

# Trastorno obsesivo psicótico en la adolescencia

DE LUCAS TARACENA, M. T.; ZUBELDIA, V.; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M. A. y ASENJO RODRÍGUEZ, E.

Centro de Salud Mental Tetuán. Madrid.

## *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features in adolescence*

### Resumen

La relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la patología psicótica es controvertida. Los informes clínicos indican que el TOC psicótico suele tener mayor gravedad y peor respuesta al tratamiento con antidepresivos que el TOC neurótico. El tratamiento conductual se ha mostrado ineficaz en TOC psicótico. Uno de los subtipos de TOC psicótico incluye los estados paranoides reactivos, propios de pacientes obsesivos que presentan ideas delirantes que responden bien añadiendo neurolepticos a los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) usados en el TOC. Presentamos el caso de una mujer de 17 años con historia familiar de TOC, que desarrolla un cuadro de pánico tras tomar cannabis, que cristaliza rápidamente en un TOC con conductas evitativas e ideas delirantes de referencia y perjuicio. Analizamos la respuesta al tratamiento conductual, IRS y neurolepticos.

**Palabras clave:** Psicótico. Obsesivo. Compulsivo. Adolescencia.

### Summary

Relationship between obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic pathology is a controversial one. Case reports indicate that OCD with psychotic features is generally more severe and antidepressant-refractory than neurotic OCD. Behaviour therapy is shown to be ineffective in OCD patients with psychotic features. One of the subtypes includes reactive paranoid forms, with fluctuating clinical course, in obsessive patients with delusional thoughts that improve with neuroleptic augmentation of the serotonin reuptake inhibitor (SRI) treatment for OCD. We present the case of a 17-year-old woman with family history of OCD, starting with panic symptoms after cannabis use, but suddenly developing OCD with avoidant behavior and delusional ideas of self-reference and persecution. Response to behavior therapy and SRI and neuroleptics is analyzed.

**Key words:** Psychotic. Obsessive. Compulsive. Adolescence.

Se trata de una mujer de 17 años, remitida a salud mental infantojuvenil por crisis de ansiedad.

Antecedentes personales/biografía: Embarazo normal; el séptimo mes la madre fue operada de apendicitis. No hubo incidencias en el parto ni el primer año de vida. Control de esfínteres, desarrollo psicomotor, lectoescritura, lenguaje, normales. Alimentación: peso actual 56-57 kg, talla 1,65 m (índice de masa corporal 20,5). Sueño normal. Sociabilidad normal, autonomía adecuada. Rendimiento escolar medio; cursa 3.º de BUP. Consumo esporádico de cannabis hasta hace dos meses.

Antecedentes familiares: Residencia urbana. El padre, 57 años, es conserje; personalidad rígida, se ofende fácilmente. La madre, 55 años, es asistenta; personalidad afectuosa. Ambos tienen estudios primarios. Tiene un hermano, de 25 años, licenciado en historia. Una prima materna tiene TOC.

Motivo inicial de consulta: Dos meses antes de la primera consulta, una prima con la que salía le dio un «porro» que produjo una crisis de ansiedad con taquicardia y convulsiones, luego se puso a saltar sin parar, reírse sin

control, etc. Aunque el cuadro cedió sin tratamiento, desde entonces no paraba de pensarlo; a veces tenía crisis de ansiedad espontáneamente: taquicardia, opresión precordial, disnea, parestesias periorales y en manos, etc. Le prescribieron en atención primaria alprazolam, que se mantuvo a dosis de 1 mg/día fraccionado en dos dosis (desayuno y cena).

Evolución: Las crisis de ansiedad se espacian y atenuan con alprazolam, pero se inicia un cuadro referencial: en clase contó lo sucedido y cree que la miran raro; está decaída, sin interés por los estudios. Pensamiento mágico: miedo de salir a la calle, cree que si se cruza con un drogadicto le puede pasar de nuevo. Rumia mucho lo sucedido. También ordena alfabéticamente números o nombres de personas, suma matriculas. Se añade clomipramina 25 mg/día, pero sólo la toma durante una semana por surgir síntomas como insomnio, sedación diurna, ideación suicida, nuevas crisis de ansiedad y pensamientos intrusivos de ser adicta a drogas. Comienza con fobias de impulsión (ideas intrusivas de agredir) que atribuye a la clomipramina sin discusión. Continúa con ánimo bajo

e ideas irracionales mágicas de contagio si ve un drogadicto, o de ser adicta a drogas. Se pauta fluoxetina 20 mg/día y bromacepam 3 mg/día, que toma 10 semanas, y mejora el estado de ánimo, pero no las fobias de impulsión. Tiene ideas delirantes de perjuicio (cree que la drogan y teme que le haya dañado el cerebro); teme que la pongan droga en la bebida mientras va al baño o que la den un chicle envenenado. Sólo estando muy ocupada se distrae de esas ideas, de las que hace una crítica muy parcial. Se realiza un programa anti-obsesiones (parada de pensamiento, registro de pensamientos negativos) durante un mes sin medicación; mejoran temporalmente el estado de ánimo, el insomnio, el rendimiento escolar y las fobias de impulsión, pero los síntomas recidivan y reanuda este tratamiento cognitivo-conductual junto con sertralina hasta 100 mg/día, logrando mejorías temporales (duración máxima: dos meses) y parciales (sólo sobre estado de ánimo y síntomas obsesivos). Tras haber estado en un local de lesbianas, extendiendo a éstas el miedo al contagio y el control, duda de su identidad sexual. Continúa el miedo a volverse loca o ser contagiada o envenenada por toxicómanos. Si ve a la prima que le dio el porro o regresa al local en que sucedió todo surgen crisis de ansiedad, de tipo disociativo: mareos, temblores, visión borrosa, y queda con la mente en blanco.

Debido a un cambio en el equipo terapéutico, se replantea el caso y se aprecian varios factores: a) Incertidumbre y miedo a la enfermedad mental, con un componente cuasi-delirante de sensación de control. b) Ánimo depresivo-ansioso, con baja autoestima, astenia, culpa por el fracaso escolar, apatía, ansiedad flotante, etc. c) Aislamiento social, por miedo al contagio, desconfianza y delirio de perjuicio (ser envenenada). Por todo lo anterior, se considera el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) psicótico, y se añade al tratamiento trifluoperacina a dosis de hasta 7,5 mg/día, lográndose buena respuesta: mejora el estado de ánimo, desaparecen las fobias de impulsión y compulsiones mentales (aritmomanía sobre todo) y se reduce la ideación de perjuicio. Paralelamente, va enfrentando situaciones: fumar, volver al local donde empezó todo, retomar la bebida que dejó y aceptar comida de desconocidos. Mejora la sociabilidad e incluso inicia una relación afectiva con un chico de su edad. No presenta síntomas extrapiramidales pero se nota distraída, con pensamiento lento, por lo que se cambia a olanzapina a dosis de hasta 10 mg/día, desapareciendo también esta sintomatología. Tiene una ganancia ponderal de 6 kg en dos meses, por lo que se sustituye la olanzapina por risperidona a dosis de 3 mg/día, que sólo toma el primer día porque sufre un cuadro de hipotensión ortostática severa. Dado que ya llevaba en total seis meses en tratamiento con neurolépticos, y se habían suspendido progresivamente tanto la sertralina como la terapia conductual, con remisión sintomatológica, se deja sin tratamiento y se observa a la paciente ocho meses más. En este período permanece asintomática y bien adaptada a todos los niveles, por lo que se procede al alta.

Discusión: Fue Westphal en 1878 (1) el primero en describir similitudes entre obsesiones y psicosis, ante lo

irracional e incomprensible de algunos síntomas. Sin embargo, la diferencia clave entre ambos es que el psicótico, aunque aparente distancia del delirio, finalmente expresa su convicción profunda, mientras el obsesivo lanza cierta duda respecto a la realidad de la idea. También el tratamiento suele ser diferente (neurolépticos en psicosis y agentes serotoninérgicos en TOC). Pese a ello, en ocasiones ante determinados pacientes la diferenciación es difícil. Es entonces cuando hablamos de TOC psicótico. Estos pacientes con TOC psicóticos tienen en general peor pronóstico que pacientes TOC no psicóticos o esquizofrénicos no obsesivos (2). El tratamiento conductual, eficaz para pacientes con TOC, parece ineficaz en sujetos con TOC psicótico (3). Se suelen describir cuatro tipos de TOC psicótico (4). Los dos primeros subtipos pertenecen a la interfase entre TOC y esquizofrenia, que el Epidemiologic Catchment Area (ECA) cifra en 12,2% (5). En primer lugar, un grupo de obsesivos (1-16%) desarrolla finalmente trastornos esquizofrénicos (2), grupo que se considera forma pseudo-obsesiva de esquizofrenia, que se supone presente desde el inicio. En segundo lugar, en 1-3,5% de los esquizofrénicos surgen síntomas obsesivos (2), y según los estudios neuropsicológicos recientes (6), parece que tienen peor resultado que los esquizofrénicos sin TOC en pruebas visuoespaciales, memoria remota no verbal y capacidades cognitivas de cambio. En estos dos subtipos de sujetos se suele añadir al neuroléptico clomipramina (7) o fluoxetina (8, 9).

Los dos últimos subtipos de TOC psicótico comprenden sujetos no esquizofrénicos, con TOC refractario a serotoninérgicos, que mejoran al añadir neurolépticos (10, 11), lo cual implicaría a la dopamina en la fisiopatología del TOC. Así, McDougle et al (12) encontraron mejoría en 53% de TOC refractarios a fluvoxamina, que tenían además trastorno de tics, al añadir pimocida. Igualmente, Saxena et al (13) encontraron mejoría con risperidona en 87% de casos (pero con una tasa de abandonos de 24%). Asimismo se han añadido con éxito ritanserina (14) o clozapina (15). Fueron Solyom, et al (16) los que describieron el tercer grupo, que llaman «psicosis obsesivas», con síntomas obsesivos en grado psicótico y/o personalidad previa esquizotípica (sin esquizofrenia), y que se caracterizan por un curso crónico deteriorante. Consideramos este subgrupo superponible al que otros autores denominaban enfermedad obsesiva (17). Por último, existe un cuarto grupo, del que Insel y Akiskal (18) describieron 23 casos, que suelen ser reactivos de contenido paranoide o afectivo, con ideas delirantes e ideas obsesivas, curso breve y remisión total sin defecto. Para estos autores, el TOC es un espectro de trastornos, donde los sujetos pueden tener diversos grados de insight respecto a las ideas obsesivas, desde la neurosis a la psicosis.

Creemos que nuestro caso ejemplifica este último grupo, dado que hay un desencadenante, y que con tratamiento combinado (neurolépticos + IRS) se logra una remisión mantenida, con excelente integración psicosocial. Parece haber una predisposición familiar para los elementos obsesivos, y quizá también para los paranoides (temperamento rígido del padre). Sin embargo, el

contenido delirante parece afectivo, influido por lo sucedido (temor a los drogadictos, a que la envenenen, etc.) y algo similar sucede con algunos elementos obsesivos: ideas intrusivas de volverse loca o ser adicta, por miedo a revivir el cuadro inicial; y las fobias de impulsión hacia el padre, con el que tiene fricciones típicas de la adolescencia. En ciertos aspectos nuestro caso es similar al descrito por Dryden-Edwards y Reiss (19), en cuanto a que se trata de un adolescente y que también desaparecen los síntomas con neurolépticos (risperidona 6 mg/día) y serotoninérgicos (clomipramina 100 mg/día), aunque en su caso ambos fármacos nunca coincidían temporalmente y por tanto la evolución del cuadro se alargó. Nos parece que su ausencia de respuesta a sertralina (50 mg/día) y trifluoperacina (3 mg/día), pudo ser debida al uso de dosis bajas y que lo ideal es combinar neuroléptico e ISRS a dosis similares a las del adulto, al tratarse de un adolescente (con tasas de metabolización altas). Sí es destacable la exacerbación de síntomas obsesivos con risperidona, por encima del nivel inicial de síntomas, aun con soporte serotoninérgico con sertralina. En nuestro caso no observamos este efecto de la risperidona debido a su retirada por hipotensión (probablemente debido a la acción sobre receptores alfa). Tampoco observamos exacerbación de los síntomas obsesivos ni con trifluoperacina ni con olanzapina, aunque nos parece más adecuada la segunda por su mayor eficacia sin afectar al rendimiento académico. Aunque con el hándicap del aumento de peso, sí sería aceptable su uso en este tipo de TOC psicótico, que permite tratamientos breves dada su rápida respuesta clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Westphal K. Uber Zwangsvorstellungen. Arch Psychiatr Nervenkr 1878;8:734-50.
- Fenton W, McGlashan T. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. Am J Psychiatry 1986;143:437-41.
- Foa EB. Failure in treating obsessive-compulsives. Behav Res Ther 1979;17:169-76.
- Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. Estados obsesivos. 2ª ed. Barcelona: Masson: 1995.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1094-9.
- Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy ME, Pappas D, Green AI. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. J Nerv Ment Dis 1998;186:150-6.
- Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive compulsive symptomatology in schizophrenic patients. J Clin Psychiatry 1993;54:385-8.
- Hwang MY, Martin AM, Lindenmayer JP, Stein D, Hollander E. Treatment of schizophrenia with obsessive-compulsive features with SRIs. Am J Psychiatry 1993;150:1127.
- Payá B, Crespo B, Sáenz M, Ayuso JL. Síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia: remisión con tratamiento antiobsesivo. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1998;26:201-3.
- Crespo Facorro B, Gómez Hernández R. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo resistente: una actualización. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1997;25:61-9.
- Insel TR. New pharmacologic approaches to obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1990;51 (Supl)47-51 y 56-8.
- McDougle CJ, Goodman WK, Price LH. Dopamine antagonists in tic-related and psychotic spectrum obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1994;558(Supl)24-31.
- Saxena S, Wang D, Bystritsky A, Baxter LR Jr. Risperidone augmentation of SRI treatment for refractory obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1996;57:303-6.
- Bach M, Aigner M, Lenz G. Ritanserin as adjunct to fluoxetine treatment of OCD patients with psychotic features [letter]. Pharmacopsychiatry 1997;30:28-9.
- Ghaemi SN, Zarate CA Jr, Popli AAP, Pillay SS, Cole JO. Is there a relationship between clozapine and obsessive-compulsive disorder?: a retrospective chart review. Compr Psychiatry 1995;36:267-70.
- Solyom L, Dinicola W, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessional psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. Can J Psychiatry 1985;30:372-80.
- Montserrat-Esteve S. Contribución al estudio cibernético de la patología obsesiva. En: Montserrat-Esteve S, et al. Patología obsesiva. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Málaga; 1971.
- Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. Am J Psychiatry 1986;143:1527-33.
- Dryden-Edwards RC, Reiss AL. Differential response of psychotic and obsessive symptoms to risperidone in an adolescent. J Child Adolesc Psychopharmacol 1996;6:139-45.

Correspondencia:  
M. Teresa de Lucas Taracena  
Pº Dr. Vallejo Nájera, 11 C - 2º I.  
28005 Madrid