

El Síndrome de Bleuler: Una nueva interpretación sobre la esquizofrenia y el autismo

Juanico Martínez Sofía^{1,a} Silva Bustillos Ricardo^{2,b}

Recibido 1 de Mayo y Aceptado el 17 de Mayo del 2013

¹ Instituto Montenegro para la Investigación del Autismo y de las Ciencias de la Salud Aplicadas a la Cognición. Directora de Investigación y Docencia

² Universidad Simón Bolívar - Dpto. de Procesos Biológicos, Sección de Biofísica y Bioingeniería

^a Doctora

^b Ph.D

RESUMEN

El presente artículo ofrece los resultados obtenidos durante seis años de investigación sobre dos casos de esquizofrenia y ocho de autismo, en personas de ambos géneros con edades comprendidas entre 37 a 59 años.

El estudio se efectuó en base al rescate de los postulados originales de la esquizofrenia y autismo de Paul Eugene Bleuler. Las pruebas realizadas evidenciaron la relación biológica versus brote psicótico; se demostró la etiología biológica de la entidad; se probó la vigencia de los síntomas originales de Bleuler (Fundamentales y Accesorios); se detectaron tres nuevos síntomas Fundamentales, y se validó el Protocolo Montenegro como método de recuperación para adultos. Durante el lapso en que la clínica se prolongó, se recolectó evidencia suficiente para proponer un nuevo modelo denominado el Síndrome de Bleuler (SB), en el que se agrupan todas aquellas entidades con alteración del proceso psíquico sin presencia de deterioro cerebral.

Palabras Clave:

Esquizofrenia, Autismo, Síndrome de Bleuler, Trastorno Biocognitivo.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia y el autismo fueron dos neologismos creados en 1911 por el psiquiatra suizo Paul Eugene Bleuler. La esquizofrenia, fue presentada por Bleuler como una división/escisión de los procesos psíquicos; como un evento en el cual la formación de ideas quedaba detenida, es decir: una patología que, como característica fundamental, se encontraba exenta de deterioro mental, siendo el autismo un síntoma fundamental de la esquizofrenia¹.

Con la Esquizofrenia, Bleuler rompe con la clasificación diagnóstica vigente para la época (la "Demencia Precoz" de Emil Kraepelin) al poder demostrar, inequívocamente, que no todas las personas con conductas alienadas debían ser consideradas como dementes, con lo cual la historia da inicio a la recuperación masiva

ABSTRACT

This article presents the results obtained during six years of research on two cases of schizophrenia and eight of autism in people of both sexes aged 37-59 years.

The study was conducted based on the rescue of the original tenets of Paul Eugene Bleuler's schizophrenia and autism. Tests demonstrated the biological etiology of the entity. We tested the effect of the original symptoms Bleuler (Fundamental & Accessories), detected three new fundamental symptoms and validated the Montenegro Protocol for adult recovery. During the period of the study, we collected enough evidence to propose an alternative definition, the Bleuler Syndrome (SB) that groups all of those entities with cognitive disorders but without mental retardation.

Keywords:

Schizophrenia, Autism, Bleuler Syndrome, Biocognitive Disorder.

de miles de individuos que por primera vez tendrían la oportunidad de optar por un tratamiento adecuado a su verdadera condición^{1,2}.

Sin embargo, ni los magníficos hallazgos realizados por Bleuler, ni el avance tecnológico experimentado por la ciencia, pudieron impedir que la esquizofrenia y el autismo entraran al siglo XXI en el marco de los trastornos menos conocidos de la clínica contemporánea.

Por ello, y debido a que las actuales descripciones de la esquizofrenia y autismo no ayudaron al equipo que condujo esta investigación a comprender la patogénesis de las referidas entidades, con la presente clínica se dio inicio al estudio y validación de la posible vigencia de los postulados originales de la esquizofrenia y autismo de Paul Eugene Bleuler a la luz de las nuevas tecnologías (tomografías, endoscopias, exámenes biológicos

de alta complejidad, intervención médica y nutricional-otras-); para lo cual también se crearon instrumentos de diagnóstico y métodos de recuperación diseñados especialmente para cubrir necesidades en personas adultas afectadas por dichas patologías.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Existen al respecto de la esquizofrenia y el autismo, tres errores de diferenciación y una circunstancia histórica que hacen que en la actualidad la esquizofrenia y el autismo sea considerado por muchos como un autentico misterio.

La circunstancia histórica se refiere al hecho de que los hallazgos de Bleuler -escritos originalmente en alemán- sólo fueron traducidos al inglés cincuenta años después de su publicación³. Es decir, no eran conocidos por la psiquiatría estadounidense -que luego de la segunda guerra mundial- ostentaría el monopolio en el área sustituyendo la hegemonía que hasta entonces había descansado en la escuela alemana y francesa de psiquiatría⁴.

El hecho de que gran parte del legado alemán fuera desconocido por tantas décadas, creó una brecha en el conocimiento colectivo que propició tres errores de diferenciación diagnóstica que hoy hacen que la esquizofrenia y el autismo sean tan difíciles describir.

El primero: se sucede en 1945, cuando Leo Kanner utiliza el término autismo para intitular un nuevo síndrome cuando el vocablo ya daba nombre a uno de los síntomas de la esquizofrenia de Bleuler; a partir de entonces hubo un síntoma y un síndrome llamados autismo⁵.

El segundo: cuando Kurt Schneider invierte al jerarquía de los síntomas Fundamentales y Accesorios de la Esquizofrenia de Bleuler, llamando a la nueva teoría del mismo modo, es decir: esquizofrenia; esto hizo que desde ese momento existieran dos síndromes de patogénesis distintas pero con la misma definición⁶.

El tercero: en 1981 cuando Lorna Wing da a conocer los hallazgos del psiquiatra austriaco Hans Asperger; asociando, insospechadamente, el autismo con el retardo mental y otras enfermedades degenerativas⁷, (cuando el autismo como síntoma de la esquizofrenia nació libre de desintegración). Con relación a Asperger es de notar que el trabajo de este investigador (más de 40 años de éxitos irrefutables) tuvo el mismo destino que los postulados de Bleuler, es decir: no fue traducido al inglés sino 37 años después de su publicación^{8,9}.

*Dra. Martínez Juanico S. y Col. El Síndrome de Bleuler:
Una nueva interpretación sobre la esquizofrenia y el autismo*

Luego de conocida la obra de Bleuler, se producen nuevas y muy combinadas interpretaciones de la esquizofrenia y el autismo -pero como las anteriores- basadas en la observación de las características de la conducta, es decir: las hipótesis carecían de todo método clínico (exámenes de laboratorio, resonancias magnéticas, intervenciones nutricionales o médicas comparadas, pruebas de placebo o estudios psicométricos) a través del cual pudiera probarse la existencia de un nuevo Diagnóstico Diferencial confiable; lo anteriormente descrito, devela las razones por las cuales en la actualidad la CIE-10 y el DSM-V contienen tantas variedades de autismo y esquizofrenia -con o sin condición desintegrativa^{10,11}.

PARTICIPANTES

La edad promedio de los participantes del estudio fue de: 45,9 ± 7,89 años.

Antes de que los participantes con autismo obtuvieran una opinión definitiva, ocho (8) (los autistas) recibieron dictámenes médicos como: Bipolaridad, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Personalidad Límite, Síndrome de Personalidad Dependiente y Epilepsia (dos autistas convulsionaban en eventos muy parecidos a los espasmos que produce la referida enfermedad); en cambio, las personas con esquizofrenia fueron diagnosticadas como tales en la primera exploración¹².

MÉTODOS

Las intervenciones adoptadas en el desarrollo de las diferentes líneas de investigación fueron ejecutadas bajo estrictos protocolos bioéticos. El equipo multidisciplinario estuvo compuesto por un médico internista, un psicólogo, un inmunólogo, un endocrinólogo, un neurólogo, un gastroenterólogo, un biomédico, un especialista en Biociencias Integradas; todos dirigidos por una investigadora del Instituto Montenegro. Así mismo, cada uno de los procedimientos se ejecutó con el consentimiento pleno de los participantes y bajo los parámetros de confidencialidad y resguardo de identidad requeridos¹².

Selección de los participantes.

Los criterios de elección para la conformación del grupo de control fueron: el diagnóstico previo, la edad cronológica y la falta de tratamiento formal. La referida selección se realizó en base a un conjunto de casos conocidos por el Instituto Montenegro para la Investigación del Autismo y de las Ciencias de la Salud Aplicadas a la Cognición, y del Laboratorio de Biociencias Integradas "Prof. Luis Lara Estrella" de Universidad Simón Bolívar, ambas instituciones en la ciudad de Caracas, República Bolivariana de Venezuela¹².

Diagnóstico de los participantes

El diagnóstico se realizó en base a la Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada (ADI-R)¹³, y al Sistema Diagnóstico de Observación del Autismo (ADOS)¹⁴ para el descarte del autismo; y, en el caso de la esquizofrenia, en la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)¹⁵.

Métodos: Aspecto biológico

Las pruebas biológicas requeridas para la clínica en cuestión fueron ordenadas a laboratorios especializados de alta complejidad¹⁶. El descarte de daño cerebral y otros pormenores en el ámbito cognitivo fueron determinados por Tomografía; y el estado del sistema digestivo -que para este estudio es considerado concomitante a la cognición- por endoscopia alta y baja¹².

Métodos: Aspecto psicológico

El estudio se efectuó en base a la aplicación del Protocolo Montenegro un método de recuperación para adultos diseñado especialmente para controlar todos aquellos síntomas -de origen tanto psicológico como biológico- circunscritos a las entidades esquizofrenia y autismo (y otras con sintomatología autística sin presencia de demencia). El Protocolo Montenegro fundamenta su doctrina en en la Biomedicina; la Psicología Humanista y en la Neuro Nutrición.

De igual modo, se obtuvo información primordial de los participantes a través de tres encuentros semanales en los que se evaluó el ámbito nuclear y social de los mismos; para ello se aplicó la observación empírica y registro de las rutinas diarias y comportamiento bajo modelos clásicos de estudio. A lo largo de este lapso, se efectuaron entrevistas informales a personas de alta vinculación personal, tales como familiares, amigos o antiguos compañeros de trabajo de los participantes.

TRATAMIENTO

Descripción del aspecto orgánico y biológico de los diez casos estudiados, antes de comenzar la clínica— En todos los casos: sin daños aparentes en el Sistema Nervioso Central. Sin problemas de motricidad gruesa. Deficiencias severas en IgA e IgG. Alta concentración de Péptidos de Gluten y Caseína. Trastorno severo de los Ácidos Orgánicos. Deficiencias del grupo de las vitaminas y minerales B, C, Zinc, Cobre y Magnesio. Deficiencias enzimáticas relacionadas con el metabolismo de los alimentos. Alteración del pH intestinal con presencia de disbiosis y candidiasis¹².

En todos los casos: intolerancia a lácteos, caseína, gluten, cítricos, colorantes y conservantes. Contaminación

de Metales pesados como: mercurio, plomo, aluminio, cadmio. Alta sensibilidad a la humedad, polvo, perfumes, soluciones o disolventes. Intolerancia al calzado o ropa fabricados con material sintético. Hipersensibilidad de los sentidos¹².

Siete pacientes con intestino permeable (SB1, SB2, SB4, SB6, SB8, SB9, SB10). Tres pacientes con colon irritable. (SB3, SB5, SB7). Dos pacientes con: Helicobacter Pylori (SB7, SB9)¹².

Cinco pacientes con estreñimiento crónico (SB1, SB3, SB4, SB6, SB7). Cinco pacientes con cólicos emocionales (SB2, SB5, SB8, SB9, SB10)¹².

Descripción del aspecto psicológico de los diez casos estudiados, antes comenzar la clínica
Todos los participantes poseían niveles de lectura, escritura y comprensión aceptables.

Presencia de dislexia y discalcuria de leve a moderada en todos los casos. Sobresalía, como característica inherente en algunos de los participantes, la claridad de pensamiento y solvencia en el discurso exhibida al estar éstos en equilibrio emocional¹².

Presencia de alteraciones del sueño; en cinco pacientes menos de 5 horas de sueños (SB1, SB6, SB7, SB8, SB10). En tres pacientes menos de 8 horas de sueño (SB2, SB4, SB5). En dos pacientes necesidad de dormir más de 10 horas (SB3, SB9)¹².

Durante el proceso todos los participantes presentaron los Síntomas Fundamentales (permanentes) y Accesorios (aleatorios) descritos por Bleuler, es decir: Síntomas Fundamentales: Las Asociaciones Laxas o Perturbadas del Pensamiento. La Afectividad Aplanada. La Ambivalencia y el Autismo. Síntomas Accesorios: Los Errores Sensoriales. Las Ideas Delirantes. Las Alucinaciones. Los Trastornos Funcionales de la Memoria. Los Síntomas Catatónicos, y Las Peculiaridades del Lenguaje Hablado y Escrito¹.

Intervención biomédica de los diez casos estudiados

Se aborda terapia biomédica consistente en cambio de dieta, inclusión de nutrientes, probióticos y medicamentos a fin de atender deficiencias inmunológicas, afectaciones del sueño, del metabolismo de los alimentos, y diferentes patologías del tracto digestivo presentes en los participantes.

En todos los pacientes: se administra: dieta libre de gluten y caseína, aditivos, azúcar, alimentos alérgicos o enlatados. Administración de 10 ml. 3 veces al día de nutrientes para el sistema inmunológico (Super Nutella de la casa Kirman).

15 gm 2 veces al día de complejos nutricionales (Keny y Ego Frutas de la casa Omnilife). 15 gm 2 veces al día de complejo proteínico (Power Maker de la casa Omnilife). 6 cápsulas diarias de probióticos (Multiflora Spectrum, Bifico Complex de la casa Kirman). 4 cápsulas diarias de antimicóticos (Candex y MMS- 1 de la casa Pure Essense Labs). Todos los participantes fueron sometidos a un tratamiento de quelación por presencia de metales pesados por medio de sueros de oxígeno, vitaminas y aminoácidos; una aplicación semanal¹².

Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento alópata para Intestino Permeable, Colon Irritable y Helicobacter Pylori. (Quercetina 500mg, L-glutamina 250 mg, Diclomina 20 mg, Levofloxacina 500 mg.)¹². Todos los pacientes recibieron la administración de psicofármaco para controlar estados de hiperactividad por procesos de quelación y otros (½ tableta de Lexotanil de 3 mg. de la casa Roche; con el desayuno y con la cena)¹².

Intervención psicológica de los diez casos estudiados

Se da inicio a todos los procedimientos contenidos en los Estadios y Períodos de Montenegro, contenidos en el Protocolo Montenegro¹².

RESULTADOS

Los resultados de las intervenciones orgánica y biomédica sobre los casos estudiados muestran un restablecimiento sostenido desde la tercera semana: mejora de las funciones gastrointestinales sin presencia de hinchazón abdominal, somnolencia o pérdida de la cognición; mejora de la sensibilidad al frío; estabilización del sueño a un promedio de 6 a 7 horas; leve mejoría de la tolerancia al polvo, contaminación sónica o visual; mejora de la fortaleza física; pérdida de peso con un promedio de 10 k. por participante; desaparición permanente de alergias y lesiones cutáneas; mejora de la alteración del sistema propioceptor.

A partir del octavo mes las funciones orgánicas se habían estabilizado para continuar en franca mejoría, resultando evidente el impacto positivo de la referida intervención sobre la conducta y la cognición de los diez participantes.

Resultados Prueba de Control Negativo

Luego de trece meses de tratamiento, se efectuó una prueba que tuvo como propósito averiguar el impacto de la alimentación en la conducta, particularmente luego de los participantes hubieran alcanzado niveles de seguridad y equilibrio desconocidos hasta ese momento.

La prueba consistía en que, durante dos meses, los participantes adoptarían los hábitos alimenticios anteriores al tratamiento; ensayo en el que también quedó suprimido el consumo de nutrientes, enzimas y probióticos. Los resultados de las tres intervenciones realizadas mostraron que en pocos días comenzaron a manifestarse en los participantes un conjunto de conductas erráticas y brotes psicóticos. Dichas conductas impidieron que ninguna de las tentativas sobrepasara el lapso de treinta días.

Resultados psicológicos de los diez casos estudiados

Aunque la mejoría se evidencia en las tres primeras sesiones, los beneficios son progresivos. En doce meses de terapia psicológica todos los participantes: recatan su identidad familiar sintiéndose por primera vez parte de un núcleo social; manifiestan de manera novedosa muestras de afecto libre y deseado (con contacto físico) a familiares y amigos; es controlada la necesidad de encerramiento (se aíslan sólo puntualmente y en control); las compulsiones y la ambivalencia desaparecen, lo que crea en ellos un tipo de equilibrio hasta el momento desconocido; logran controlar sus emociones (tanto positivas como negativas); la escucha de voces desaparece (paulatinamente en 8 meses); pueden interpretar mejor el funcionamiento del mundo y sus normas; la cognición mejora, se concentran y realizan trabajos intelectuales sin esfuerzo mental por primera vez; mejoran socialmente son agradables y disfrutan de la compañía de las personas de su elección; logran desarrollar sus ideas coherentemente y sienten aceptación social por primera vez; detectan y comienzan a desarrollarse en su Área Tipo¹⁷, sintiendo pasión y disfrute por lo que hacen; establecen metas para el futuro con felicidad y alegría de vivir, todo lo cual les otorga niveles de seguridad en sí mismos sólidos y duraderos que experimentan por primera vez en la vida.

Hallazgos

Durante el desarrollo de la terapia, se advierte la presencia tres nuevos síntomas fundamentales a los que los autores da en llamar: La Emocionalidad Alterada, El Trastorno Obsesivo-compulsivo y La Inteligencia Autística.

De este modo los síntomas que son tratados en cada uno de los participantes en el grupo son: Las Asociaciones Laxas o Perturbadas del Pensamiento, La Afectividad Aplanada, La Ambivalencia, El Autismo, La Emocionalidad Alterada, El Trastorno Obsesivo-Compulsivo, La Inteligencia Autística^{1A}.

Resultados Generales

Para valorar el grado de mejoría de los participantes,

se construyó un instrumento con ocho criterios (Cognición, Adaptación, Sociabilidad, Conducta, Desarrollo Motor, Condición Biológica, Sistema Propioceptor y Aspecto Físico), a los que asignó una puntuación por nivel (1 a 5 puntos), que fue aplicado tanto al principio como al final de la terapia.

Para realizar las comparaciones pertinentes se empleó la regla de chí cuadrado. El nivel de significancia fue del 0,05, lo que evidencia que los cambios en la condición orgánico-biológica (P=0,03) y el sistema propioceptor (P=0,02) son estadísticamente significativos, (Figura 1).

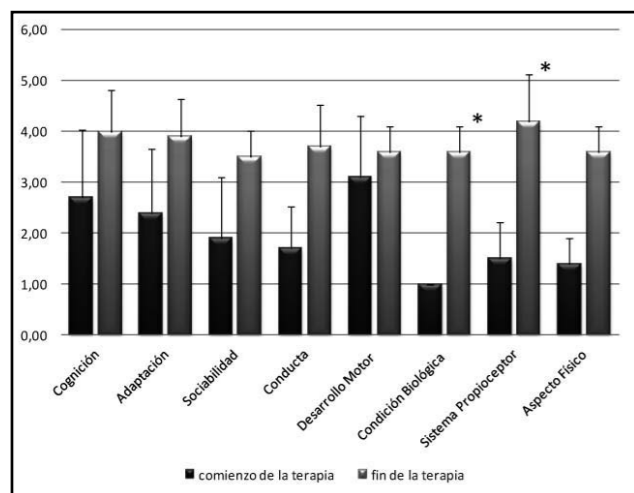


Figura 1. Estudio comparativo del estado integral de los participantes antes y después de la aplicación del Protocolo Montenegro.

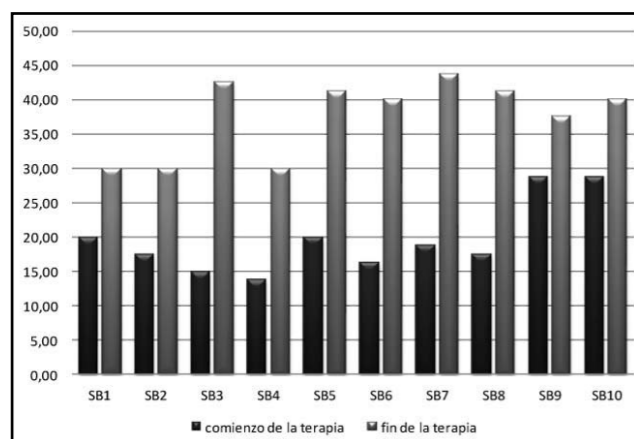


Figura 2. Evaluación porcentual del estado integral bio-cognitivo de los participantes antes y después de la aplicación del Protocolo Montenegro.

La figura 2, muestra la evolución de los participantes antes y después de la aplicación del Protocolo Montenegro. Dicho resultado se obtuvo sumando los valores de los criterios para cada participante y trasladándolos a una escala porcentual, lo que permitió construir una imagen del estado bio-cognitivo de las personas en grupo de control antes y después de la terapia.

DISCUSIÓN

El presente estudio evidencia que para la restitución de los estados emocionales y cognitivos alterados, el tratamiento de las afecciones orgánicas y biológicas presentes en los afectados -pero muy especialmente las digestivas- es fundamental.

Al respecto, los tres ensayos en los que diez personas en grupo de control, volvieron a los hábitos alimenticios anteriores a la terapia, mostraron la relación biología/brote psicótico; así como que la etiología de la referida entidad parte de un daño orgánico o de una afectación biológica.

No obstante, es importante acotar, que lo anterior no niega en modo alguno, la necesidad de administrar psicofármacos en aquellos casos en los que se hiciera necesario.

Con relación al aspecto psicológico de la terapia, resulta primordial señalar que los resultados positivos obtenidos durante la aplicación del Protocolo Montenegro, deben ser atribuidos al rescate de los postulados de Bleuler, considerando el autismo como un síntoma de una entidad nosológica mayor; y manteniendo intacta la premisa de que los actuales esquizofrénicos y autistas -tal como lo asegurara Bleuler- no poseen condición desintegrativa mental.

Igualmente y dentro de este mismo contexto, el descubrimiento de tres síntomas fundamentales (La Emocionalidad Alterada, El Trastorno Obsesivo-compulsivo y La Inteligencia Autística), operando con la misma intensidad que los cuatro síntomas originales de Bleuler, sugieren un nuevo Diagnóstico Diferencial que los autores propone en llamar: El Síndrome de Bleuler.

El Síndrome de Bleuler que podrá ser abreviado con las siglas SB- es una esquizofrenia en su acepción más pura, es decir, un evento clínico exento de deterioro mental en el cual la fragmentación de las asociaciones mentales imposibilita la adecuada correspondencia entre el proceso de formación de ideas, la expresión de las emociones y la adecuada interrelación del afectado con el entorno; eventualidad que deviene en la conducta irregular, alienada o disruptiva. No obstante, en aras de contribuir al orden, pues como en la actualidad la esquizofrenia es considerada una enfermedad de características propias, el Síndrome de Bleuler será entendido como un Trastorno Biocognitivo.

El Trastorno Biocognitivo, es un neologismo creado especialmente para preservar el sentido Bleuleriano de la esquizofrenia, e identifica a toda entidad con altera-

ción del proceso psíquico, sin presencia de deterioro cerebral.

El Síndrome de Bleuler, es una entidad comprendida por tres factores principales: biológico, orgánico y psicológico, los cuales pueden confluír conjunta o separadamente caracterizándose por afectar, en sus efectos secundarios, el metabolismo del cerebro y con ello los procesos psíquicos (especialmente los relacionados con la cognición) lo que termina alterando la conducta de la persona que lo padece. A los efectos prácticos la referida definición podrá sintetizarse de la siguiente manera: El SB es una entidad de origen multifactorial, libre de demencia que en sus efectos secundarios afecta la cognición, produciendo en el individuo una conducta alterada.

El SB es una entidad nosológica conformada por un Diagnóstico Diferencial de siete Síntomas Fundamentales: Las Asociaciones Laxas o Perturbadas del Pensamiento. La Afectividad Aplanada. La Emocionalidad Alterada. La Ambivalencia. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. La Inteligencia Autística (IA) y el Autismo.

Según la intensidad del Síntoma Fundamental harán aparición concomitantemente los siguientes Síntomas Accesorios: Las Ideas Delirantes. Las Alucinaciones. Los Errores Sensoriales. Los Trastornos Funcionales de la Memoria. Los Eventos Catatónicos. Las Peculiaridades del Lenguaje Escrito y/o Hablado.

A través de este estudio también pudo corroborarse que ningún área de intervención (clásica o alternativa), puede considerarse per se como un recurso único, y que, el establecimiento de una solución efectiva a favor de esquizofrénicos y autistas (y de otros afectados con patologías relacionadas), pasa, inapelablemente, por un cambio en las formas de abordaje que permita a las diferentes corrientes (científicamente validadas) involucrarse en una gestión multidisciplinaria.

Finalmente, el uso de la nomenclatura Síndrome de Bleuler pretende reconocer, en forma integral, el invaluable legado entregado a la humanidad por el psiquiatra suizo Paul Eugene Bleuler.

CONCLUSIONES

Los resultados de la clínica realizada explican por sí mismos como la confusión que en la actualidad envuelve a la esquizofrenia y al autismo, deviene de haber separado uno de los síntomas (el autismo) de la entidad nosológica a la que siempre perteneció (la esquizofrenia de Bleuler), diferenciado dichas patologías como entidades nosológicas propias.

Sugiere que existe una vía de tratamiento eficaz para esquizofrénicos y autistas, siempre y cuando el autismo sea considerado un síntoma fundamental del Síndrome de Bleuler (SB) y no un síndrome per se.

Devela que la multitología del síndrome obliga a la comunidad científica a promover la convivencia y el uso simultáneo de los diferentes métodos disponibles para la consecución del único fin posible: la mejora del afectado.

Sugiere que el Protocolo Montenegro además de ser un instrumento válido para el control de los síntomas inherentes al síndrome; de ayudar a procesar los traumas devenidos de diferentes situaciones (asociados a no a la patología), y de contribuir a modelar ciertas características de la personalidad; también se constituye en un método para que los afectados pueden edificar, paulatinamente, el espacio vital que necesitan para su desenvolvimiento personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean reconocer con gran aprecio el invaluable aporte realizado por los participantes quienes con su colaboración y excelente disposición, contribuyeron a que los resultados de la investigación efectuada llegaran a tener el alcance deseado. Al equipo de profesionales y especialistas que durante años honraron a los autores con su confianza: sinceramente gracias. A la Universidad Simón Bolívar. De la misma manera, los autores agradecen el acompañamiento financiero siempre puntual de diferentes entidades naturales y jurídicas representadas en las siguientes personas: Betty del Valle Potentini Rodríguez. César Alfonso Justo Santibáñez Jesús Alfonso López Durán. Juan Manuel Foreiro Rodríguez. Jorge Antonio Molina Quevedo. Jorge Mario Correale Pérez. Leandro Javier Nuñez Escobar. Magda del Carmen Rodríguez Ramírez. María Virginia Cumare Rojas. Mariela Josefina Bolívar Ortega. Nancy Maestre de Ordozgoiti y Romer Enrique Hernández Brito; sin cuya financiación a través de los años la clínica pretendida no hubiese sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleuler, Eugene (1911). Demencia Precoz y el Grupo de las Esquizofrenias. Editorial Horme. Buenos Aires, Argentina; 1960.
- Kraepelin, E. (1899). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 6 ed. Leipzig: J.A. Barth.
- Rosen John N. Algunas Observaciones Sobre la Concepción de Bleuler de la Demencia Precoz. Reflexiones Sobre Salud Mental. Psicoanálisis Directo. Tratamiento de la Psicosis sin Medicamentos. Artículo n° 9. John N. Rosen, M. D. Biblioteca Nueva. España. 1975. Disponible en: <http://www.indepsi.cl/newsletter/News-5/reflexiones-5.htm>; revisado en mayo 2011.
- Wilmanns, K. (1932). Die Schizophrenie. En O. Bunke (Ed.). Handbuch der Geisteskrankheiten, Teil 5, Band 9. Berlín: Springer.
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 1943; 2:217.
- Schneider Kurt (1950). Psicopatología clínica. Madrid. Editorial Triacastela.
- Wing, Lorna (1981), El Síndrome de Asperger: un recuento clínico. Medicina Pedagógica. 11 p. 115-130.
- Asperger H. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Arch Psychiatr Nervenkr. 1944;127:76-136.
- Asperger H. (1952). Pedagogía Curativa. Capítulo: "Los Psicópatas Autistas" Editorial Luis Miracle. S.A. Barcelona; 1966.
- CIE-10. <http://who.int/es/>
- DSM-V. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Juanico-Martínez., Sofía. (2011). El Síndrome de Bleuler: un nuevo modelo nosológico donde se agrupan las entidades esquizofrenia, autismo y otras patologías asociadas. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología, edición Julio/Diciembre, Vol. 57, Nro.117. 12-21
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 1994; 24:659-685.
- Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook Eh Jr, Leventhal Bl, Dilavore Pc, Pickles A, Rutter M. The Autism diagnostic observation schedule generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. J Autism Dev Disord 2000; 30:205-223.
- Kay, S. Fiszbein A. Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1987; 13:261-76.
- The Great Plains Laboratory Inc. Disponible en www.greatplainslaboratory.com/; revisado en mayo 2011.
- Área Tipo: define el ámbito de mayor interés y desempeño en el esquizofrénico y autista, y fundamenta sus principios en la Inteligencia Autística propuesta en 1952 por Hans Asperger (9). Juanico-Martínez., Sofía. (2011). El Síndrome de Bleuler (...). Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología, edición Julio/Diciembre, Vol. 57, Nro.117. Pág. 17.

Correspondencia

Dr. Ricardo Silva Bustillos, Ph.D.
 Universidad Simón Bolívar
 Dpto. de Procesos Biológicos,
 Sección de Biofísica y Bioingeniería
 Investigador PROMETEO
 Instituto de Investigaciones en Salud Pública (INSPI)
 Universidad de Guayaquil
 Correo: rjsilvab@gmail.com
 Teléfono: (+58) 414 9266780 - (+593) 99 5516068
 Guayaquil - Ecuador

NEUROFIBROMATOSIS TIPO I (ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN). REVISIÓN DE LA LITERATURA. PRESENTACIÓN DE CASOS.

Docente de la Universidad de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas
 Médico Internista

Este artículo ha sido revisado por su respectivo Par:
 Dr. Napoleón Molina Adum

Tama Viteri Francisco A.

Recibido 20 de Mayo y Aceptado el 15 de Junio del 2013

RESUMEN

La neurofibromatosis es un síndrome neurocutáneo que puede afectar el cerebro, médula espinal, nervios periféricos, piel, huesos y otros sistemas del cuerpo humano.

La neurofibromatosis se caracteriza por el crecimiento de tumores, llamados neurofibromas, a lo largo de los nervios del cuerpo o por debajo de la piel. A medida que el tamaño de los tumores aumenta, estos pueden ejercer presión sobre áreas vitales del cuerpo y así provocar problemas en su funcionamiento.

A menudo, los neurofibromas aparecen inicialmente en la niñez y, especialmente, durante la pubertad. Prácticamente en todos los casos, el primer signo evidente es la presencia de manchas de color café con leche. Estas manchas características no son dolorosas ni pruriginosas y nunca avanzan para convertirse en algo de mayor seriedad que manchas. Pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, aunque en general no en el rostro. También pueden observarse algunas manchas diminutas en las axilas (signo de Crowe) o en las ingles.

Muchos neurofibromas pueden retirarse. Aunque normalmente son benignos, se calcula que el 3%-5% de ellos puede tomarse malignos (neurofibrosarcomas).

Uno de los dos tipos de neurofibromatosis (NF-1 y NF-2), la NF-1, es más frecuente y se presenta en 1 de cada 2500-3000 nacimientos. Se calcula que afecta a 100.000 estadounidenses. También se la conoce como enfermedad de von Recklinghausen.

La NF-2 se caracteriza por la presencia de tumores bilaterales en los oídos similares a los neurofibromas y es más infrecuente (se observa en 1 cada 25.000 nacimientos). Las personas que padecen NF-2 suelen desarrollar tumores benignos en los nervios auditivos, que les provocan disminución de la audición, sordera a largo plazo y problemas de equilibrio.

La gravedad de ambos tipos de neurofibromatosis presenta amplias variaciones. En las familias en las que más de una persona padece NF, la enfermedad puede presentarse con distintos signos físicos y complicaciones en cada afectado. Al momento del diagnóstico, no es posible determinar inmediatamente si el caso será leve o dará lugar a complicaciones graves. No existe tratamiento específico.

Palabras clave: neurofibromatosis, neurofibromas, manchas color café con leche.

SUMMARY

Neurofibromatosis is a neurocutaneous syndrome which could affect the brain, spinal cord, peripheral nerves, skin, bones and others systems of the human body.

Neurofibromatosis is characterized by the growth of tumors, called neurofibromas, along the nerves of the body or under the skin. According to tumor size increases, they can press on vital areas of the body, causing problems in its performance.

Neurofibromas usually appear starting childhood, and specially, during puberty. In almost all the cases, the first obvious sign is the presence of brown and white spots. This particular spots aren't painful or pruriginous and they never reach to the level of converting into something more serious than just spots. They can be found in any part of the body, although there is no sign of them in the face. They can also be seen in a smaller size in the armpits (Crowe sign) or in the crotches.

Many neurofibromas can be removed. Even though they usually are benign, it is estimated that 3% - 5% of them may become malignant.

One of two types of neurofibromatosis (NF-1 and NF-2), NF-1, is more common, occurring in 1 in 2500-3000 births. It is estimated to affect 100,000 Americans. Also this is known as Von Recklinghausen disease.

NF2 is characterized by the presence of bilateral tumors in the ears similar than neurofibromas and it is uncommon (it is seen in 1 in 25,000 births). People with NF2 usually develop benign tumors on the auditory nerves, which cause hearing loss, eventual deafness and balance problems.

The severity of both types of neurofibromatosis varies greatly. In families in which more than one person has NF, this disease can present with different physical signs and complications for each affected. At moment of diagnosis, it is not possible to immediately determine if the case will be mild or serious.

Keywords: neurofibromatosis, neurofibromas, brown spots with white.