

Alternativas al tratamiento convencional en TOC, el ejemplo de la neurocirugía. A propósito de un caso.

Jiménez Cabañas M¹, Pemán Rodríguez J¹, Alberdi Páramo Í¹, Bermejo Pastor A¹, Rodado León B¹, Carrascosa Carrascosa C¹.
¹ Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.



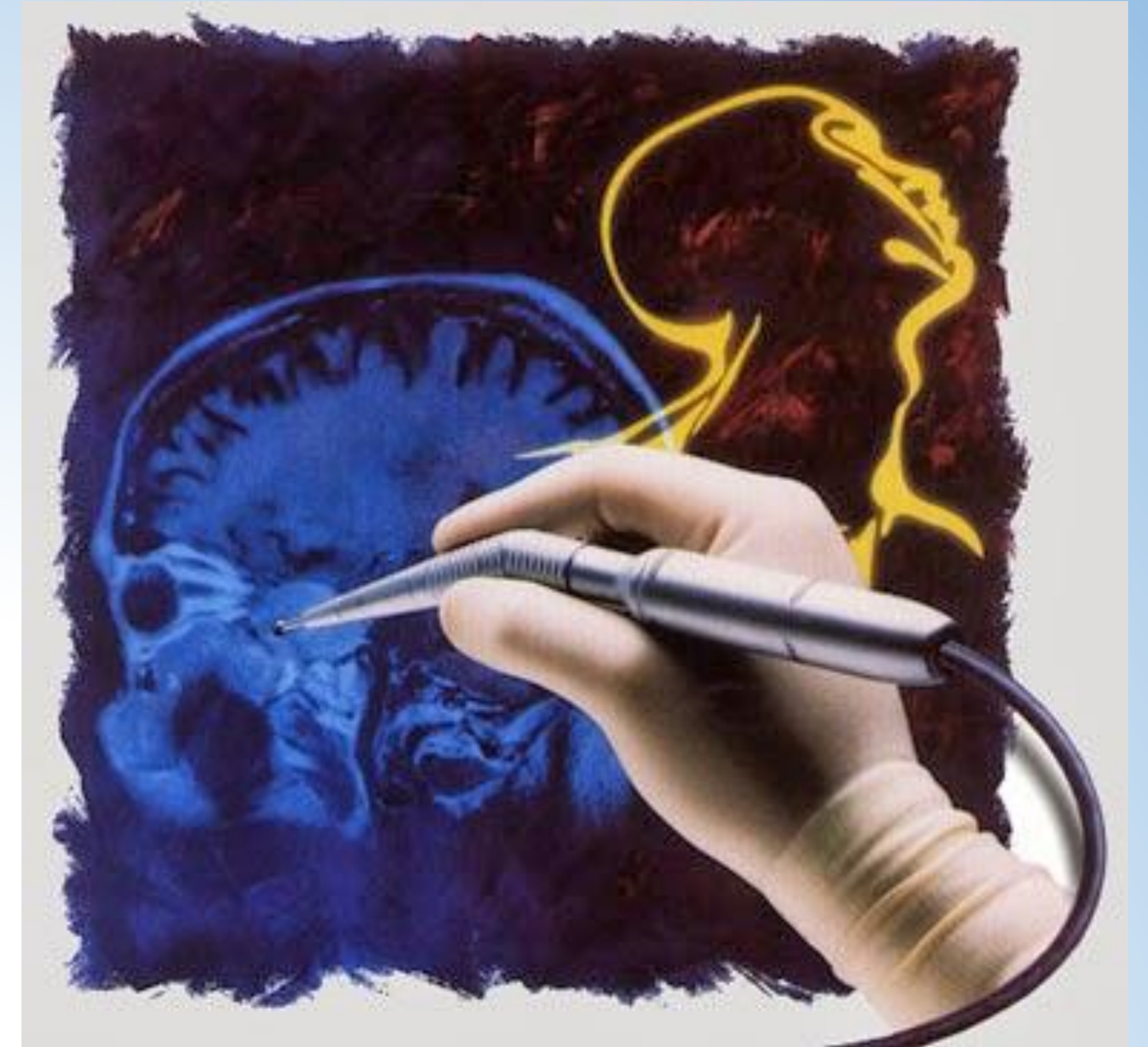
XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 42 años diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) grave y resistente al tratamiento con Sertralina y Clomipramina a dosis máximas, psicoterapia y terapia electroconvulsiva (TEC). Desde hace 20 años, su actividad diaria se ha visto limitada por obsesiones y compulsiones, en torno a aspectos vividos como atemorizantes, contracciones musculares repetitivas y rituales de higiene y comprobación. El cuadro se acompaña de sintomatología depresiva y elevada ansiedad. Ha precisado de varios ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y de dispositivos de rehabilitación psicosocial. Debido a la cronicidad, gravedad y refractariedad del cuadro, en julio de 2018, se realizó neurocirugía ablativa.

OBJETIVOS Y MÉTODOS

El objetivo es revisar las indicaciones, beneficios y riesgos de la neurocirugía ablativa en pacientes con TOC grave y refractario. Se ha realizado a través del buscador Pubmed una revisión bibliográfica de artículos en inglés y español. Las palabras clave han sido: *Obsessive-Compulsive Disorder, OCD, surgery, neurosurgery, ablative, capsulotomy y cingulotomy.*



RESULTADOS

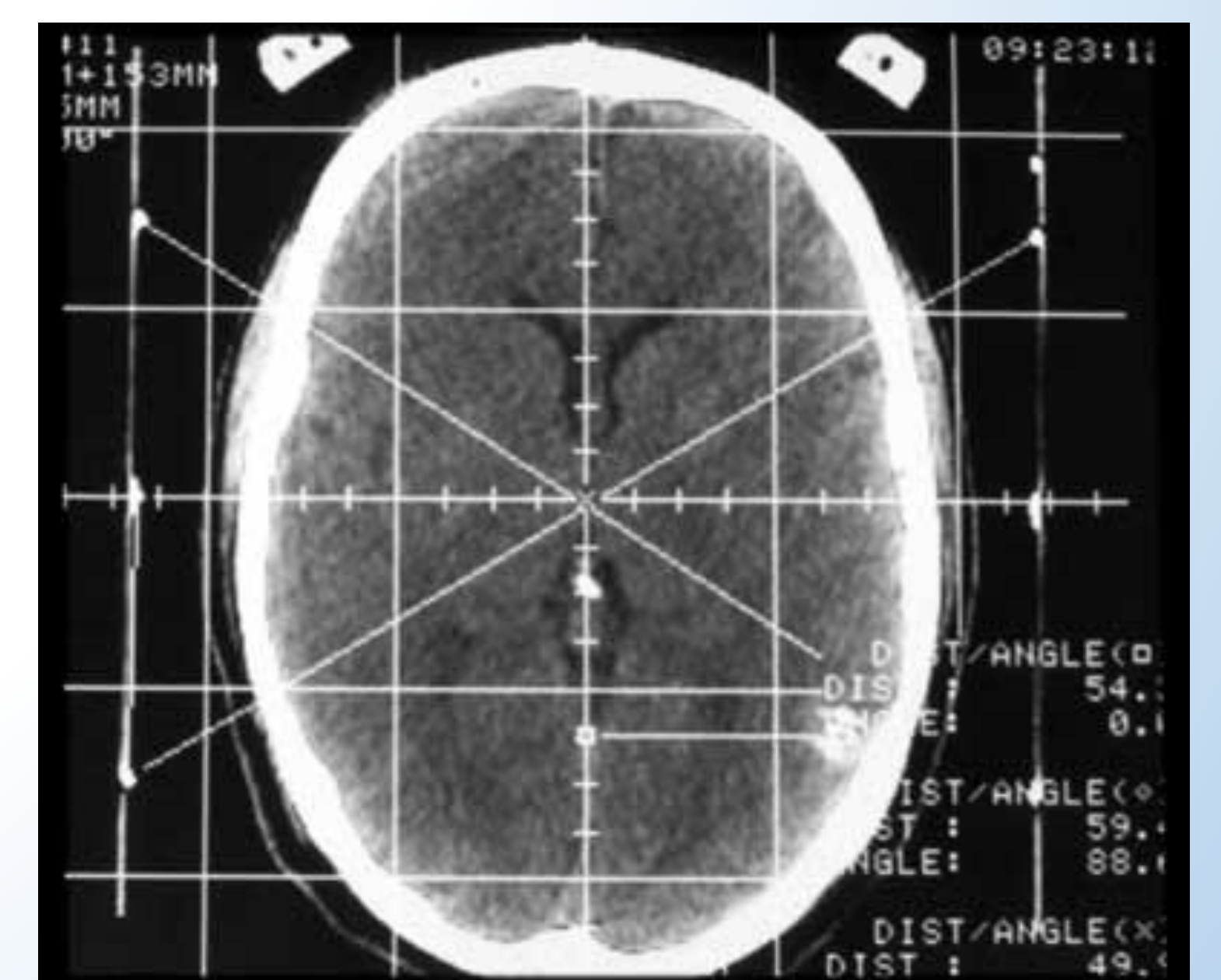
La neurocirugía ablativa es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en el tratamiento del TOC. Consiste en realizar pequeñas lesiones en distintas áreas cerebrales, mediante cirugía estereotáxica o radiocirugía; siendo los procedimientos más utilizados la capsulotomía anterior y la cingulotomía anterior.

En el caso presentado, se realizó capsulotomía anterior bilateral, mediante técnica estereotáxica. Tras la intervención, se ha podido observar una mejoría progresiva de los componentes obsesivo-compulsivo y ansioso. El paciente ha iniciado la rehabilitación conductual, con apoyo de Psiquiatría y Neurocirugía, presentando una evolución favorable hasta el momento. Sin embargo, los resultados definitivos no son cuantificables hasta pasados 6-24 meses tras la cirugía, valorándose la posibilidad de reintervención (ampliación de lesiones o cingulotomía anterior bilateral) si persistiera la sintomatología.

Las evidencias disponibles sitúan la tasa de beneficio terapéutico de la neurocirugía entre el 30 y el 60% en los pacientes con las características descritas. Los efectos adversos de esta intervención son cefalea, náuseas, mareos, astenia, confusión transitoria, apatía, desinhibición, incontinencia urinaria, infecciones, hemorragia intracraneal y crisis comiciales postoperatorias.

Los artículos publicados indican que las complicaciones graves y permanentes son infrecuentes, mientras que resaltan el efecto beneficioso de la neurocirugía en estos pacientes.

Por último, al existir cierta variabilidad en la metodología utilizada (tipo de estudio, número de pacientes incluidos, técnica quirúrgica empleada); y tratarse de una técnica quirúrgica relativamente reciente, es necesario valorar la relación riesgo/beneficio en cada caso e individualizar la decisión a tomar. A este respecto, existen criterios establecidos como la presencia de síntomas invalidantes, incapacidad para mantener la actividad habitual, cronicidad y fracaso de todos los tratamientos (médicos, conductuales y TEC), que reforzarían la indicación de cirugía.



CONCLUSIONES

1. Se objetivan resultados prometedores mediante el uso de técnicas neuroquirúrgicas en TOC grave y refractario, aunque sería necesario una mayor investigación.
2. Los artículos publicados hasta la fecha demuestran la importancia de valorar de forma individualizada la cirugía en pacientes con TOC, ya que podría suponer una mejora importante en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fineberg NA, Reghunandan S, Simpson HB, Phillips KA, Richter MA, Matthews K, Stein DJ, Sareen J, Brown A, Sookman D. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Res.* 2015 May 30;227(1):114-25.
2. D'Astous M, Cottin S, Roy M, Picard C, Cantin L. Bilateral stereotaxic anterior capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013 Nov;84(11):1208-13.
3. Yampolsky C, Bendersky D. Cirugía de los trastornos del comportamiento: el estado del arte. *Surg Neurol Int.* 2014; 5(Suppl 5): S211-S231.
4. Liu HB, Zhong Q, Wang W. Bilateral anterior capsulotomy for patients with refractory obsessive-compulsive disorder: A multicenter, long-term, follow-up study. *Neurol India.* 2017 Jul-Aug;65(4):770-776.