

TOC GRAVE. DETERIORO SIMILAR A PACIENTES

Pilar Chacón Martínez¹; Javier Sánchez Sánchez¹; Santiago Pina Franco¹; María Gavilán Morales¹; Natividad Megías Simarro¹; Cecilia Calero Mora¹; Manuel Martínez-Carlón Bueso¹; Miriam Fueyo Estevez¹; Luna Fuentes Rumí¹; María José Martínez Mirete².

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
2. CSM Alcantarilla, Murcia

pili_82@hotmail.com

RESUMEN

En ocasiones el deterioro de pacientes con TOC puede llegar a ser de la misma magnitud que el de pacientes con psicosis cuando se agotan todos los recursos terapéuticos sin éxito, llegando a condicionar del todo su vida, girando ésta en torno a sus obsesiones y compulsiones, incluso pueden llegar a tener síntomas psicóticos. Presentamos a un paciente varón de 48 años de edad con diagnóstico de TOC de más de 30 años de evolución, sin antecedentes personales de interés. Actualmente vive con los padres, aislado y sin apenas relaciones sociales. Ha precisado varios ingresos hospitalarios por descompensaciones obsesivas, motivo por el que ingresa en esta ocasión, pautándose tratamiento con anafranil iv porque es el tratamiento que consigue estabilizarlo durante unos meses. Presenta ideas obsesivas muy intrusivas en forma de dudas acerca de si ha cometido actos violentos, con rituales constantes en forma de comprobaciones, que alivian de forma escasa su angustia, interfiriendo de forma notable en su vida diaria. Se trata de un paciente con escaso nivel de introspección que ha limitado su vida en niveles superiores a los de muchos pacientes psicóticos. Sus ideas obsesivas tienen un carácter de perjuicio, con miedo a salir a la calle porque cree que le van a hacer daño por algún delito que él haya cometido. Ha probado con múltiples terapias (terapia cognitivo-conductual, psicoanálisis, ingreso en Unidad de Cuidados Medios...) sin resultado. También ha estado en tratamiento con múltiples fármacos, obteniéndose escasa mejoría. Se le plantea al paciente la posibilidad de psicocirugía (estimulación cerebral profunda) que rechaza por miedo.

TOC GRAVE. DETERIORO SIMILAR A PACIENTES

INTRODUCCIÓN

Siempre se ha considerado el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) una neurosis, pero esto no es tan claro en la realidad clínica, donde con mucha frecuencia se observan la coexistencia de síntomas obsesivo-compulsivos con síntomas psicóticos, que muchas veces hacen muy difícil la delimitación de ideas obsesivas e ideas delirantes. A través de la revisión de la literatura psiquiátrica referente al tema y apoyados en la presentación de un caso, pretendemos exponer los diferentes puntos de vista acerca de una temática como ésta, que cada vez cobra mayor importancia por sus implicaciones no sólo académicas, sino también prácticas, y por su influencia en el tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas, un acusado deterioro de la actividad general y/o un malestar clínicamente significativo.

El TOC presenta una prevalencia de vida estimada entre el 1,1 y 3% de la población general y, una prevalencia anual entre el 1.5% y 2.1%. Estudios recientes lo ubican como el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente. En cuanto a las diferencias en la incidencia en función del sexo, varios estudios informan de una incidencia ligeramente superior entre las mujeres, sin embargo, el TOC de inicio en la infancia es más frecuente en los niños. La edad modal de inicio de los hombres es entre los 6 y 15 años, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La edad mediana de inicio se encuentra en los 19 años.

La psicosis es una entidad clínicamente heterogénea, que tienen una alta influencia genética y ambiental, por lo que, en cada persona, interactúan diferentes combinaciones de factores patogénicos. En la psicosis el paciente pierde el contacto con la realidad.

Los trastornos del espectro psicótico presentan un curso crónico y episódico. Provoca alteraciones en todas las áreas de la vida, generando importantes grados de discapacidad, pérdida de funciones psicosociales, grandes costes económicos, una comorbilidad considerable y sufrimiento tanto para los pacientes como para sus familias.

CASO CLÍNICO

El caso se centra en un hombre de 48 años de edad, soltero, que vive con sus padres, licenciado en filosofía, que no llegó a ejercer. Actualmente pensionista. Este paciente presenta un cuadro clínico de 30 años de evolución, que se inició a los 18 años aproximadamente. Comenzó con ideas obsesivas de comprobación y de limpieza, que poco a poco necesitó de compulsiones para aliviar su angustia (cerrar el coche varias veces, volver a su casa para comprobar si había cerrado la puerta, lavarse las manos muchas veces al día). Ha estado en seguimiento por Psiquiatría desde hace unos 20 años, con varios episodios de abandono de tratamiento. Desde entonces ha

TOC GRAVE. DETERIORO SIMILAR A PACIENTES

consultado varias veces en puerta de urgencias e incluso ha requerido varios ingresos por descompensación de su TOC. El último ingreso fue en Septiembre de 2015, remitido por su psiquiatra habitual de consultas externas por otra descompensación de su enfermedad, refiriendo que estaba muy agobiado y bloqueado, con empeoramiento de sus síntomas habituales. Comenta que tiene ideas obsesivas sobre la posibilidad de ser asesinado, haciendo crítica de las mismas cuando se encuentra relajado tras realizar rituales. A la exploración psicopatológica el paciente se muestra abordable y colaborador, con cierta inquietud psicomotriz, discurso fluido y coherente, sin alteración en el curso ni forma del pensamiento. Refiere ideas obsesivas que reconoce como intrusivas en forma de dudas (cuando va a un bar y se toma un café, al volver a su casa reproduce en su mente paso por paso sus actos para comprobar que le ha pagado a la camarera; cuando ve una chica por la calle piensa de forma obsesiva si la habrá violado...), ideas de contaminación, con compulsiones en forma de comprobaciones que alivian de forma escasa su angustia, y compulsiones de limpieza y orden. También últimamente ha presentado síntomas psicóticos, con ideación delirante de perjuicio (piensa que la gente de la calle le quiere hacer daño, que le miran y hablan de él). No ideas de persecución ni tampoco ideas de contenido autorreferencial. No ideas de control ni robo del pensamiento. Presenta estado de ánimo bajo sin ritmo endógeno, con anhedonia parcial, disminución de la capacidad de concentración y la atención. No refiere insomnio, aunque sí sensación de sueño no reparador. Grave repercusión afectiva y conductual con importante afectación de la vida diaria. No presenta auto ni heteroagresividad. Sí presenta ideas de muerte, pero sin ideación auto ni heterolítica estructurada. Tiene buena conciencia de enfermedad.

El paciente ha estado en tratamiento con múltiples fármacos con escasa mejoría (ISRS, antipsicóticos a bajas dosis), reconociendo que el único fármaco que consigue estabilizarle es el anafranil iv, por lo que se pauta durante los 8 días que estuvo ingresado, dándose de alta con mejoría de su angustia para control ambulatorio. Se le propuso al paciente tratamiento quirúrgico (estimulación cerebral profunda) del TOC, que éste rechazó por miedo a las posibles complicaciones.

DISCUSIÓN

Debido a la complejidad del caso propuesto y las ideas delirantes acompañantes que presenta, vamos a hablar del TOC grave con síntomas psicóticos.

Se han observado pacientes que presentan episodios psicóticos en el contexto de un TOC y pacientes que, por la falta de conciencia de la enfermedad y no resistencia a las obsesiones, se han catalogado como TOC con características psicóticas crónicas.

En algunos casos, el TOC psicótico aparece en un TOC de larga evolución, que acaban en una psicosis esquizofrénica. Otras veces, se producen fluctuaciones entre el TOC y un estado

TOC GRAVE. DETERIORO SIMILAR A PACIENTES

paranoide, durante el cual emergen ideas delirantes y disminuye la sintomatología obsesiva, que reaparece con la remisión del delirio sin que se produzca el deterioro propio de la esquizofrenia.

En muchas ocasiones se hace muy difícil la delimitación de ideas obsesivas e ideas delirantes. Los límites entre las obsesiones y las ideas delirantes pueden ser difusos, esto se debe a que tanto las obsesiones como las ideas delirantes se basan en creencias falsas, absurdas o sobrevaloradas, y se propone su discriminación basándose en la crítica que el paciente sea capaz de realizar.

Para diferenciar delirios y obsesiones se debe evaluar las siguientes características: la convicción, la fijeza, la fluctuación, la resistencia (a creencias), el insight (conciencia de enfermedad) y la penetración. En función de estas características hablamos de obsesiones o de delirios. Se ha propuesto que los casos en los que hay ideas delirantes y obsesiones-compulsiones habría una elevada convicción y fijeza, y una baja fluctuación, resistencia e insight.

La presencia del TOC debe ser anterior a la psicosis, como mínimo, debe estar presente un año antes de la aparición de los primeros síntomas psicóticos. Esto es debido a que si los síntomas se inician de forma comórbida, o la psicosis antes que el TOC, estaríamos hablando de un trastorno psicótico con síntomas obsesivos, y no un TOC con síntomas psicóticos.

Por lo general, los pacientes con TOC delirante reconocen que las obsesiones son producidas por su TOC, pero que los delirios no están relacionados con su TOC y que son reales.

Por último, la coexistencia de TOC con síntomas psicóticos también puede explicarse debido a que ambos trastornos comparten alteraciones estructurales y funcionales, tales como hiperfunción dopaminérgica, alta comorbilidad con síndrome de Tourette, carácter invasivo sobre la vida psíquica, importante nivel de deterioro funcional, igual afectación por género, síntomas de acaparamiento, curso crónico y trastornos del neurodesarrollo.

Varios estudios refieren que la coexistencia de síntomas psicóticos y TOC implica mayores complicaciones, resistencia al tratamiento y mayor deterioro cognoscitivo en áreas principalmente relacionadas con habilidades visoespaciales, memoria visual y en el lóbulo frontal.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se ha visto que añadir un neuroléptico a dosis bajas al ISRS parece ser útil en este tipo de pacientes. Según diversos artículos, el tratamiento de elección sería la combinación de un ISRS con un antipsicótico típico en bajas dosis como el pimozide o el haloperidol, siendo la eficacia reportada en éste último del 64%. También se ha reportado resultados positivos con el agregado de clomipramina. Otra alternativa es la psicocirugía. Hoy en día, la psicocirugía es un tratamiento considerado de invasión mínima y muy selectivo, diseñado para casos bien seleccionados como son los trastornos psiquiátricos refractarios a los tratamientos convencionales.

TOC GRAVE. DETERIORO SIMILAR A PACIENTES

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, P., Menchón, J., Jiménez, S., Segalàs, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., . . . Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157:159-168.
- Castillo Joo, J., & Noriega Corlay, I. (2011). Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿Dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos? *Salud Mental* (34), 279-286.
- Kitis, A., Binnur Kivircik Akdede, B., Alptekin, K., Akvardar, Y., Arkar, H., Erol, A., & Kaya, N. (2007). Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia patients: Relation to overvalued ideas. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*(31), 254-261.
- Meneses Luna, Ó., Valencia Granados, F. J., Hernandez Salazar, M., & Mauricio Soriano, Á. (2007). Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo resistente. *Psiquiatria Biologica*, 40-44.
- Mussa, & Alexis. (2008). Estrategias terapéuticas para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo refractario al tratamiento. *Revista Argentina de Psiquiatria*, XIX, 143-151.
- Rincón salazar, D. A., & Salazar Salazar, L. F. (2006). Trastorno obsesivo-compulsivo y psicosis ¿Un trastorno esquizo-obsesivo? *Revista colombiana de psiquiatria*, XXXV(004), 590-599.