

A. Salesasny Davidovsky  
J. L. Hernández Fleta  
T. Sánchez-Araña Moreno

# Neurocirugía y trastorno obsesivo-compulsivo resistente: a propósito de un caso

Unidad de Salud Mental de Canalejas  
Servicio Canario de Salud  
Las Palmas de Gran Canaria

El tratamiento neuroquirúrgico en psiquiatría es una técnica excepcional que sólo se aplica en algunos trastornos especialmente graves y resistentes al tratamiento convencional. Pero, sin duda, los datos que se van documentando aportan eficacia en aquellos casos en que los tratamientos combinados (fármacos-psicoterapia) no producen mejora y la evolución se dirige hacia el deterioro psicosocial grave.

Presentamos un caso clínico, neurocirugía en un trastorno obsesivo-compulsivo, con buenos resultados, lo que parece una buena estrategia para ir difundiendo los resultados de estas técnicas, dada la escasez de estudios controlados publicados.

**Palabras clave:**  
Neurocirugía. Trastorno obsesivo-compulsivo.

*Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(5):336-337

## Neurosurgery and refractory obsessive-compulsive disease: a case report

Neurosurgical treatment in psychiatry is an uncommon technique that is only used in some serious mental diseases which are very refractory to conventional treatment. There is no doubt that the documented cases have efficiently contributed to those cases where combined treatment (drug-psychotherapy) does not lead to clear improvement and where the course leads to serious psychosocial deterioration.

We present a clinical case of neurosurgery in obsessive compulsive disease with good results. This seems to be a good strategy to make the results of these techniques known because of the shortage of controlled studies published.

**Key words:**  
Neurosurgery. Obsessive-compulsive disorder.

Correspondencia:  
Adriana Salesansky Davidovsky  
Unidad de Salud Mental de Canalejas  
Luis Doreste Silva, s/n  
35004 Las Palmas de Gran Canaria  
Correo electrónico: jherfle@wanadoo.es

## INTRODUCCIÓN

Desde hace años se ha venido sugiriendo tratamiento neuroquirúrgico para algunas enfermedades mentales, especialmente cuando cursan de forma grave, invalidante y refractaria al tratamiento convencional, psicofarmacológico o psicoterapéutico, básicamente trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos afectivos resistentes y estados de ansiedad crónicos<sup>1</sup>.

La respuesta a los tratamientos combinados (fármacos- psicoterapia) se encuentra en torno al 60-80% de los casos, existiendo un buen número de pacientes que tras una adecuada estrategia, con los productos adecuados, las dosis necesarias y tiempos apropiados, lejos de mostrar mejoría, evolucionan a un deterioro psicosocial grave. Aquí podría estar indicada la neurocirugía<sup>2</sup>.

Creemos que la presentación de casos clínicos es una buena estrategia para ir difundiendo los resultados de estas técnicas dada la escasez de estudios controlados publicados<sup>3</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 21 años de edad sin antecedentes psicopatológicos familiares de interés. Nacido al octavo mes de gestación, con 3 kg de peso y que a los pocos días de nacimiento sufrió una infección de etiología no filiada, que requirió 10 días de hospitalización (la familia recuerda un estado de flacidez e hiporreactividad). Durante su infancia padeció psicopatología diversa de la esfera de la ansiedad: angustia de separación, fobia a la piscina y a los perros, una crisis de pánico durante un vuelo aéreo, etc. La escolarización y el rendimiento académico fueron normales, destacando en las actividades deportivas.

A los 17 años comienza con alteraciones psicopatológicas más graves: intenso miedo a contraer el sida y a ser objeto de burla por parte de sus compañeros y empieza a desarrollar rituales de comprobación (como mirar bajo su asiento para ver si hay jeringuillas) y de evitación (no mirar hacia atrás para que sus compañeros no perciban sus dudas); se

desarrolla temor intenso a la suciedad y también rituales de lavado (que le provocan un eccema de contacto). Fracasa en el colegio y abandona el deporte. Comienza con asistencia psiquiátrica y es diagnosticado de TOC. Durante 4 años recurre a diversos especialistas, es tratado con multitud de psicofármacos distintos, además de psicoterapia de inspiración psicoanalítica y cognitivo-conductual; en una ocasión fue necesario el internamiento en una unidad de psiquiatría por alteraciones de conducta graves con predominio de la heteroagresividad (una intensa angustia le llevaba a romper los muebles de su casa).

En el momento de realizar esta exploración destaca la intolerancia al ruido (conversaciones, televisor, teclado del ordenador), que le sigue provocando conductas violentas, aunque nunca provoca daños a las personas; evitación social casi absoluta; pasa la mayor parte del tiempo en la cama intentando descansar de la situación de «activación» permanente ante el riesgo de que surjan ruidos inesperados; su familia se siente esclavizada por sus exigencias de silencio y sus estallidos de violencia.

En estas condiciones de evolución crónica, gravedad clínica y refractariedad a los tratamientos instaurados se decide cirugía estereotáctica. Previamente se evalúan sus funciones cognitivas: coeficiente intelectual: 106; alteración en la memoria tanto verbal como visual; función ejecutiva alterada por procesos cognitivos rígidos y funciones práxicas, gnosis visuales y pensamiento abstracto sin alteraciones. También se realiza resonancia magnética craneal que evidencia una discreta asimetría en la morfología del complejo estriopalidal y una dilatación de la porción rostral del asta temporal del ventrículo lateral derecho. Y tomografía por emisión de positrones que detecta hipometabolismo cerebral global (que se pone en relación con estar tomando medicación o un posible componente depresivo endógeno).

Se concluye la existencia de una disfunción de estructuras límbicas de base orgánica que se sustentaría en las pruebas realizadas y explicaría las alteraciones psicopatológicas (rasgos psicóticos junto a los síntomas de un trastorno de ansiedad, tipo TOC).

Es intervenido utilizando la técnica estereotáctica y el generador de radiofrecuencia de Leksell, realizándose tres termocoagulaciones a nivel de *fundus stria terminalis* izquierda (6 × 4 mm) y cápsula anterior bilateral (15 × 4 mm). Es dado de alta a las 72 h sin complicaciones.

Ha seguido controles y seguimiento periódico en nuestra unidad de salud mental hasta la actualidad. Cabe afirmar que su conducta ha mejorado notablemente, su sintomatología se ha atenuado y ha desaparecido la intensa angustia que terminaba en accesos de violencia.

## DISCUSIÓN

Desde Moniz, en 1936<sup>4</sup>, muchos han sido los autores que han propuesto cirugía cerebral en los trastornos psiquiátri-

cos graves. En 1947 surge la primera cirugía estereotáctica que ha sido desarrollada y mejorada por numerosos centros, técnica que evita efectos adversos y complicaciones<sup>5</sup>. Cinco variantes neuroquirúrgicas se preconizan hoy día: capsulotomía anterior, cingulotomía anterior, tractomía subcaudada, leucotomía límbica y talamotomía laterocentral/palidotomía medial anterior<sup>2</sup>. La capsulotomía anterior bilateral se ha apuntado especialmente en el TOC resistente<sup>6</sup>. Es concretamente este método el aplicado en nuestro paciente con unos resultados, casi 2 años después de la intervención, muy favorables: importante atenuación de la ideación obsesiva, normalización de sus conductas, ha retomado estudios y actividades deportivas y mejorado el contacto social (durante todo este tiempo ha continuado tratamiento con fluoxetina).

Más recientemente la investigación apunta hacia el uso de estimulación magnética transcraneal, estimulación vagal y otras técnicas neuroquirúrgicas como capsulotomía con rayos gamma (*gamma knife*) y estimulación cerebral profunda<sup>7</sup>.

De una forma o de otra la literatura apunta a que la neurocirugía mejora hasta el 70% de los TOC resistentes<sup>8</sup> y sus efectos se mantienen a medio-largo plazo<sup>9</sup>, por lo que es una elección terapéutica que debe ser valorada, especialmente si tenemos en cuenta el intenso sufrimiento que esta enfermedad causa en el paciente y sus familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

- Polosan M, Millet B, Bougerol T, Olie JP, Devaux B. Psychosurgical treatment of malignant OCD: three case-reports. *Encephale* 2003;29:545-52.
- Lopes AC, de Mathis ME, Montes Canteras M, Salvajoli JV, del Porto JA, Constantino Miguel E. Update on neurosurgical treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26.
- Jenike MA. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:537.
- Moniz E. Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. Paris: Masson, 1936.
- Kim MC, Lee TK, Choi CR. Review of long-term results of stereotactic psychosurgery. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2002;42:365-71.
- Oliver B, Gascón J, Aparicio A, Ayats E, Rodríguez R, Maestro de León JL, et al. Bilateral anterior capsulotomy for refractory obsessive-compulsive disorders. *Stereotact Func Neurosurg* 2003; 81;90-5.
- Pallanti S, Hollander E, Goodman WK. A qualitative analysis of nonresponse: management of treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl. 14): 6-10.
- Greenberg BD, Price LH, Rauch SL, Friehe G, Noren F, Malone D, et al. Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: critical issues. *Neurosurg Clin N Am* 2003;14: 199-212.
- Hay P, Sachdev P, Cumming S, Smith JS, Lee T, Kitchener P, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder by psychosurgery. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:197-207.