puntaje de 2 puntos, indicando una evolución favorable de la sintomatología catatónica.

Los estudios de extensión, incluyendo resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral, RMN de silla turca y electroencefalograma (EEG), resultaron dentro de límites normales, lo que permitió descartar un origen orgánico del cuadro. Se consideraron diagnósticos diferenciales como encefalitis autoinmune, epilepsia no convulsiva y esquizofrenia de inicio temprano. Sin embargo, los estudios de extensión no evidenciaron etiología orgánica y la evolución clínica no permitió confirmar un trastorno psicótico primario en el momento.

Tras la estabilización clínica progresi-

Tabla 1. Tratamiento psicofarmacológico durante la evolución clínica

Medicamento	Dosis	Indicación	Evolución
Quetiapina	Vía oral: 25 mg noche, luego 12,5 mg cada 8–12 horas	Manejo inicial de insomnio, irritabilidad y síntomas conductuales	Inicio ambulatorio y durante primeras hospitalizaciones; suspendida por respuesta parcial e inestabilidad clínica
Risperidona	Vía oral: 0,5 mg cada 6 horas; posteriormente 1 mg cada 12 horas.	Manejo de síntomas psicóticos persistentes	Introducida tras descartar etiología orgánica; mantenida al egreso con buena respuesta clínica.
Fluoxetina	Vía oral: 20 mg al día	Manejo de síntomas ansiosos y afectivos	Introducida en fases tardías; mantenida al alta ambulatoria
Aripiprazol	Vía oral: 15 mg al día	Intento de control de síntomas psicóticos	Uso intermedio; suspendido por pobre respuesta clínica y efectos adversos
Olanzapina	Vía oral: esquema de titulación progresiva hasta 10 mg cada 12 horas Intramuscular: hasta 10 mg cada 12 horas	Control de síntomas psicóticos, catatónicos y agitación psicomotora	Fármaco principal en fases agudas; utilizada vía oral como mantenimiento y por vía intramuscular durante episodios de agitación severa
Midazolam	Intramuscular: 5 mg	Sedación de emergencia durante agitación severa	Uso intermitente en fases agudas junto a contención mecánica

va, se documentó mejoría en el patrón de sueño, regulación del afecto, mayor crítica de síntomas y participación en el entorno terapéutico. Fue dado de alta con manejo ambulatorio por psiquiatría infantil, psicoterapia individual y familiar, además de la continuidad del tratamiento en la clínica diurna. El diagnóstico de egreso correspondió a “Otros trastornos psicóticos agudos transitorios” (CIE-10: F23,8).

Discusión

El caso expuesto refleja la complejidad del abordaje psiquiátrico en adolescentes con antecedentes de neurodesarrollo atípico, especialmente cuando cursan con cuadros psicóticos agudos. La presencia de TDAH, retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, así como una hipoxia neonatal severa, son factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar trastornos mentales

graves y a su vez dificultan la precisión diagnóstica en etapas tempranas (2).

La evolución clínica del paciente estuvo marcada por la coexistencia de síntomas afectivos, psicóticos y conductuales. Inicialmente se observaron episodios de desregulación emocional, impulsividad, comportamiento oposicionista e hipersexualidad, que progresaron hacia síntomas psicóticos francos con alucinaciones, delirios y desorganización conductual, acompañados de signos catatónicos. Estas manifestaciones complejas obligan al clínico a considerar diagnósticos diferenciales como esquizofrenia de inicio temprano (5), trastorno depresivo con síntomas psicóticos, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista y encefalitis autoinmune (6).

En este contexto, fue de gran utilidad la Escala de Catatonía de Bush-Francis, herramienta que permitió cuantificar objetivamente los signos catatónicos (4). El paciente presentó inicialmente un puntaje de 12, compatible con catatonía moderada, lo cual sustentó la necesidad de contención farmacológica intensiva. Respecto al tratamiento, se exploraron múltiples estrategias psicofarmacológicas. El manejo combinó antipsicóticos atípicos como quetiapina, risperidona, aripiprazol (7) y olanzapina (8), con la adición de fluoxetina para el componente ansioso y afectivo. La olanzapina se destacó como uno de los fármacos más eficaces en el control de los síntomas psicóticos y la agitación, tanto en su presentación oral como intramuscular (8). Sin embargo, se documentaron

efectos adversos como hiperprolactinemia, observada con risperidona (7), y sedación excesiva, lo que exigió ajustes terapéuticos durante la hospitalización.

Pese a los estudios de extensión realizados, no se evidenció una causa orgánica clara para la descompensación psiquiátrica, lo que orientó el diagnóstico hacia un trastorno psicótico no especificado (5) en el contexto de comorbilidades del neurodesarrollo. Cabe destacar que algunos síntomas, como las conductas hipersexuales y los episodios afectivos leves, podrían corresponder a un espectro afectivo más amplio, que requerirá un seguimiento longitudinal para evaluar una posible evolución hacia un trastorno bipolar u otra condición afectiva mayor (6,9).

En este contexto, fue de gran utilidad la Escala de Catatonía de Bush-Francis, herramienta que permitió cuantificar objetivamente los signos catatónicos (4). El paciente presentó inicialmente un puntaje de 12, compatible con catatonía moderada, lo cual sustentó la necesidad de contención farmacológica intensiva. Respecto al tratamiento, se exploraron múltiples estrategias psicofarmacológicas. El manejo combinó antipsicóticos atípicos como quetiapina, risperidona, aripiprazol (7) y olanzapina (8), con la adición de fluoxetina para el componente ansioso y afectivo. La olanzapina se destacó como uno de los fármacos más eficaces en el control de los síntomas psicóticos y la agitación, tanto en su presentación oral como intramuscular (8). Sin embargo, se documentaron

efectos adversos como hiperprolactinemia, observada con risperidona (7), y sedación excesiva, lo que exigió ajustes terapéuticos durante la hospitalización.

Pese a los estudios de extensión realizados, no se evidenció una causa orgánica clara para la descompensación psiquiátrica, lo que orientó el diagnóstico hacia un trastorno psicótico no especificado (5) en el contexto de comorbilidades del neurodesarrollo. Cabe destacar que algunos síntomas, como las conductas hipersexuales y los episodios afectivos leves, podrían corresponder a un espectro afectivo más amplio, que requerirá un seguimiento longitudinal para evaluar una posible evolución hacia un trastorno bipolar u otra condición afectiva mayor (6,9).

Finalmente, el abordaje integral del paciente incluyó intervenciones farmacológicas, contención ambiental, psicoterapia individual y familiar, y seguimiento por clínica diurna, evidenciando la importancia de un enfoque multidisciplinario y progresivo para lograr la estabilización clínica en adolescentes con presentaciones psiquiátricas complejas. Este caso subraya la necesidad de contar con equipos entrenados en salud mental infanto-juvenil, que permitan reconocer signos tempranos de descompensación y establecer un tratamiento individualizado y flexible.

Consideraciones éticas

Se obtuvo consentimiento informado por escrito para la publicación anónima del caso con fines académicos y científicos.

La información se manejó de manera anónima y confidencial, conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente sobre investigación y protección de datos personales.

Referencias

1. Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, et al. Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(3):227–46.
2. Kumra S, Schultz D. Early-onset schizophrenia: diagnostic challenges and treatment considerations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018;27(1):53–72.
3. Dhossche D, Wachtel L, Goetz M. Catatonia in psychiatric illnesses and general medical conditions: a review. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64(5):392–402.
4. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(2):129–36.
5. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(9):976–990.
6. Sharma AN, Pandey GN, Mishra BR. Catatonia: a neurobiological overview. *Schizophr Res*. 2020;215:45–52.
7. Findling RL, Drury SS, Jensen PS, Rapoport JL. Psychopharmacology for children and adolescents with major psychiatric disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. p. 3492–3515.
8. Stepanova E, Findling RL. Psychopharmacology of bipolar disorder in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58(6):173–187.
9. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child Mania Rating Scale: development, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):550–560.