

### SÍNTOMAS PRODRÓMICOS DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO EN UN CASO DE ESQUIZOFRENIA

Mónica Negueruela-López<sup>1</sup>

M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo<sup>2</sup>

Petra Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid

<sup>2</sup>Sección Infanto-Juvenil  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
Madrid

Correspondencia:

Mónica Negueruela López  
Hospital Universitario de Fuenlabrada  
C/ Camino del Molino, 2  
28942 Fuenlabrada  
Correo electrónico: mnegueruela@gmail.com

Sr. Director,

La relación entre síntomas obsesivos y/o compulsivos y psicosis está constatada ya desde el siglo XIX<sup>1</sup>. Actualmente, esta relación se presenta de diferentes formas<sup>2, 3</sup>. En primer lugar, individuos con psicosis que muestran síntomas obsesivos-compulsivos (SOC)<sup>4</sup> y que pueden presentarse al inicio de la enfermedad (pródromos)<sup>5</sup>. En segundo lugar, los SOC pueden ocurrir en el contexto de una psicosis pudiéndose solapar con fenomenología psicótica, representando así una "forma frustrada de psicosis"<sup>5</sup> y en tercer lugar los SOC inducidos por neurolépticos<sup>2</sup>. Finalmente, los SOC o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)<sup>2</sup> en el seno de una esquizofrenia ya establecida (el llamado "síndrome esquizo-obsesivo"<sup>6</sup>).

Varón de 19 años, derivado desde el hospital de día a la unidad de hospitalización de agudos (UHA). Presenta dos ingresos previos en UHA a los 13 y los 18 años y seguimiento errático en consultas de psiquiatría infantil. Presenta antecedentes familiares de TOC. Su padre tuvo "manías" en la infancia y tics motores faciales y un hermano con diagnóstico de TOC.

Primer contacto con servicios mentales a los 13 años por "depresión". A esa edad, presentó un episodio de ansiedad durante un examen en el colegio que no fue capaz de finalizar. Desde entonces, presentó un miedo intenso a ir al colegio por lo que sufrió absentismo escolar durante un año. A raíz del absentismo escolar, los padres notaron rituales de contaje, de lavado de manos y conductas repetitivas como lavarse los dientes hasta 15 veces, ponerse las zapatillas muchas veces. En la consulta ambulatoria se diagnosticó de TOC y se trató con Sertralina 25 miligramos (mg), risperidona solución 0,50 mg y cloracepato dipotásico 5 mg. Poco después, ingresó en la unidad de agudos infanto-juvenil de psiquiatría por alteraciones de la conducta. A continuación, el paciente volvió a las consultas externas de infantil. Durante este período la evolución del TOC fue tórpida y reflejaba el deterioro psicosocial del paciente. A los pocos meses se ins-

tauró un cuadro amotivacional mientras que las obsesiones y compulsiones cedieron con el tratamiento. En este momento, se diagnostica de "psicosis incipiente".

A los 18 años, se ingresa al paciente por hostilidad hacia sus padres. Se practican pruebas complementarias (analítica, resonancia magnética nuclear, EEG, ECG todas dentro de la normalidad). El tratamiento al alta fue de fluvoxamina (200 mg/d) y aripiprazol (10 mg/d) y seguimiento de forma preferente en su consultas externas.

Durante su evolución en el CSM, donde realizó un buen enganche terapéutico, inicia su primer trabajo como administrativo en una empresa, con una adecuada relación con sus compañeros por lo que se inicia la reducción paulatina de medicación. Presenta leve retraimiento social ("salgo solo con mis padres") y ausencia de fantasías propias de la edad ("no sé qué haré con mi primer sueldo"). No presenta sintomatología propia de TOC, exhibe un discurso parco y empobrecido durante las entrevistas y mantiene largos silencios, falta de espontaneidad. El seguimiento del paciente tanto en consultas externas de psiquiatría infantil, en la UHA así como finalmente en consultas ambulatorias además de la historia natural de su sintomatología y la desaparición de los SOO tras el tratamiento a los 14 años apoyan el diagnóstico de esquizofrenia simple.

Nuestro caso muestra la variedad de síntomas que pueden presentarse al inicio de la esquizofrenia. Parece ser que pacientes esquizofrénicos con SOC durante la fase prodrómica son clínicamente distintos de aquellos sin SOC, lo que sugiere la posibilidad de la clasificación de un subtipo de esquizofrenia<sup>7</sup>. Cuando la esquizofrenia está establecida, los SOC pueden aparecer concurrentemente o poco después del episodio psicótico y estar además relacionados con la severidad de la psicosis, los síntomas depresivos, los síntomas positivos y los síntomas negativos<sup>8</sup>.

Respecto a la transición de un TOC establecido a una esquizofrenia, algunos autores han planteado su baja frecuencia<sup>9</sup>. La frecuencia del cambio de diagnóstico de TOC a esquizofrenia se ha establecido en estudios ya clásicos<sup>9</sup> en los que, no obstante, existen fallos metodológicos. Suelen ser pacientes jóvenes, que ya al inicio del cuadro presentan dudas diagnósticas al clínico, como ocurrió en nuestro caso. Aparentemente, la clínica obsesiva se muestra en primer plano aunque la crítica de la ideación obsesiva suele ser parcial. El cambio al diagnóstico de esquizofrenia suele ocurrir tras una evolución tórpida del cuadro, una pobre respuesta al tratamiento y la persistencia de la ideación inicialmente obsesiva<sup>9</sup>.

Finalmente, nuestro caso aporta una interesante observación referente a los antecedentes infanto-juveniles de niños que desarrollan esquizofrenia de adultos. Los resultados de estudios epidemiológicos de tipo prospectivo indican que entre un 23% y un 61% de los niños que obtuvieron

un diagnóstico en un momento dado tienen un diagnóstico diferente en subsiguientes evaluaciones<sup>10</sup>.

Sería necesario, como apuntan algunos autores<sup>2</sup>, un examen preciso del curso temporal de los SOC en relación a posible sintomatología prodrómica y así ser capaces de detectar aquellos niños con esquizofrenia (o incluso factores psicopatológicos que la preceden) para generar estrategias preventivas y terapéuticas que minimicen el impacto de esta enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry*. 1989 Jul;30(4):283-95.
2. Niendam TA, Berzak J, Cannon TD, Bearden CE. Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. *Schizophr Res*. 2009 Mar;108(1-3):170-5.
3. Eisen JL, Beer DA, Pato MT, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 Feb;154(2):271-3.
4. Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, Pollack S, Stronger R, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Bull*. 2000;26(3):517-25.
5. Rodowski MF, Cagande CC, Riddle MA. Childhood obsessive-compulsive disorder presenting as schizophrenia spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008 Aug;18(4):395-401.
6. Rajkumar RP, Reddy YC, Kandavel T. Clinical profile of "schizo-obsessive" disorder: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2008 May;49(3):262-8.
7. Iida J, Iwasaka H, Hirao F, Hashino K, Matsumura K, Tahara K, et al. Clinical features of childhood-onset schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms during the prodromal phase. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1995 Aug;49(4):201-7.
8. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009 Jan;70(1):70-82.
9. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW. Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2004 Feb 15;125(2):139-46.
10. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jul;60(7):709-17.