

## Esquizofrenia con síntomas obsesivos

Graciela Cabo Escribano  
Clínica La Merced. Pontevedra

---

Se trata de una mujer de 29 años, diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide, que ingresa en la Unidad de Agudos por descompensación de su enfermedad de base. Según relata la familia en los días previos al ingreso la paciente se muestra muy angustiada y con soliloquios.

Ingresó por primera vez hace 8 años cuando estaba estudiando Derecho (tres años de fracaso académico). Entonces presentó ideas delirantes de tipo místico, angustia y aislamiento social. Se trató el cuadro con olanzapina y risperidona. Siguió consultas ambulatorias siempre con buen cumplimiento del tratamiento. Desde este primer episodio psicótico no realiza actividad laboral ni estudia. Ayuda en las tareas domésticas y sólo se relaciona con su familia, con la que prácticamente no se comunica desde hace 4 años. Su familia describe su conducta como apática sin mostrar interés por nada. Sin iniciativa. La paciente refiere que se pasaría el día fumando, comiendo y nada más.

Tratamiento previo al ingreso: quetiapina y olanzapina con mala evolución y obesidad progresiva.

### Antecedentes personales somáticos:

No alergias medicamentosas conocidas. Asma alérgica. No consumo de tóxicos. Fumadora. Obesidad (96-98 kg).

### Exploración psicopatológica al ingreso:

#### C.O.C.

Se objetiva alogia y aplanamiento afectivo. La paciente refiere apatía y abulia, tendencia a la clinofilia. Describe que se inventa historias que ocupan su pensamiento durante todo el día

(conversaciones, situaciones) y que no puede pararlo, por lo que se siente molesta y angustiada: «ocupan todo el día mi cabeza y no puedo atender a nada más». Pensamientos intrusivos sobre la posibilidad de hacer daño, miedo a pasar al acto. Niega trastornos senso-perceptivos y explica claramente que esas historias y conversaciones no vienen de fuera no son impuestas sino que ella se las inventa y no puede pararlo. No hay ideación delirante ni alteración del estado de ánimo. Niega ideación autolítica.

#### Exploraciones complementarias:

Análítica de sangre y orina sin alteraciones. Hormonas Tiroideas en el rango de la normalidad. Test de embarazo negativo. Serología de VIH 1 y 2, VHB, VHC, negativas. TAC cráneo-cerebral sin alteraciones.

#### Evolución:

Se realiza un cambio en la medicación, se introduce amisulpiride hasta 1000 mg al día, ziprasidona 80 mg, imipramina 75 mg y topiramato 200 mg y se elimina paulatinamente la olanzapina, objetivándose una disminución de su aislamiento y angustia, y una mayor expresividad facial. Hay una disminución de la sintomatología obsesiva. La familia informa del cambio en la paciente como muy positivo, tanto en su actividad diaria como un aumento de la interacción y comunicación con ellos. Desde hacía cuatro años prácticamente no hablaba.

Hay que destacar la buena tolerancia al tratamiento con ausencia de síntomas extrapiramidales.

#### Diagnóstico:

Esquizofrenia Paranoide. Descompensación con sintomatología obsesiva predominante.

**Discusión:**

Dados los antecedentes familiares de la paciente y su historia clínica podríamos pensar que se trata de una Esquizofrenia Paranoide y un TOC simultáneos, o bien que los síntomas obsesivos sean consecuencia de su enfermedad de base y del tratamiento con antipsicóticos atípicos, de tal forma que lo que haya provocado el ingreso sea una descompensación psicótica con sintomatología obsesiva predominante (por lo cual nos inclinamos). Este tipo de cuadros clínicos es muy frecuente y parece que se ha incrementado desde la introducción de los antipsicóticos atípicos; resulta dificultoso encuadrarlos dadas las clasificaciones actuales: ¿Son un subtipo de Esquizofrenia? ¿Que papel juegan los antipsicóticos atípicos, sobre todo olanzapina, risperidona o quetiapina? ¿Cual es su evolución?, ¿qué tipo de tratamiento sería el más adecuado?

Lo cierto es que la existencia de síntomas obsesivos en la esquizofrenia ha sido descrita por numerosos autores: Storring 1932; Stengel 1945; Stern 1930; Jahrreiss, 1926; Picus 1950; Rosen, 1957. Fenton y McGlashan (1986) encuentran que síntomas obsesivos se describen en el 1-3.5% de pacientes esquizofrénicos. De hecho se ha hablado de formas pseudoobsesivas de Esquizofrenia: Michaux 1945; Hoch 1962. La relación de las obsesiones con las psicosis puede ser de varios tipos:

- Pueden emerger fenómenos obsesivos en el seno de una Esquizofrenia
- Un cuadro obsesivo puede evolucionar a una Esquizofrenia, en tales casos es muy probable que el trastorno psicótico estuviera presente desde el inicio. Lo que ocurre es que tras esta «fachada» se oculta la verdadera naturaleza del síndrome y a medida que el proceso esquizofrénico evoluciona va desplazando a la sintomatología pseudoneurótica de este tipo.

- Algunos autores han descrito a un subgrupo de pacientes obsesivos atípicos de mal pronóstico y escasa respuesta terapéutica, afectados gravemente por síntomas que bordean el delirio. Proponen denominar a este grupo psicosis obsesivas: Weis y cols.1969, 1975; Robinson y cols. 1976. Posiblemente el grupo de pacientes obsesivos con personalidades Esquizotípicas descrito por Jenike y cols.1986, Stanley y cols.1990; Mavissakalian y cols. 1990, corresponde a este grupo de pacientes obsesivos graves, crónicos y con escasa respuesta terapéutica.
  - Pacientes obsesivos que en el curso de su enfermedad presentan cuadros psicóticos, paranoides y reactivos (Insel y Akiskal 1986), cuyo pronóstico es bueno.
  - Pacientes esquizofrénicos que desarrollan síntomas obsesivos secundarios a la medicación antipsicótica.
  - Comorbilidad Esquizofrenia- TOC.

Una vez descritos los diferentes grupos, debemos preguntarnos a cual corresponde el paciente, y tratarlo de la forma más adecuada. En el caso descrito, una paciente diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide y en la que nos encontramos con sintomatología obsesiva predominante, resulta necesario añadir fármacos antiobsesivos, que mejoren su funcionamiento social, así como cambiar de antipsicótico buscando un perfil más benigno respecto a este tipo de síntomas, (amisulpiride), puesto que aunque controvertida, parece existir cierta evidencia de que algunos pueden exacerbar este tipo de síntomas.

Tras varios meses del alta se evidencia la buena evolución con pérdida de 20 kg de peso, iniciativa, motivación, incluso posibilidad de retomar actividad académica.

**Bibliografía:**

1. Manuel Cabaleiro Goas. *Temas Psiquiátricos. Obras Completas*. Capítulo ocho, 930.

## Esquizofrenia con síntomas obsesivos

---

2. Julio Vallejo Ruiloba, German E Berrios. *Estados Obsesivos*. Capítulo cinco, 77-80.
3. Insel, T. y Akiskal, H. *Obsessive-compulsive disorder with Psychotic features: A phenomenologic análisis*. Am. J. Psychiatry, 143, 1527-1533, 1986.
4. Insel, T. y Akiskal, H. *Dres. Insel and Akiskal Reply*. Am. J. Psychiatry, 144, 7, 969, 1987.
5. Jenike, M. y cols. *Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder*. Am. J. Psychiatry, 143, 530-532, 1986.