

Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿Dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos?

Joaquín Castillo Joo,¹ Irma Corlay Noriega²

Caso clínico

SUMMARY

Through the study of human psychopathology found in complex cases, where in many cases, psychiatric symptoms of various mental disorders closely coexist in the same patient. In the case of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder has been found a clear association between OCD symptoms and psychotic symptoms which in many cases difficult distinction between obsessions and delusions. For this situation currently observed in recognition than-expected rates of comorbidity and observation of development or exacerbation of obsessive-compulsive symptoms during periods of exacerbation of schizophrenia.

Patients with schizophrenia and OCD comorbidity may represent a special category among patients with schizophrenia, it is proposed to call it schizophrenia, schizoaffective disorder or obsessive, which established more than a clinical challenge, a challenge semiological, trying to identify and accept a new concept of obsessive idea that could involve lack of awareness of disease where the idea is not considered obsessive and excessive.

We describe the case of an adult 28 years old who presents initially negative symptoms alternating with positive symptoms characteristic of schizophrenia, obsessive ideas subsequently presenting with compulsive behaviors characteristic of OCD.

Key words: Schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, schizobsessive disorder, delusions, obsessions.

RESUMEN

Por medio del estudio de la psicopatología humana se han encontrado casos complejos en los que, en muchas ocasiones, los síntomas psiquiátricos de los diferentes trastornos mentales coexisten de manera estrecha en un mismo paciente. En el caso de la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo se ha encontrado una clara asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y síntomas psicóticos, lo que en muchas ocasiones dificulta la delimitación entre ideas obsesivas e ideas delirantes. Por dicha situación actualmente se observa el reconocimiento de tasas mayores a las esperadas de comorbilidad y la aparición o exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos durante períodos de exacerbación de la esquizofrenia.

Los pacientes con comorbilidad entre esquizofrenia y TOC pueden representar una categoría especial entre los pacientes con esquizofrenia, por ello se ha propuesto denominarla trastorno esquizo-obsesivo, lo que establecería, más que un reto clínico, un reto semiológico, tratando de determinar y aceptar un nuevo concepto de idea obsesiva que pueda implicar poca conciencia de enfermedad donde no se considere la idea obsesiva como excesiva.

Se describe el caso de un adulto de 28 años de edad quien presentó inicialmente síntomas negativos alternados con síntomas positivos, característicos de la esquizofrenia, a lo que se agregaron posteriormente ideas obsesivas con comportamientos compulsivos característicos del trastorno obsesivo-compulsivo.

Palabras clave: Esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno esquizo-obsesivo, ideas delirantes, ideas obsesivas.

INTRODUCCIÓN

Bleuler consideraba que los síntomas obsesivos eran un pródromo o parte integral de lo que conocía como demencia precoz; la primera vez que se aceptó la coexistencia del TOC y la esquizofrenia data de 1926 por Jahreiss y en 1957 por Rosen.

En la coexistencia de síntomas de esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo, la presencia de dichos síntomas en un paciente se presenta como un fenómeno clínico

heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas psicóticos y obsesivos.¹

Tomando como base que principalmente existen dos tipos de estudios que evalúan la coexistencia de síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos, algunos estudios parten de grupos de pacientes a quienes inicialmente se les diagnosticó esquizofrenia y que, en el transcurso de su trastorno desarrollan síntomas obsesivos (como al parecer sucede en el caso del presente paciente) y otras investigaciones que evalúan a pacientes inicialmente diagnos-

¹ Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

² Jefe del Departamento Clínico de Psiquiatría. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Correspondencia: Joaquín Castillo Joo. Departamento Clínico de Psiquiatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Av. Cuauhtémoc 330, col. Doctores, 06720, México, D.F. E-mail: joaq_joaq@yahoo.com.mx

ticados con TOC que desarrollan en algún momento síntomas psicóticos.¹

Se ha propuesto tres hipótesis para explicar la coexistencia de los síntomas psicóticos con obsesivo-compulsivos, una de ellas explica el fenómeno como comorbilidad entre TOC y la esquizofrenia, otra propone que estos pacientes constituyen subgrupos de TOC y subgrupos de esquizofrenia y la tercera plantea que esta coexistencia de síntomas podría constituir una nueva entidad clínica aún no reconocida.

Se ha considerado que existe evidencia clínica y epidemiológica sólida que apoya la existencia de una variante de esquizofrenia con fenómenos obsesivo-compulsivos.²

Debe diferenciarse el contenido de los síntomas obsesivo-compulsivos relacionados con los de la esquizofrenia; es decir, si ocurren en el contexto de una psicosis, si sólo ocurren en la fase prodromica de la esquizofrenia, si son inducidos por neurolépticos o si ocurren al mismo tiempo que la esquizofrenia, como al parecer ocurre en este caso debido a que los síntomas psicóticos ocurren al mismo tiempo que los síntomas obsesivos.

Los datos de prevalencia de la comorbilidad entre esquizofrenia y TOC son muy variables entre un 7.8% hasta un 47%, aumentando progresivamente hasta la actualidad.³

La serotonina y la dopamina son los neurotransmisores que han figurado constantemente como los principalmente involucrados en ambas patologías.

El circuito funcional implicado en la fisiopatología del TOC involucra un circuito córtico-estriatal-tálamo-cortical, incluyendo los ganglios basales, corteza órbito frontal y corteza cingulada anterior. En la esquizofrenia el circuito de la corteza prefrontal dorsolateral contiene sustratos anatómicos similares a los circuitos orbitofrontales del TOC. Ambas patologías muestran coincidencia en las estructuras implicadas, entre ellas los ganglios basales, el tálamo, el cíngulo anterior, la corteza orbitofrontal y las regiones de la corteza temporal.³

En estudios de neuroimagen se han encontrado en pacientes con ambos trastornos comórbidos la presencia de un hipocampo izquierdo de menor tamaño que los sujetos que presentaban esquizofrenia sin síntomas obsesivo-compulsivos, curiosamente presentados también en el caso que a continuación se expondrá.³

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Ficha de identificación del paciente

Iniciales del paciente: RGM.

Edad: 28 años.

Sexo: Masculino.

Ocupación: Estudiante de licenciatura en ciencias de la comunicación en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Lugar de origen: México, Distrito Federal.

Lugar de residencia: Ciudad de México.

Escolaridad: Actualmente en licenciatura en ciencias de la comunicación.

Estado civil: Soltero.

Religión: Católica.

Motivo de consulta

Paciente masculino que llega a la consulta por presentar alteraciones primarias en el pensamiento, ideas delirantes de daño y referencia, así como místico-religiosas, síntomas negativos, asociado a ideas persistentes e intrusivas de abandonar la escuela y de contaminación.

Fuente. Interrogatorio directo e indirecto (madre); expediente clínico.

Historia familiar

- Abuelo paterno finado por complicaciones de diabetes mellitus 2.
- Abuela materna viva padece hipertensión arterial sistémica.
- Padre finado hace cuatro años y medio, secundario a accidente automovilístico.
- Dos tíos por rama materna con hipertensión arterial sistémica.
- Niega antecedentes psiquiátricos familiares.

Historia personal

Historia prenatal y perinatal

Producto de gesta tres de tres embarazos, de madre de 27 años de edad, con embarazo planeado, deseado y aceptado por ambos padres; la madre ingirió, a partir del quinto mes de embarazo, fumarato ferroso y ácido fólico y acudió mensualmente a consultas con el médico familiar. Aparentemente el curso del embarazo fue normoevolutivo, a término, obtenido por parto eutóxico, sin aparentes complicaciones, lloviendo y respirando al nacer, Apgar 9/9, atendido en medio hospitalario, permaneciendo internado durante dos días y posteriormente egresando junto con su madre.

Primera infancia

Cursa con retraso en el desarrollo psicomotor, manifestado por: Reflejos presentados al nacer, Moro, búsqueda, prensión presentes, sostén cefálico a los nueve meses, rueda sobre su eje a los 10 meses, sedestación a los 12 meses, gateo a los 13 meses.

Infancia media

Inicia vida escolar a los cuatro años de edad al ingresar al kínder, con buen comportamiento, sin datos de enuresis o encopresis, posteriormente a los siete años de edad ingresa

a primaria de gobierno, la cual cursa con regular rendimiento escolar en los seis años de duración, saliendo con promedio de ocho, la madre menciona que por momentos la maestra le comentaba que tenía aislarse y no jugar con sus demás compañeros.

Infancia tardía

Ingresa a la secundaria a los 13 años de edad, la cual cursa con bajo rendimiento escolar, suspendiéndola al inicio del tercer año, debido a la aparición del padecimiento actual. Los maestros de la escuela, a decir de la madre, lo reportan como solitario, poco colaborador en las actividades escolares y con sus compañeros, sin interés por las clases y las tareas que le encargaban.

Edad adulta

Ingresa a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México a los 24 años de edad para estudiar la carrera en ciencias de la comunicación. Actualmente se encuentra en el 3er semestre. Refiere tomar pocas materias en cada semestre debido a la dificultad que le representa «concentrarse para estudiar» por su padecimiento actual.

Refiere aún no haber iniciado vida sexual, menciona atracción por los hombres, sin embargo tiene miedo de contagiarse de VIH, por lo que no ha mantenido ninguna relación con otra persona. A los 10 años de edad refiere ser víctima de abuso sexual por parte de uno de sus tíos en dos ocasiones diferentes.

Antecedentes personales patológicos

- A los dos meses de edad cursa con enfermedad digestiva no especificada, lo que le ocasiona desnutrición de leve a moderada y retardo en el desarrollo psicomotor.
- Amigdalectomía a los ocho años de edad, circuncisión a los 20 años de edad.
- Alérgico a las sulfas
- Tabaquismo positivo desde los 16 años de edad, con patrón de consumo de uno a dos cigarrillos por día hasta la actualidad.
- Etilismo positivo desde los 16 años de edad con patrón social de manera ocasional hasta la actualidad.

Padecimiento actual

Inicia su padecimiento actual aproximadamente a los 15 años de edad, sin reconocer factor desencadenante aparente al presentar pensamientos intrusivos, repetitivos y persistentes que le mencionaban constantemente «que dejara la escuela, que abandonara sus estudios» situación que se presentaba varias veces al día, diariamente, al estar realizando cualquier actividad, provocándole angustia y desesperación. Posteriormente, a los dos meses de iniciada dicha sintomatología se agrega al cuadro aplanamiento afec-

tivo, abulia, alogia, aislacionismo, perdiendo el interés por sus actividades escolares progresivamente, llegando a abandonar sus estudios durante aproximadamente dos años. Además presentó períodos de inquietud psicomotriz, conductas desorganizadas al correr alrededor de su casa y salir a la calle gritando «que me dejen los pensamientos, yo sí quiero estudiar» y patear lo que se encontraba a su alrededor, así mismo presenta heteroagresividad verbal en contra de sus familiares, principalmente con su madre, llegando a insultarla en varias ocasiones, exigiéndole que atienda a sus demandas como comprarle cigarros y cualquier objeto que se le antojara, autoagresividad: golpea su cabeza en contra de las paredes de su casa con la finalidad de quitarse de la mente este tipo de pensamientos; dicha sintomatología alterna además con períodos de tristeza, anhedonia, irritabilidad, sentimientos de culpa, apatía, llanto fácil, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada, progresiva con aumento de intensidad y frecuencia de los períodos comentados, situación que lo mantuvo alejado de su escuela durante dos años, debido a que no quería tener contacto con ninguna persona que no fuera su familia, sin acudir a especialista.

Posteriormente presenta además de los pensamientos ya mencionados, ideas sobrevaloradas de daño y místico-religiosas «yo creía que el diablo o algo maligno a lo mejor se metía en mi mente y que por esta razón los pensamientos no dejaban de existir»... «o que alguien que me quería lastimar o dañar o por maldad, se quería meter en mi cabeza para controlar mi mente y que dejara de estudiar, sin embargo dudaba mucho que esto estuviera sucediendo por que cómo le iban a hacer esas personas si hasta donde yo sabía no podía ser realidad...» «también llegue a pensar que alguien me quería hacer vudú o brujería»... continuando además con apatía, tendencia al aislacionismo, períodos de abulia y alogia, comunicándose con sus compañeros únicamente para lo necesario, sin lograr entablar una amistad profunda y duradera con ninguna persona y perdiendo a los amigos que anteriormente tenía.

Así mismo presentaba aplanamiento afectivo, con poca expresividad emocional ante situaciones que su madre consideraría cargadas de afectos, como el fallecimiento de su padre secundario a accidente automovilístico, tras lo cual sólo lo observaba «pensativo...» «el día que falleció su padre no lloró, sólo se quedaba en silencio, serio, como si no estuviera en este mundo»... «como alejado de lo que yo o sus demás familiares pudiéramos sentir»... o ante diversas situaciones de felicidad o alegría que compartían con sus familiares, como cumpleaños o festejos como navidad y año nuevo.

Se mantiene con dichos síntomas durante aproximadamente 10 años, sin recibir tratamiento psicofarmacológico, hasta que en mayo de 2007, a los 26 años de edad, presenta exacerbación de la sintomatología mencionada, teniendo como aparente factor desencadenante el desarro-

llo de homosexualidad egodistónica, al darse cuenta de que «le gustaban los hombres más que las mujeres y eso me causaba preocupación...», presentando aumento en la frecuencia de pensamientos intrusivos ya mencionados: «el pensamiento de que abandone la escuela era más frecuente, llegaba repentinamente y se me quedaba en mi cabeza con mayor intensidad y más veces al día»..., además, pensaba constantemente en el día (a decir del paciente) que fue víctima de abuso sexual por parte de un tío a los 10 años de edad, relacionando el hecho con sus deseos homosexuales generándole sentimientos de culpa, vacuidad y futilidad. A los 15 días de la exacerbación de dicha sintomatología se agregan además, ideas delirantes místico-religiosas: «el diablo se va a meter en mi, por eso es que tengo que dejar la escuela»... «me dicen mis pensamientos que abandone mis estudios, yo creo que alguien se metió en mi mente y me la puede controlar»... «es una fuerza mala la que me dice que no estudie y que no haga nada»... «en ocasiones puedo sentir cómo mis pensamientos se escuchan fuertes dentro de mi cabeza»... «sí creo en espíritus demoniacos y por eso tengo tendencias homosexuales porque me quieren convertir en un demonio o en un diablo», «Dios no está aquí, sólo el diablo y me quiere llevar con él»... asociados a pensamientos catastróficos, ansiedad, sensación de falta de aire, palpitaciones, miedo a volverse loco, insomnio al inicio de conciliación, tornándose global, aumento en la irritabilidad, en los pensamientos persistentes sobre dejar la escuela, así como en los síntomas negativos, agitación psicomotriz, heteroagresividad verbal y física en contra de sus familiares, motivo por el cual acuden nuevamente al psiquiatra particular, el cual inicia manejo psicofarmacológico a base de carbamazepina, iniciando 100mg al día durante una semana, con aumento progresivo hasta 300mg al día a las tres semanas y clonazepam 0.5mg al día, sin remisión de los síntomas y con aumento progresivo de éstos, con disfunción importante a nivel social y familiar. Continuó con las mismas dosis durante dos meses.

En agosto de 2007 presenta nuevamente conductas autolesivas, golpeándose la cabeza en repetidas ocasiones en contra de la pared para poder eliminar dichas ideas y las nuevas que le fueran surgiendo; presenta anorexia, disminución del interés para casi todas sus actividades, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte, además de la sintomatología anteriormente comentada, motivo por el cual su madre decide llevarlo al Hospital de Psiquiatría «Dr. Héctor H. Tovar Acosta». Es visto en admisión, en donde se valora y se optimiza su esquema terapéutico con incremento de carbamazepina a 600mg al día, clonazepam 1mg al día y se inicia fluoxetina 20mg al día, tomando dicho esquema terapéutico durante cuatro meses a las dosis indicadas, presentando únicamente disminución en la inquietud psicomotriz y mejoría en el patrón de sueño.

En diciembre de 2007, es llevado nuevamente por su madre a valoración al Hospital Psiquiátrico por persistir la sintomatología, con predominio del aislacionismo, sin platicar con ninguno de sus compañeros, sin participar en actividades académicas grupales, permaneciendo solo en su cuarto, a obscuras la mayor parte del tiempo, por momentos con mutismo selectivo hacia sus familiares, indiferente al medio, con los pensamientos persistentes, sólo que ahora ya no los comentaba con nadie; con pensamientos recurrentes de muerte, portando un crucifijo en ambas manos y caminando por toda la casa con él, musitando y rezando constantemente y evitando el contacto visual con todas las personas a su alrededor. Los pensamientos repetitivos consistían en «que tengo que dejar la escuela, tengo que matarme»... «también pienso en espíritus malignos, que sí creo que existen, ya que por, ellos tengo tendencias homosexuales»... Presentó en dos ocasiones conductas suicidas al subir a la azotea de su casa e intentar tirarse de ella, siendo detenido en ambas ocasiones por su madre, razón por la cual es valorado y se decide su internamiento por primera vez en dicho hospital.

Durante su internamiento, se prescribe nuevo esquema terapéutico a base de olanzapina 10 mg al día, se sustituye fluoxetina por sertralina a dosis de 100 mg al día, se agrega hidroxicina 10mg al día y se aumenta el clonazepam a 2mg al día; durante su estancia en el hospital evoluciona lentamente, sin mejoría durante los primeros dos días, únicamente con disminución en la inquietud psicomotriz y en el insomnio. Al tercer día se muestra más cooperador al interrogatorio y con el personal de salud, comunicándose con lenguaje fluido, prolífico, perseverante, con pensamiento incongruente con la realidad, con presencia de ideas delirantes místico-religiosas: «tengo malos pensamientos, a veces pienso en espíritus malignos y tengo que rezar, se que ellos son los culpables»... «me resisto pero los pensamientos siguen llegando»... con afecto aplanado y pobre irradiación y resonancia afectiva, manteniéndose así durante tres días más. Al séptimo día de estancia intrahospitalaria se aumenta la olanzapina a 15mg al día, manteniendo dicho esquema terapéutico durante siete días más, sin presentar mayor mejoría en la sintomatología descrita, por lo que se decide cambiar de psicofármacos, iniciando risperidona 3mg al día y valproato semisódico con incremento gradual en tres días hasta 1000mg al día, manteniendo las mismas dosis de sertralina y clonazepam y suspendiendo la hidroxicina. Presentó a los siete días disminución de la sintomatología, con buen patrón de sueño, tranquilo, cooperador, con disminución de los pensamientos intrusivos. Egresó con esquema terapéutico a base de risperidona 3mg al día, clonazepam 2mg al día, valproato semisódico 1000mg al día y sertralina 100mg al día, y se envió a la consulta externa de dicho hospital.

Se mantiene estable y con el mismo esquema terapéutico por periodo de aproximadamente ocho meses, acude

a sus consultas programadas, las cuales fueron cuatro con aparente buen apego al tratamiento. Persiste con las ideas intrusivas y repentinas en relación a dejar la escuela e inicia nuevamente con ellas a la semana posterior a su egreso. Sin embargo, sin ser incapacitantes, acude a la escuela y realiza el resto de sus actividades familiares y sociales lo más apegado a la realidad.

En agosto de 2008 presenta un segundo internamiento psiquiátrico en mismo hospital al cual es llevado nuevamente por su madre, por irregularidad en la ingesta de su medicamento y además por múltiples estresores familiares y escolares. Presenta alucinaciones auditivas tipo fonema dialogado e imperativas: «escucho voces que me dicen que me corte los dedos»... heteroagresividad verbal y física nuevamente en contra de su madre, intenta agredirla con una piedra en tres ocasiones, con pobre tolerancia a la frustración, impulsividad, irritabilidad, insomnio global, soliloquios, ideas delirantes místico-religiosas: «el diablo está en mi, en mi mente, me maneja y controla mis pensamientos y los de los demás»... robo y transmisión del pensamiento, percepciones delirantes, interpretaciones delirantes, con sus habituales pensamientos persistentes e intrusivos; menciona que «sus pensamientos negativos son constantes, como el suicidarme y el agredir a mi madre, además de no querer hacer ninguna actividad, me dicen que abandone la escuela», con ideación suicida: «quiero aventarme de un barranco para morirme»... con pobre irradiación y resonancia afectiva, inquietud psicomotriz, negativismo, con ideas homicidas hacia su madre por no querer comprarle cosas que le exigía como ropa o discos.

Permanece hospitalizado durante dos semanas, se reabre nuevamente ajuste a su tratamiento psicofarmacológico desde el primer día, con incremento a 3mg de risperidona, se sustituye venlafaxina 150mg al día en vez de sertralina, aumento de valproato semisódico a 1250mg al día y permanencia de 2mg de clonazepam esquema con el cual egresa.

Posteriormente continua acudiendo a sus consultas de manera puntual y constante dos veces al mes, presenta durante este tiempo pensamientos intrusivos y recurrentes sobre dejar de estudiar y «hacer cosas malas»... En abril del año en curso se agregan ideas persistentes de contaminación por VIH, refiriendo que «por gustarle los hombres se puede infectar de VIH y por eso no voy a tener relaciones sexuales»... «se me viene a la mente que se me contagia el SIDA y pienso que ya no voy a poder ir a la escuela, pero sé que no tiene lógica»... «ahorita que estaba en el metro pegado con la gente creí que se me podía pegar el SIDA, pero sé que eso no es posible, siento que se me bloquea el pensamiento»..., ansiedad, preocupación por sus pensamientos llegando a calmarlos mediante autolesiones al cortarse con hojas de papel las yemas de ambas manos, o rezando durante todo el día para calmar los pensamientos relacionados principalmente con la infección de VIH, con

pensamientos pasivos de muerte; atención y concentración disminuidas, afecto aplanado y bradipsiquia, por momentos insomnio de conciliación, labilidad emocional y persistencia de síntomas negativos.

Al persistir con estas ideas en abril de 2010 es visto por el servicio de neurocirugía para valorar tratamiento quirúrgico.

Exploración física y neurológica

Paciente masculino endomórfico alerta, de edad aparente menor a la cronológica, en posición libremente escogida, orientado globalmente.

Cráneo normocéfalo sin exostosis ni hundimientos, pupilas isocóricas normorreflécticas, narinas permeables, cavidad oral con faringe sin alteraciones, cuello sin adenomegalias, tráquea central y móvil.

Tórax normolíneo, ruidos cardíacos rítmicos, sincrónicos, sin galope ni extrasístoles, campos pulmonares limpios y ventilados, sin fenómenos agregados.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias ni datos de irritación peritoneal, peristalsis presente y en parámetros normales.

Extremidades completas, íntegras y simétricas, presenta en el tercio distal del antebrazo izquierdo, en la región antero-lateral, una cicatriz longitudinal, de aproximadamente 15cms. Pulsos periféricos presentes y normales, ROTs normales, fuerza proximal y distal de miembros superiores e inferiores 5/5.

Exploración neurológica

Paciente consciente, orientado en persona, lugar y tiempo. Reflejos osteotendinosos presentes y normales, sensibilidad conservada, fuerza muscular 5/5, sin reflejos patológicos o atávicos. Pares craneales sin alteraciones
FC: 86x', FR: 18x', Temp: 36.5 C, Peso 90.00 kg. Talla 1.70cm

Examen psicopatológico

Se trata de un paciente masculino de edad aparente menor a la cronológica, el cual se encuentra vestido de ropa de civil, de acuerdo a edad y sexo, tez blanca, cabello negro, despeinado, en buenas condiciones de higiene y aseo, talla media, endomórfico, aparentemente íntegro, bien conformado, en posición libremente escogida, se presenta al consultorio de forma espontánea, cooperador al interrogatorio, estableciendo contacto visual con el entrevistador, con facies inexpresiva, marcha eubásica, sin movimientos anormales aparentes, psicomotricidad general ligeramente aumentada, se sienta y comienza a mover frecuentemente sus manos y pies, cambiando constantemente de posición sobre su asiento, conciencia clara, campo estrecho vertido

principalmente en sus vivencias afectivas, se comunica mediante lenguaje verbal emitido en tono agudo, volumen y velocidad disminuidas, lenguaje lentificado, llega a metas, siguiendo línea directriz, inflexiones disminuidas, tiende a ser monótono y parco, coherente, dentro del contenido del pensamiento expresa la presencia de pensamientos en su cabeza los cuales los ha mantenido la mayor parte de su padecimiento mental que le dicen «que abandone sus estudios, que deje todo»... él las clasifica en este momento como ideas malas, las cuales trata de evitar pensando en otra idea o realizando otra actividad; por el momento no se detectan ideas delirantes, únicamente sobrevaloradas de daño «en algún momento llegué a pensar que alguien me quería lastimar, todavía lo dudo, pero me han dicho que es parte de mi enfermedad»... Al momento niega alteraciones en la sensopercepción y no las impresiona, niega ideas suicidas u homicidas. Afecto con humor displacente a expensas de ansiedad, hipotímico, con pobre irradiación y resonancia afectiva, orientado auto y a lo psíquicamente, funciones mentales de integración superior con atención y concentración vertidos en sí mismo, síntesis, cálculo y abstracción disminuidos, lectura y escritura conservados, memorias inmediata, mediata y tardía conservadas, impulso a la acción y voluntad disminuidos, juicio con sentido de realidad parcialmente conservado, con discreta desviación en la interpretación y adaptación a la realidad externa. Impresiona rendimiento intelectual por debajo del normal promedio. Tiene la proyección de «culminar sus estudios y ser un importante director de cine del género de terror»... Con parcial conciencia de enfermedad.

Pruebas complementarias

Biometría Hemática: Hb 13.3 g/dl, Hto. 40 ml/dl, leucocitos 15 500 K/ul, plaquetas 231 000mm³.

Química Sanguínea: Glucosa 140mg/dl, urea y creatinina en parámetros normales. Colesterol 305mg/dl, Triglicéridos 250mg/dl.

Tomografía computarizada con reporte de hipocampo disminuido de tamaño en el lado izquierdo, resto de las estructuras dentro de parámetros normales.

Escala de Yale Brown con obsesiones tipo agresivo 24 puntos actuales (antes 23), obsesiones de contaminación 40 puntos y obsesiones de contenido sexual 8 puntos, obsesiones de acumulación 4 puntos, religiosas 8 puntos, obsesión por simetría 8 puntos, obsesiones misceláneas 20 puntos, somáticas un punto. Compulsiones de higiene 15 puntos, de verificación 22, rituales de repetición 7, conteo 4, orden 4, colección 5, misceláneos 8.

Diagnóstico

DSM IV TR evaluación multiaxial:

- EJE I. Esquizofrenia paranoide,

- Trastorno obsesivo-compulsivo con poca conciencia de enfermedad
- EJE II. Aplazado,
- EJE III. Síndrome metabólico,
- EJE IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos a la enseñanza,
- EJE V. 51-60

CIE-10:

- Esquizofrenia paranoide F20.0
- Trastorno obsesivo compulsivo F42.0 (con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas)

DISCUSIÓN DEL CASO

Se llegó a ambos diagnósticos por la frecuencia que existe de comorbilidad entre síntomas psicóticos (principalmente esquizofrenia) con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Como justificación diagnóstica y complejidad del caso presentado anteriormente, con mucha frecuencia se ha encontrado una clara asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos con síntomas psicóticos que dificultan la delimitación de ideas obsesivas e ideas delirantes. Se observa actualmente el reconocimiento de tasas mayores a las esperadas de comorbilidad y a la observación de aparición o exacerbación de los síntomas obsesivo compulsivos durante períodos de exacerbación de la esquizofrenia.³

Claramente en el caso clínico descrito se encuentra a un paciente en el que coexisten síntomas psicóticos y obsesivos. Se podría definir la presencia de dichos síntomas en el paciente como un fenómeno clínico heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas psicóticos y obsesivos.⁴

Para el diagnóstico diferencial de las patologías mentales presentadas hacemos la siguiente distinción: Se han propuesto tres subtipos de pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos; a) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos de larga evolución previo al inicio de la psicosis (en el DSM III-R se les clasificó con TOC y en el transcurso de su trastorno desarrollaban obsesiones delirantes), se les clasificó como TOC maligno o psicótico y al momento de su estudio cumplieron con criterios para esquizofrenia; b) Pacientes con síntomas obsesivos persistentes que iniciaron junto con los psicóticos o fueron seguidos por éstos. Presentando peor curso clínico y mala evolución a largo plazo. c) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos transitorios durante el curso de la esquizofrenia. En ellos los síntomas obsesivo-compulsivos pueden tener menor significado clínico, aunque sus perfiles clínicos y de evolución sean similares a los pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos.⁴

Otros diagnósticos diferenciales que se tienen que realizar en el caso clínico son los relacionados con otras psicosis como el trastorno esquizofreniforme, el trastorno

esquizo afectivo, el trastorno de ideas delirantes, los trastornos psicóticos inducidos por sustancias, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.⁴

CONCLUSIONES

Debemos comentar que las obsesiones y compulsiones que se presentan en pacientes con esquizofrenia son fenomenológicamente similares en pacientes con TOC puro, como lo sería el caso presentado. Recordemos que las compulsiones en los pacientes con esquizofrenia serán consideradas como tales cuando no ocurran en respuesta a una ideación psicótica, sin embargo en el caso presentado las ideas de contaminación tendrían mayor relación con ideas delirantes ya que menciona tener el virus del VIH por castigo a sus ideas homosexuales; aunque al pasar los cuadros agudos psicóticos y el paciente logra reducir a la realidad sus ideas delirantes las ideas obsesivas de contaminación persisten, lo que hace de mayor interés el caso.

Además hay varios pensamientos recurrentes, intrusivos y egodistónicos que al parecer giran alrededor de temas delirantes y otros que al parecer tienen mayor relación con la realidad, lo que de la misma manera constituye un reto importantes en este caso clínico. Recordemos que en la fase aguda de la psicosis podría ser necesario excluir las obsesiones cuestionables y posteriormente, pasado el cuadro, reevaluarlas después de que los síntomas psicóticos sean tratados. No olvidemos la dificultad que representa distinguir los síntomas obsesivo-compulsivos en presencia del trastorno del pensamiento de la esquizofrenia, por la misma situación es necesario revalorar la búsqueda de los síntomas obsesivo-compulsivos una vez que la forma del pensamiento se haya normalizado (al parecer las ideas de contaminación sobre el VIH persistían al disminuir los cuadros psicóticos).²

Es importante tener en cuenta el inicio del cuadro clínico debido a que las obsesiones pueden no mostrar su característica clásica y ser confundidas con síntomas prodrómicos de la esquizofrenia o viceversa. Además, en algún momento puede que no sea posible determinar si los síntomas obsesivos-compulsivos en presencia de psicosis representan reales síntomas de TOC. En la mayoría de las ocasiones el tratamiento de elección es a base de un neuroléptico y un inhibidor de la recaptura de serotonina.¹

Debido a esto una situación que coincide con varios reportes en estudios diferentes que se han realizado entre esquizofrenia y TOC, la coexistencia de ambos síntomas implica mayores complicaciones y resistencia al tratamiento que los pacientes que no lo presentan, con mayor deterioro cognoscitivo en áreas principalmente relacionadas con habilidades visuoespaciales, memoria visual y en el lóbulo frontal.⁴

Otros datos de la bibliografía y reportes de casos de esquizofrenia en relación con el trastorno obsesivo compulsivo que coinciden con el caso presentado es que ocurren en su mayoría en el sexo masculino, en personas solteras, con mayor hostilidad al contacto con otras personas y mayores problemas de ansiedad en diversas situaciones, y referente al tratamiento mayor número de conductas que obstaculizan la mejoría del paciente (alcoholismo, tabaquismo, trastorno del sueño, descuido en autocuidado), aumento en la ideación o comportamiento suicida, mayor aislamiento, pobre historial de empleos, menor capacidad para vivir independientemente y dificultad en la situación escolar (Datos presentes en el paciente).¹

Los pacientes con la comorbilidad esquizofrenia y TOC pueden representar una categoría especial entre los pacientes con esquizofrenia, por ello se ha propuesto denominarla trastorno o esquizofrenia esquizo-obsesiva, lo que establecería más que un reto clínico, un reto semiológico, tratando de determinar y aceptar un nuevo concepto de idea obsesiva que pueda implicar poca conciencia de enfermedad donde no se considere la idea obsesiva como excesiva.

Reconociendo esta variante o tipo de esquizofrenia, se estará enfrentando a un nuevo tipo de paciente con pronóstico más sombrío, debido a su mayor deterioro cognoscitivo, resistencia al tratamiento y recaídas (compartiendo los síntomas obsesivos durante las fases tempranas de la esquizofrenia).

Se sugiere que en los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos se deben controlar primero los síntomas psicóticos y posteriormente usar los agentes anti obsesivos basados en su farmacocinética y el perfil de efectos adversos, así como en la forma en que se espera que interactúen con el antipsicótico.

Otra alternativa es la psicocirugía, la cual se ha utilizado tanto en pacientes con esquizofrenia como en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.²

El término «psicocirugía» fue introducido por Egas Moniz en 1937 para describir los procedimientos ablativos del lóbulo frontal para disminuir síntomas psiquiátricos. Es un tratamiento para disminuir el síntoma de agresividad refractaria.

Los tratamientos neuroquirúrgicos para los trastornos psiquiátricos tienen una larga y controversial historia. Desde el uso de trepanaciones en Europa Central, América del Sur y Mesoamérica (Monte Albán), posiblemente con fines mágico religiosos. A partir del uso de la lobotomía hasta la actualidad el abordaje de los padecimientos psiquiátricos se ha modificado notablemente. En la actualidad, a través de los instrumentos estereotáxicos, es posible guiar con exactitud milimétrica las lesiones que se generan.²

Hoy en día, la psicocirugía es un tratamiento considerado de invasión mínima y muy selectivo, diseñado para casos bien seleccionados como son los trastornos psiquiá-

tricos refractarios a los tratamientos convencionales, como en el caso clínico presentado.

Otra alternativa para su tratamiento son sesiones cognitivo conductuales enfocadas principalmente a las ideas obsesivas que presenta el paciente.²

La complejidad del caso clínico presentado radica en la comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno obsesivo compulsivo del paciente, lo que hace más difícil su diagnóstico y su tratamiento, asociado a los problemas ambientales a los que está expuesto. Así mismo en este momento nos encontramos a la espera de los resultados de la psicocirugía realizada en el paciente, debido a que ha sido multitratado con fármacos antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo con pobre respuesta. Será entonces importante evaluar a mediano y largo plazo la evolución en todas las esferas de este paciente.

REFERENCIAS

1. Loyzaga C, Nicolini H et al. Una aproximación al fenómeno esquizo obsesivo. *Salud Mental* 2002;25(3):12-18.
2. Meneses O, Valencia F et al. Psicocirugía en tres pacientes con esquizofrenia y agresividad refractaria. Reporte de casos. *Revista Neurología, Neurocirugía Psiquiatría* 2003;oct-dic.
3. Poyurovsky M, Faragian et al. Awareness of illness and insight into obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nervous Mental Disease* 2007;195(9):765-768.
4. Van Nimwegen L, De Haan, Lieuwe MD, Van Beveren N et al. Obsessive-compulsive symptoms in a randomized, double-blind study with olanzapine or risperidone in young patients with early psychosis. *J Clinical Psychopharmacology* 2008;28(2):214-218.