

## Depresión refractaria, TOC y trastorno bipolar

Díaz Llenderrozas, F.; Páramo Fernández, M.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

---

### Introducción

Presentamos a continuación el caso clínico de una paciente que ingresó en nuestra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica por segunda vez en seis meses debido a la inmodificabilidad de su clínica depresiva desde la primera alta hospitalaria. Se trata de un cuadro filiado en un primer ingreso como Trastorno obsesivo-compulsivo (OMS F42.1; CIE 10ª Rev.) y Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (OMS F32.2; CIE 10ª Rev.), caracterizado por la presencia continuada de inactividad, clinofilia, astenia y anhedonía, acompañadas en ocasiones de períodos de angustia y acatisia.

Nos ha parecido de interés remarcable este caso al tratarse de un cuadro que debuta con sintomatología ansioso-depresiva hace unos quince años y se cronifica para estancarse, aparentemente, y mostrar una depresión de nula respuesta al tratamiento psicofarmacológico. Esta refractariedad nos obligó replantearnos el diagnóstico con una exhaustiva anamnesis en la que se detectaron episodios hipomaníacos, modificándose el diagnóstico a Trastorno bipolar tipo II.

El presente caso se utiliza para la revisión de las dificultades diagnósticas del Trastorno bipolar tipo II y de la incidencia de clínica obsesiva en los pacientes bipolares.

### Situación clínica

#### Identificación

Mujer de 37 años de edad, natural de y residente en Rois (A Coruña). Casada y con una hija de 14 años, convive con ésta, marido, padres y abuelos en domicilio familiar. Cursó estudios de peluquería mediante formación profesional II. Trabajó

como peluquera y como cajera de supermercado; en situación actual de paro laboral.

#### Antecedentes personales somáticos

No alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas. Hábito tabáquico moderado. Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

#### Antecedentes familiares psiquiátricos

No presenta de interés.

#### Antecedentes personales psiquiátricos

Mantiene seguimiento especializado desde hace trece años iniciado debido a clínica ansioso-depresiva coincidente con el parto de su hija. Un único internamiento psiquiátrico, producido seis meses antes que el que nos ocupa, con los susodichos diagnósticos al alta de trastorno obsesivo-compulsivo (OMS F42.1; CIE 10ª Rev.) y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (OMS F32.2; CIE 10ª Rev.).

#### Tipo y motivo de ingreso

Ingresa de forma voluntaria programada al presentar descompensación psicopatológica similar a la que motivó su anterior internamiento. La duración total será de cuarenta y cinco días.

Paciente sin alteraciones durante el embarazo que no presentó alteraciones en el desarrollo psicomotor. Descrita por sus familiares como alegre, cumplidora y muy trabajadora hasta más o menos los veinticinco años, cuando coincidente con el postparto de su única hija comienza a alternar períodos de eutimia con otros de ánimo bajo, haciéndose cada vez más duraderos los estados de depresión franca con labilidad emocional, clinofilia, quejas de ansiedad e inquietud interna.

Con el tiempo se observan además rituales de comprobación y de aseo que dificultarán la actividad habitual. Esta sintomatología se muestra refractaria a la mayoría de tratamientos psicofarmacológicos administrados. No presentará en ningún momento alteraciones sensorceptivas ni ideación delirante de algún tipo, manteniendo siempre conciencia de trastorno y de necesidad de tratamiento.

Ingresa por primera vez, de modo programado, hace seis meses debido a la falta de respuesta a terapia. Tras más de un mes de internamiento disminuirá su desesperanza y aumentará su predisposición para la realización de actividades, minimizando además los rituales. Los diagnósticos que recibe son los de trastorno obsesivo-compulsivo (OMS F42.1; CIE 10ª Rev.) y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (OMS F32.2; CIE 10ª Rev.). El tratamiento al alta se compone de Venlafaxina Retard 300 mg/día, Fluvoxamina 100 mg/día, Clonazepam 6 mg/día, Quetiapina 300 mg/día, Aripiprazol 10 mg/día y Flurazepam 60 mg si insomnio.

### Episodio actual

Tras el alta refiere eutimia completa con retorno a sus actividades domésticas de unos quince días de duración. Sin embargo, durante una estancia veraniega familiar en un camping retornan la inactividad, astenia y sentimientos de encontrarse “fuera de sitio”, por lo que abandona el lugar de veraneo y regresa sola al domicilio.

Presenta desde entonces tristeza, labilidad emocional, tendencia a la clinofilia, sentimientos de minusvalía e incapacidad, e inquietud continua con aumento del hábito tabáquico y de la ingesta alimentaria; todo ello acompañado de incremento de rituales de comprobación.

Se deciden por tanto diversas modificaciones de tratamiento de forma ambulatoria, como el aumento de Quetiapina a 600 mg/día, sin constatarse mejoría clínica. Se opta entonces por gestionar su segundo internamiento.

En la exploración psicopatológica al ingreso la paciente se encuentra consciente, orientada en las tres esferas y colaboradora. Se muestra llorosa, lábil y acatísica. Manifiesta hipoprosexia sin alteraciones mnésicas evidenciables. Ofrece un discurso lento y en tono bajo centrado en su malestar interno de los últimos meses. Su ánimo es depresivo con anhedonia y ansiedad neurovegetativa. No presenta pensamientos de muerte ni autolisis, aunque reconoce temor a padecer una enfermedad grave. Refiere sentimientos de minusvalía e incapacidad. No se aprecian alteraciones sensorceptivas. Reconoce aumento de la ingesta con ganancia ponderal e insomnio de mantenimiento. Muestra conciencia parcial de enfermedad, aceptando la necesidad de tratamiento psicofarmacológico.

Una vez en la sala decidimos profundizar durante una nueva entrevista psiquiátrica en la descripción y reinterpretación de sus períodos de eutimia, buscando indicios de hipomanía en el pasado. Realizaremos el mismo cuestionario en entrevista familiar. Como resultado nos describen algún período interdepresivo en el que se encontró hiperactiva, como “acelerada”; su marido dice recordar un episodio de euforia sin precisar fecha. Tras analizar los nuevos datos acordamos considerar la existencia de un breve episodio hipertímico y de hiperactividad precediendo a un período depresivo en un verano cinco años atrás, otro patrón similar en la primavera de hace tres años y un tercer y último episodio unos doce meses atrás.

Durante el ingreso se realiza un análisis de sangre que incluye bioquímica, hemograma y coagulación, así como de orina, encontrándose los resultados en rangos de normalidad. Se realiza un test de embarazo que resulta ser negativo. La radiografía de tórax no muestra ninguna alteración y en el electrocardiograma realizado no aparecen anomalías presentando la paciente un ritmo sinusal con una frecuencia de setenta y dos latidos por minuto. En el anterior internamiento se le había realizado un TCC sin objetivarse alteraciones significativas.

## Depresión refractaria, TOC y trastorno bipolar

La paciente realiza, asimismo, el test Verdadero-Falso de la CIE-10, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla:

Trastorno CIE-10	Respuestas positivas	Resultado
F60.0 Paranoide	1	Indicios
F60.1 Esquizoide	3	Posible positivo
F60.2 Disocial	1	Indicios
F60.30 T. Impulsivo	0	Negativo
F60.31 T. Límite	2	Indicios
F60.4 Histriónico	1	Indicios
F60.5 Anancástico	4	Posible positivo
F60.6 Ansioso	3	Posible positivo
F60.7 Dependiente	3	Posible positivo

### Estrategias terapéuticas y evolución posterior

Inicialmente, y ante la presencia de sintomatología similar a la mostrada en el ingreso anterior, se decide aumentar Venlafaxina Retard a 450 mg/día. El tercer día de internamiento se añade Aripiprazol 5 mg/día al tratamiento.

La paciente continúa con actitud total de indefensión e impotencia, con llanto motivado por el afrontamiento de su situación actual. En su discurso deja entrever que la incapacidad que manifiesta para realizar labores domésticas en respuesta a las demandas de sus familiares causa en gran medida sus sentimientos de angustia, y provoca la interpretación del internamiento como un mecanismo para tratar de evitar la exposición a esas responsabilidades domésticas. Reconoce inseguridad y duda patológica ante cosas simples de la vida diaria. No apreciaremos durante su estancia rituales de aseo o comprobación.

Tras constatar el relato patobiográfico de su bipolaridad afectiva se inicia tratamiento con Bupropion 150 mg/día, doblándose la dosis posteriormente. También aumentamos la Quetiapina a 400 mg/día. Se produce entonces mejoría moderada de su clínica depresiva, recuperando parcialmente la capacidad para las actividades diarias. Se muestra más reactiva afectivamente,

pero sin alcanzar la eutimia. Insistimos en el trabajo de estrategias de afrontamiento en el entorno familiar, con mejoría paulatina de su visión de futuro.

Se autoriza un primer permiso domiciliario durante el cual se ve sometida a estresores ambientales familiares derivados de inesperados contratiempos de salud de dos de sus allegados, por lo que no podemos valorar correctamente su adaptación. La familia observará mínimos rituales de comprobación. Aumentaremos, pasado el mes de ingreso, la dosis de Aripiprazol a 10 mg/día.

Finalmente, en el último permiso domiciliario presenta un buen nivel de actividad, con cumplimentación satisfactoria de labores domésticas y mejoría en expectativas relacionales en la convivencia diaria. Es dada de alta con diagnósticos de trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de rituales (OMS F42.1; CIE 10ª Rev.) y Trastorno bipolar tipo II episodio actual depresivo (OMS F32.2; CIE 10ª Rev.). El tratamiento al alta se compone de Bupropion 300 mg/día, Venlafaxina Retard 450 mg/día, Quetiapina 400 mg/día, Aripiprazol 10 mg/día, Flunitrazepam 2 mg/día y Clometiazol 2 cápsulas si persiste insomnio.

### Discusión

El trastorno bipolar tipo II es el doble de frecuente en mujeres que en hombres, y su diagnóstico puede ser facilitado considerando una serie de rasgos temperamentales predictores de viraje hipomaniaco en pacientes afectados de depresión mayor aparentemente unipolar<sup>1</sup>, que mostramos resumidos en la siguiente tabla:

Predictores	Mayores índices de:
Labilidad emocional	Abuso de sustancias
Hiperactividad	Conflictos familiares/laborales
Tendencia a la fantasía	Actos antisociales menores

Los estudios publicados hasta la fecha cifran la demora diagnóstica en el trastorno bipolar en unos diez años desde el inicio de la sintomatología<sup>2</sup>. Es-

tudios recientes otorgan una prevalencia del 0.5% al trastorno bipolar tipo II<sup>3</sup>, y conviene recordar que en la práctica clínica la filiación del mismo sufre uno de los mayores retrasos diagnósticos en Psiquiatría; en este caso el tiempo necesario para la filiación podría aumentar hasta en cuatro años/un treinta por ciento respecto al trastorno bipolar tipo I (12.1 años vs. 8.2 años)<sup>4</sup>. El motivo más comúnmente aceptado para justificar esta diferencia deriva del hecho de que un porcentaje alto de pacientes busca ayuda especializada solamente durante episodios depresivos, además de la tendencia a soslayar el diagnóstico retrospectivo de hipomanía<sup>5,6</sup>. En nuestro caso el tiempo transcurrido fue de unos catorce años.

Esta paciente presenta además comorbilidad con trastorno obsesivo-compulsivo, cuya presencia concomitante en enfermos con trastorno bipolar se cifra según algunos estudios entorno al 16%, llegando en el caso del tipo II al 23.1%<sup>7</sup>, aunque la presencia de sintomatología obsesiva o compulsiva en enfermos bipolares se estima como mucho mayor.

### Conclusión

Inicialmente la paciente parece mostrar una más de sus depresiones unipolares. Sin embargo una nueva revisión de su patobiografía nos permite descubrir la existencia de períodos hipertímicos en el pasado, lo que unido a la presencia de predictores de viraje hipomaniaco como labilidad

emocional, hiperactividad o historial de conflictiva familiar nos obliga a considerar el diagnóstico de un episodio depresivo bipolar, que nos lleva a un reajuste de tratamiento y a concluir como hipótesis más plausible:

- A. Que padece un trastorno bipolar tipo II episodio actual depresivo (OMS F32.2; CIE 10<sup>a</sup> Rev.).
- B. Y que padece de base, a pesar de no haber mostrado clara descompensación durante su internamiento, un trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de rituales (OMS F42.1; CIE 10<sup>a</sup> Rev.).

### Bibliografía

1. Hagop S Akiskal y cols: An 11-Year Prospective Study of Clinical and Temperamental Predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52(2), 114-123.
2. Moore DP, Jefferson JW: *Handbook of Medical Psychiatry* 2<sup>a</sup> ed. Mosby Elsevier 2004, 80.
3. Vallejo Ruiloba J: *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* 6<sup>a</sup> ed. Elsevier Masson 2006, 513-540.
4. García López A y cols.: Retraso diagnóstico en una cohorte de pacientes ambulatorios con Trastorno Bipolar. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2010, 3(3), 79-89.
5. Vieta E y cols: *Características clínicas del Trastorno bipolar tipo II, una categoría válida de difícil diagnóstico*. *Psiquiatría Biológica* 1994, 104-110.
6. Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C: Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Masson 2000, 335-365.
7. Koyuncu A y cols: *Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder*. *Compr Psychiatry* 2010, 51(3), 293.