

## La esquizotimia en el trastorno obsesivo compulsivo, una misma entidad, o simple casualidad

Durán Maseda, M<sup>a</sup>.J.; Martínez Gómez, P.; Martínez Formoso, S.; Páramo Fernández, M.

Servicio Psiquiatría. Complejo Hospital Universitario de Santiago Compostela

### Introducción

Con el presente caso clínico queremos hacer una reflexión sobre la comorbilidad entre el TOC y la Psicosis. Como vemos en la literatura contemporánea, aunque la asociación de sintomatología psicótica y obsesiva es frecuente y ha sido descrita desde la antigüedad, no existe un consenso al intentar englobar en una misma entidad diagnóstica condiciones de naturaleza variada, de significación clínica, pronóstica y terapéutica diferentes.

### Situación clínica

**Filiación:** Describimos una mujer de 36 años, madre de dos hijos, nacida el 06/07/1970, Reside en Val do Dubra con familia de origen.

**Antecedentes personales:** Sin alergias medicamentosas conocidas. Destaca el haber sido cesariada en sus dos embarazos y la existencia de migrañas

**Antecedentes familiares:** No hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas ni somáticas de interés.

### Enfermedad actual

En su patobiografía es descrita como una persona hipersensible, muy insegura y miedosa. Debuta a los 20 años de edad con una clínica nuclear de angustia y ansiedad con una patoplastia proteiforme de modo que según el momento evolutivo y los problemas de adaptación, ha sido diagnosticada de Distimia, Trastorno conversivo, Personalidad neurótica, TOC con predominio de obsesiones y Psicosis reactiva.

En el año 2007 se hace patente la clínica de obsesiones asociada a autorreferencialidad y “alucinaciones” visuales y auditivas intrapsíquicas sobre las que establece conciencia de irrealidad y siempre referidas a familiares fallecidos. Precisa ingresar en tres ocasiones, recibiendo el diagnóstico de Psicosis reactiva en su último ingreso en Octubre del 2007.

A pesar del tratamiento recibido durante los años de enfermedad, mantiene una evolución tórpida, persistiendo obsesiones egodistónicas de daño a familiares, aunque las obsesiones escatológicas y los rituales de limpieza no están presentes, persisten los rituales de verificación que no dominan el cuadro. Todo esto se acompaña de una importante ansiedad psíquica y somatizada con crisis pitiáticas asociadas. Tendencia a la bradipsiquia y lentitud en la ejecución de tareas, clinofilia, ausencia de ocio y abandono de sus tareas habituales.

Tras un accidente, hace dos meses de su hijo con la motosierra, se incrementan las obsesiones de daño, la angustia anticipativa y la auto-referencialidad, hasta que inicia amagos autolimitados de agresión a familiares, por lo que deciden su internamiento para ajuste terapéutico.

### Exploración psicopatológica

Vigil, orientada, parcialmente colaboradora en la entrevista, presentando actitudes pitiáticas, pueriles, exceso de familiaridad, cierta desinhibición y “belle indifference” en el relato que hace de los síntomas. Inquietud psicomotriz. Afecto inapropiado. Sin ideación delirante estructurada. Alucinaciones visuales. Pensamiento mágico.

Ambivalencia afectiva y volitiva. Conciencia parcial de trastorno.

### Pruebas complementarias

Analítica 22/4/2009 (realizada en el servicio de Urgencias de nuestro Hospital): Hematología 22/4/2009: Leucocitos  $11,98 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; Hematocrito 34,8%; VCM 76,7 fl. Bioquímica 22/4/2009: Normal. EKG (en Urgencias el 22/4/2009): Taquicardia sinusal a una frecuencia de 115 lpm.

Escala de Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo: obsesiones 17; compulsiones 10.

### Evolución clínica

Durante los primeros días que permanece en la Unidad de Agudos de Psiquiatría predomina clínica ansiosa, angustiada ante la permanencia de ideación obsesiva, que va disminuyendo a lo largo de la hospitalización, hasta su desaparición; lo que ha permitido que la paciente se relacione adecuadamente con su familia.

Presenta una rápida adaptación a la normativa de la sala, participativa en las diferentes actividades. Normalizándose los hábitos dietéticos y los ritmos del sueño. Lo que nos permite derivar a la paciente para un seguimiento ambulatorio.

### Juicio clínico

Podemos concluir que nuestra paciente presenta un trastorno obsesivo compulsivo con predominio de pensamientos obsesivos (OMS F42.0) Trastorno esquizotípico (OMS F 21.0)

### Tratamiento o plan terapéutico

A lo largo de su patobiografía la paciente fue sometida a tratamiento con numerosa medicación psicofarmacológica ansiolítica y antidepresiva (tricíclicos, tetracíclicos e ISRS) desde que fue atendida por primera vez; con efectos parciales y breves, con frecuentes recaídas que requieren en ocasiones estancias hospitalarias. En el momento

del ingreso en nuestra unidad se encuentra en terapia con: olanzapina 10 mg/día, venlafaxina 150 mg/día, trazodona 200 mg/dl, levomepromazina 20 mg/día e alprazolam 6 mg/día.

Durante la estancia en nuestra unidad se aumenta tratamiento antipsicótico hasta 20 mg/día de olanzapina, reduciéndose hasta la suspensión de la levomepromazina y manteniendo el tratamiento con trazodona a dosis de 100mg/día y ansiolíticos: alprazolam 2 mg tres comprimidos al día y flunitrazepam para dormir.

### Discusión

El caso que nos ocupa, presenta un inicio ansioso-depresivo hasta que se hacen patentes las obsesiones y rituales, que dominan el cuadro, pero con posterioridad evoluciona hacia un aislamiento social, desinterés y abulia coincidiendo con la clínica “cuasi psicótica” y agravamiento de las obsesiones. Dado que en el momento evolutivo actual, cumple criterios para trastorno esquizotípico y TOC, nos obliga a reflexionar sobre la comorbilidad entre el diagnóstico de esquizotipia y TOC.

En el siglo pasado, Jane (Psicastemia, 1903) y Schneider (1925) ubicaron definitivamente el TOC en el terreno de las neurosis, lugar que fue robustecido por las aportaciones que desde el Psicoanálisis hizo Freud. Jaspers en (1913) en su Psicopatología General sentaba las bases para la diferenciación clínica entre las ideas delirantes, las obsesivas y las sobrevaloradas (esta última tomada de Wernicke), estableciendo no sólo los límites con las otras ideas patológicas, sino también con la duda normal misma. A pesar de la consolidación del paradigma de las neurosis en la primera mitad del siglo XX, aparecieron reportes de paciente TOC que directamente presentaban síntomas psicóticos. Los pacientes que no presentaban el carácter forzado, la egodistonia o la experiencia subjetiva de compulsión fueron considerados como “Obsesivos Malignos, Obsesivos Atípicos, Obsesivos sin

*insight*, “Esquizo-obsesivos” o “Esquizofrénicos Dubitativas”. La literatura contemporánea unificó esta terminológica y acuñó la noción de “Interfase esquizofrenia-TOC”. Término complejo que engloba condiciones de naturaleza clínica, pronóstica y terapéutica diferentes<sup>1</sup>.

El trastorno de personalidad esquizotípico es el diagnóstico que con mayor frecuencia relativa observamos entre las personas diagnosticadas de TOC en la población ambulatoria (Almas y Torgersen, 1988). (Zimmerman y Coryell, 1989)<sup>2</sup> y se aprecia con frecuencia en familiares de esquizofrénicos<sup>3</sup>.

Podemos explicar esta comorbilidad por una superposición de criterios: pensamiento mágico, vago, circunstancial, metafórico y a menudo estereotipado, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento. Esta superposición es más evidente en la CIE-10 que describe rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenido dismórfico, sexual o agresivo en el trastorno esquizotípico.

El trastorno esquizotípico podría marcar un subgrupo de TOC. Los pacientes con un personalidad obsesiva se diferenciarían de aquellos que presentan una personalidad esquizotípica en que los primeros mantendrían un buen funcionamiento social (Skodol et al., 2002)<sup>4</sup> y una buena

calidad de vida (Cramer, Torgersen y Kringlen, 2006,2007)<sup>5</sup>. Catapano y al. (2006) sugiere que al menos el TOC con trastorno de personalidad esquizotípica es un subgrupo de especial mal pronóstico<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Esteban Toro Martínez. Formas psicóticas del trastorno obsesivo-compulsivo. ALCMEON (Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica). Año XII, vol. 10 N° 2, septiembre de 2001.
2. Svann Torgersen. Department of Psychology. Oslo University, Norway. Comentary Obsessive-compulsive disorder plus schizotypal personality disorder: Is the sum more than the parts? *Personality and Mental Health*. 204-206 (2008), Published online in Wiley InterScience.
3. Almas, R., & Torgersen, S. (1998). The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 485-492.
4. Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., & Bender, D.S. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
5. Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorder and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184.