

CASO CLÍNICO

UN ANTIGUO CASO DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN Y SU INÉDITA MEJORÍA POSTERIOR A UNA CRISIS CONVULSIVA¹

(Rev GPU 2012; 8; 4: 426-429)

César Ojeda²

Se describe un caso de Trastorno Obsesivo-Compulsivo diagnosticado y tratado hace una década, el que había sido resistente a diferentes estrategias terapéuticas. Encontrándose en tratamiento con Sertralina, el paciente, tras una presumible crisis convulsiva, presenta una marcada mejoría. Se discute el eventual beneficio de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se trata de C.A. de 18 años de edad, cuyo cuadro clínico se inicia a los 14 años de la siguiente manera: al regresar del colegio se sentía impelido a hacer “inmediatamente” las tareas de manera de no dejar nada “pendiente”. Su deseo era terminar con sus obligaciones para ir a ver TV o jugar. Sin embargo, pronto esta necesidad se extendió a trabajos para los que aún tenía un largo plazo de entrega, con la finalidad de “sacarse todos los pesos de encima” y no tener sobre sí “ninguna carga”, aunque para conseguirlo debiera en ocasiones realizarlos de manera poco cuidadosa. Lo que primaba era el deseo de “cerrar o completar la situación”.

Un poco más adelante, a este impulso a “completar” se agregó el de asegurarse de que las cosas “estuviesen en su lugar” y de que todo “estuviese en orden”.

Si un objeto que debía estar en determinado lugar (un cuaderno sobre el escritorio o un lápiz en un cajón) no estaba allí, podía pasar largo rato buscándolo hasta encontrarlo, culminando la secuencia una vez que lo colocaba en el sitio debido.

Durante la noche prendía repetidamente las luces para cerciorarse de que las cosas estaban donde debían, surgiendo luego la duda de haber observado correctamente: “No me convencía y volvía a prender la luz”. De ese modo debía revisar la ubicación de cualquier objeto que viera o recordara: la billetera, los casetes y discos compactos, una polera, una medalla o las cruces que portaba en el cuello.

Esto le ocurría de preferencia en la noche, ocupándole mucho tiempo, por lo que solía quedarse dormido muy tarde, despertar muy cansado y tratar de recuperar el sueño durante el día después de volver del colegio.

¹ Este trabajo fue publicado originalmente en la *Revista Folia Psiquiátrica*, 1; 1; 1995, actualmente discontinuada.

² Psiquiatra, psicoterapeuta. Presidente SODEPSI.

No mucho tiempo después C.A. empezó a sentirse impelido a pisar alternativamente con el pie derecho y el pie izquierdo los pastelones de la vereda, de manera que si éstos eran muy grandes debía darse un apoyo casi imperceptible con el otro pie para lograr que el pastelón siguiente coincidiera con el pie que correspondía, intentando disimular su comportamiento hasta donde le resultaba posible, “para no parecer loco”. De no conseguir la secuencia dicha, alguien de su familia sufriría una desgracia o moriría. Y así, las cosas se fueron complicando cada vez más. Ahora debía alcanzar el techo de su habitación o del pasillo, de manera que todos los dedos tocaran al mismo tiempo la superficie, lo que daba como resultado largas secuencias de saltos. O, para pasar de una habitación a otra, debía tocar la manilla de la puerta con la mano derecha por el lado de afuera y con la izquierda por el de adentro, lo que resultaba difícil (pues las manos quedaban cruzadas), y por lo mismo debía repetirlo múltiples veces. También debía pasar las manos por la superficie de la mesa de manera que toda la palma y los dedos estuviesen en contacto de modo completo, retrocediendo hasta el borde, y abandonando el contacto al mismo tiempo simétricamente. Durante algunos periodos debía realizar ciertos gestos (abrir la boca y los ojos de una determinada manera) los que se inscribían en el mismo contexto.

Mucho del comportamiento descrito estaba claramente vinculado con la idea de que otros sufriesen algún daño por haberlo realizado de modo imperfecto. Dice el paciente: “como si todo lo que pudiese pasar dependiera de mí, aunque yo sé que son cosas estúpidas que no tienen nada que ver unas con las otras”. Este carácter, es decir, entre el reconocimiento de un vínculo irracional y el comportamiento y las consecuencias temidas, en otros actos permanecía en sordina y, así, la búsqueda del orden, la simetría y la completitud parecían adquirir la condición de algo necesario por sí mismo “para yo quedar tranquilo”. “Yo mismo me proponía lo que tenía que hacer: tamborilear los dedos sobre el costado de la mesa de manera que todos la tocaran, o tocar la muralla con las dos manos plenamente”. Todos estos actos debían ser repetidos si no eran perfectamente logrados, y ocurrían en medio de la vida cotidiana. Si le habían pedido que fuera a buscar algo a otra habitación, estos rituales lo hacían devolverse muchas veces antes de cumplir con lo que le habían solicitado. El conjunto de su comportamiento –como es comprensible– termina por incomodar profundamente al resto de la familia.

Más adelante y concomitantemente con algunos de los fenómenos antes descritos, C.A. empezó a sentir la necesidad de que su rostro estuviese “perfecto”, es decir, “sin espinillas”. Consultó a un dermatólogo, el que le

indicó una crema. Pero ocurrió que el paciente la usaba con tal frecuencia, que la prescripción estimada para un mes la consumía en pocos días. A esto siguió el uso de la pasta dental con el mismo fin. Ensuciaba con ella la almohada y las sábanas, pero también lo hacía en el día, utilizando grandes cantidades de dentífrico y luciendo un aspecto que irritaba permanentemente a sus familiares. Cada cierto rato se miraba al espejo y, si encontraba alguna “imperfección”, volvía a colocarse pasta.

C.A. pasaba también largo rato peinándose de manera que no quedara “ningún pelo desordenado”. Más adelante, debía tener permanentemente una cantidad de 10 pesos en el bolsillo que le alcanzara para pagar el autobús durante dos semanas (podían ser 80 o 100 monedas), las que portaba en todo momento.

La evolución del cuadro ha sido progresiva y cada vez más incapacitante. Hace tres años consultó a un psiquiatra porque se sentía muy angustiado, y desde entonces se le han indicado diversos tratamientos sin claros resultados.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Durante el parto, la madre de C.A. sufrió un shock (al parecer hipovolémico) y debido a una dificultad en la rotación de la cabeza, ésta debió ser inducida mediante fórceps. A pesar de que no disponemos de documentación al respecto, es presumible que el nacimiento de C.A. se acompañara de algún grado de sufrimiento fetal.

Desde muy temprana edad C.A. fue atendido por diversos especialistas por un Síndrome de déficit atencional. Un EEG estándar, practicado a la edad de 6 años, es informado como de características normales. A esa misma edad el test de Wechsler, en su forma infantil (WISC) informa una inteligencia normal. Otras pruebas demuestran déficit en la atención y concentración con significativos rasgos de inmadurez.

A los trece años C.A. presentó un episodio de “migraña con fosfenos, escotoma y paresia de una extremidad (al parecer derecha)” según consta en la solicitud de Tomografía Axial Computada realizada por la neuróloga y psiquiatra infantil que lo atendía en ese momento. La tomografía axial de cerebro realizada en aquella oportunidad fue informada como normal.

Durante los últimos tres años y diagnosticado el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el paciente ha sido tratado con Clomipramina en dosis de 175 mg/día durante seis meses. Fluoxetina 80 mg/día durante un año. Pimozida, Tioridazina y Sertralina en dosis diversas y por tiempos variables, junto a distintos tipos de inductores del sueño, con escaso resultado terapéutico. De los exámenes practicados en este último periodo destaca un SPECT cerebral, realizado

en mayo de 1994 y transmitido vía satélite al Harbor Imaging Center en Los Ángeles, California, el que demuestra una marcada hipoperfusión temporal y orbitofrontal derechas, con disminución de la perfusión en el tálamo izquierdo. Al mismo tiempo una perfusión aumentada en el gyrus cingulado anterior y la corteza visual. Estos hallazgos le sugieren al informante: 1) Trastorno Obsesivo-Compulsivo. 2) Depresión.

CUADRO ACTUAL

Al hacernos cargo del paciente a fines de agosto de 1994, destacaba la presencia de múltiples obsesiones y compulsiones como las ya descritas y otras similares, y un ánimo disfórico, irritable, que hacía entrar a C.A. en conflictos frecuentes al interior de su familia. Sin embargo, esta alteración del estado de ánimo no constituía cualitativamente un síndrome depresivo propiamente tal. El cuadro le provocaba serias dificultades en sus estudios (cursaba el 4º medio) pues le impedía concentrarse, y los rituales compulsivos le ocupaban parte importante de su tiempo, especialmente al anochecer. En múltiples entrevistas el paciente demuestra tener plena conciencia de lo absurdo de su comportamiento, un contacto empático y cercano y ausencia de fenómenos de otras series clínicas.

De los tratamientos efectuados previamente (los que aparecían en general correctos), la utilización de Sertralina era el único en el que las dosis y el tiempo de administración parecían no haber alcanzado los rangos óptimos. Por esa razón decidimos iniciar el tratamiento con ese fármaco en dosis progresivas hasta alcanzar, al cabo de un mes, 200 mg/día, en una toma única al desayuno. La evolución, al cabo de seis semanas de iniciado el tratamiento, se demostró errática y pobre.

A mediados de noviembre, dos meses después de iniciado el tratamiento señalado, a la salida del colegio y mientras esperaba el autobús sentado en el paradero, C.A. sufre una brusca pérdida de conciencia y caída desde el asiento en que se encontraba. De acuerdo con la observación de un compañero de estudios, esta crisis se habría acompañado de convulsiones difíciles de precisar en su carácter. Ese mismo día es evaluado neurológicamente, no encontrándose alteraciones al examen clínico. Dos EEG estándar realizados con horas de diferencia son informados como normales. Durante el examen se descartó la presencia de ortostatismo (Pr. arterial sentado de 110/70 y al pararse de 110/80). La resonancia nuclear magnética de cerebro, practicada cinco días después, es informada como normal.

Lo notable del episodio fue que ya la misma tarde del día de ocurrida la pérdida de conciencia el cuadro

clínico de C.A. cambió radicalmente. De acuerdo con el informe entregado por los familiares, se le veía contento y con una franca disminución de los rituales obsesivos. Examinado por mí al día siguiente, el paciente se aprecia eutímico, comunicativo, sin angustia ni irritabilidad y las ideas obsesivas y los actos compulsivos prácticamente habían desaparecido.

Preventivamente se decide reducir la Sertralina de 200 a 100 mg/día y se discute con el neurólogo la conveniencia de usar en ese momento un anticonvulsivante, posibilidad que se deja pendiente en base a la falta de hallazgos en los exámenes practicados y en espera de observar la evolución. La mejoría duró, en las condiciones señaladas, aproximadamente un mes, después de lo cual el paciente recae prácticamente al estado anterior a la crisis.

Actualmente, y transcurridos cuatro meses del episodio narrado, el paciente recibe 150 mg/día de Sertralina, no ha vuelto a presentar pérdida de conciencia y ha mejorado en aproximadamente el 50% respecto de la frecuencia e intensidad de los fenómenos OC que presentaba en el momento de la primera consulta a fines de agosto de 1994. El intento de instalar Carbamacepina a fin de permitir maximizar la dosis de Sertralina y potenciar su efecto con Bupiriona, como parte de una estrategia para las primeras etapas del tratamiento, y provocar de ese modo las condiciones adecuadas para iniciar la terapia conductual de exposición y prevención de respuesta, fracasó por falta de cumplimiento del paciente en el periodo de las vacaciones de verano.

DISCUSIÓN

Un caso como el presentado ofrece muchas facetas psicopatológicas, clínicas y terapéuticas interesantes. Sin embargo, lo que nos ha parecido de mayor importancia es la mejoría experimentada por el paciente inmediatamente después de haber ocurrido la crisis convulsiva descrita. Los diversos exámenes practicados en esa ocasión y a lo largo de su vida no apoyan la presencia de un cuadro epiléptico de base. No obstante, la frecuencia de crisis convulsivas descritas con el uso de Sertralina es del orden de 0.078%, es decir, éstas son muy poco probables como efecto secundario (1). Podemos además recordar que con el uso de Fluoxetina la frecuencia de crisis convulsivas es de 0,48% y con Clomipramina entre 0,48 y 2% (1, 3), ambos fármacos usados por periodos prolongados por el paciente. De este modo parece muy difícil establecer por el momento el origen de la crisis única sufrida por C.A.

Desde otro ángulo, y con independencia de la etiología de la crisis convulsiva, la mejoría prácticamente inmediata de su cuadro clínico después de ella hace

altamente probable una relación entre ambos hechos, lo que a su vez nos lleva a plantear la hipótesis de que la Terapia Electroconvulsivante (TEC), bajo ciertas condiciones, pudiese ser un potenciador del efecto antiobsesivo de la Sertralina y, por extensión, de otros inhibidores preferenciales de la recaptura de serotonina.

La TEC en el TOC se ha reconocido ineficaz en múltiples estudios (4), y prácticamente no se menciona ni como tratamiento independiente, ni como potenciador de la terapéutica farmacológica en las principales revisiones sobre el TOC de los últimos años (6). A lo más es mencionado como tratamiento para la depresión asociada en caso de no responder ésta a la farmacoterapia. A pesar de esto, existe evidencia clínica y experimental que sugiere que los diversos tipos de antidepresivos y la TEC producen cambio adaptativos similares en los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, y posiblemente en los gabaérgicos y dopaminérgicos después de tratamientos a largo plazo, los que parecen coincidir con la respuesta terapéutica. Las actuales investigaciones en TOC son consistentes con la idea de un fuerte componente biológico en la enfermedad, en el que destaca la participación del sistema serotoninérgico y dopaminérgico (7). Por su parte, se piensa que la TEC aumenta la función serotoninérgica por un aumento del número y densidad de los receptores serotoninérgicos (8). Sobre estas bases, la idea de una sinergia entre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y la TEC parece un postulado razonable.

Por otra parte, no parece ser lo mismo la TEC aplicada como tratamiento único, a la TEC aplicada sobre la base de un tratamiento con fármacos ISRS ya instalado, aunque terapéuticamente ineficaz. Los escasos trabajos sobre TOC y TEC en los últimos años (menos de 10), se refieren a casos aislados como el que presentamos en este momento, y que requerirían de diseños controlados para probar su utilidad. A fin de ilustrar el problema mencionaremos dos.

El primero es presentado por Husain *et al.* en carta al *American Journal of Psychiatry* en diciembre de 1993 (5). Se trata de una mujer de 65 años de edad con un TOC de trece años de evolución, que había sido hospitalizada tres veces en los últimos tres años por la presencia de obsesiones, enlentecimiento, ánimo depresivo y dificultades en el dormir debido a la presencia de "ideas intrusivas". La paciente fue tratada con antidepresivos tricíclicos, litio, fluoxetina (hasta 60 mg/día) benzodiacepinas, clomipramina (hasta 250 mg/día), y terapia conductual cognitiva, sin resultados importantes. En la admisión reportada en la carta señalada, fue diagnosticada de TOC de acuerdo con los criterios del DSM III-R, recibiendo nueve aplicaciones de TEC bilaterales mejorando completamente su cuadro clínico. Las

indicaciones del alta fueron 45 mg de fenelzina/día y 6 mg de lorazepam. La recaída se produjo al tercer mes, y no respondió con el aumento de la dosis de fenelzina. Una nueva serie de TEC (nueve aplicaciones) restituyó la normalidad completamente en la paciente, manteniéndose la mejoría con un régimen de una aplicación mensual de TEC, durante un año.

El segundo, es el artículo de D. Casey *et al.*, publicado en el *Southern Medical Journal* en agosto de 1994 (2). Allí los autores presentan el caso de una mujer de 84 años de edad con una larga historia de un trastorno obsesivo compulsivo, que presentó un cuadro depresivo tardío y refractario a la farmacoterapia. La administración de seis aplicaciones de TEC produjo una dramática mejoría, tanto de la depresión como del TOC.

COMENTARIO

Es sabido que la respuesta positiva de los pacientes con TOC a la farmacoterapia con inhibidores preferenciales de la recaptura de serotonina es entre el 50 y el 60% (6). Resta, por lo tanto, al menos un 35 a 40% de casos refractarios. Es en ellos donde se indican las "técnicas de aumentación" del efecto farmacológico. Entre ellas se considera la adición de las siguientes sustancias: litio, clonazepam, trazodona, buspirona, alprazolam, metilfenidato, nifedipino, liotironina, clonidina y fenfluramina. De acuerdo con los hechos presentados en este trabajo, parece necesario sugerir que debiera agregarse a esta lista la TEC.

REFERENCIAS

1. Carvajal C. Fluoxetina y Sertralina: dos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 32 (Supl 6): 7-47 (1994)
2. Casey D, Davis MH. Obsessive-compulsive disorder responsive to electroconvulsive therapy in an elderly woman. *South Med J* 87: 862-864 (1994)
3. Gloger S. Clomipramina: revisión de sus propiedades farmacológicas y terapéuticas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 30 (Supl. 2): 3-22 (1992)
4. Goodman W, McDougle C, Barr L, Aronson S, *et al.* Biological approaches to treatment-resistant obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 54 (6 Suppl) 16-26 (1993)
5. Huisain M, Lewis S, Thornton W. Maintenance ECT for refractory Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 150: 1899-1900 (1993)
6. Jenike M. Pharmacologic treatment of obsessive compulsive disorders. In: *The Psychiatric Clinics of North America. Obsessional Disorders*. M. Jenike (ed), Vol 15, Nº 4, December (1992)
7. Leonard BE. The comparative pharmacology of new antidepressants. *J Clin Psychiatry* 54 (8 Suppl): 3-15 (1993)
8. Sackeim H. Mechanisms of action of electroconvulsive therapy. Frances AJ, Hales RE (eds). *Review of Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, Vol 7 (1988) (cit ref 7)