

SÍMPTOMES OBSESSIUS EN TRASTORNS PSICÒTICS

Sònia Ramos Perdigués, Maria Llobet Farré, Jordi León Caballero

R3 Psiquiatria INAD, Parc de Salut Mar de Barcelona

16/10/2013

PLANIFICACIÓ DE LA SESSIÓ

1. Cas Clínic

2. Revisió Bibliogràfica

3. Preguntes

CAS CLÍNICO

1.1. Motiu de Consulta

- Pacient de **22 anys** que presenta **clínica obsessiva** des dels 16 anys consistent en pensaments màgics i rituals

1.2. Antecedents Familiars

- Somàtics: Sense antecedents familiars d'interès
- Psiquiàtrics: Sense antecedents familiars d'interès

1.3. Antecedents Personals

- Somàtics: No al·lèrgies medicamentoses ni antecedents d'interès
- Història Toxicològica: Nega consum de tòxics
- Psicobiografia: Part natural. Naixement a terme. Retràs en el desenvolupament psicomotor. Fill únic. Viu amb els pares. Rendiment acadèmic normal. Bona adaptació social a la infància, però ha anat perdent amistats progressivament. Estudia violí al conservatori del Liceu amb bon rendiment

- Psiquiàtrics:

- ✓ Als **16 anys** els pares detecten **clínica obsessiva** consistent en pensament màgic.
- ✓ Consulten a **psicologia privada** on s'observa
 - QI de **87**
 - SCID-I anodina
 - SCID-II on s'evidencien **trets de personalitat obsessius**
- ✓ Realitza **3 visites a CSMIJ** de zona, però quan s'ha de derivar a CSMA el pacient **no hi accedeix**
- ✓ **No** ha realitzat mai tractament psicofarmacològic

1.4. Malaltia Actual

- Des dels 16 anys la clínica obsessiva ha anat en augmentant amb presència de rituals freqüents que interfereixen en la seva vida quotidiana (rentat de mans, d'ordre i simetria, es queda parat al passadís donant passes endavant i enrere)
- Presenta pensament rígid i elevada angoixa si s'interfereix en els rituals, arribant sovint a l'agressivitat verbal i en ocasions a l'heteroagressivitat cap objectes
- Passa 12 hores diàries tocant el violí a la seva habitació i s'irrita molt si se'l molesta
- Té l'habitació molt ordenada, amb les finestres tancades i les persianes baixades

- No deixa que s'obri la porta de la seva habitació, obligant a la mare a passar-li l'aigua per la finestra i orina en una galleda
- Només surt de l'habitació per anar a classe i a la nit per menjar alguna cosa
- La família nega ideació delirant ni alteracions sensoperceptives. Possible autoreferencialitat puntual al metro
- S'intenta derivar a CSMA (estiu 2012), però el pacient s'hi nega, motiu pel qual s'avisava a l'EMSE per realitzar valoració a domicili

1.5. Evolució

- Domicili 15/03: Conscient i orientat. Sintònic, amb higiene conservada. Apareix amb guants, sense donar explicacions. Poc col·laborador i escassament abordable. Discurs fluït i coherent, centrat en els esforços per ser un gran violinista.
 - ✓ Pensament rígid. Nega clínica obsessiva, se'l confronta amb ajuda dels familiars i s'enfada amb el pare.
 - ✓ Passa 3h al dia afinant i netejant el violí. Impressiona d'ideació de contaminació, impossible saber si es delirant per manca de col·laboració. Insight nul.
 - ✓ Rebutja tractament farmacològic, però accepta iniciar tractament psicològic. Es demana visita en CSMA de zona.

- Trucada 08/04: Truca el pacient a la unitat explicant de forma espontània al·lucinacions auditives imperatives, fenòmens de lectura del pensament per persones inaccessibles i autoreferencialitat.
 - ✓ Explica que
 - No menja perquè nota un “gust estrany”
 - “Hi ha persones que volem fer-me mal, que ja tinc controlades a través de las campanes”
 - Es pot comunicar amb la seva àvia morta.
 - ✓ Angoixa psicòtica, por a fer-se mal o als altres ja que les veus li ordenen.

- Domicili 08/04: Es realitza visita d'urgència al domicili
 - ✓ No vol sortir de l'habitació, però accedeix a l'entrevista. Molt angoixat. Explica al·lucinacions auditives amb les veus de familiars morts. Temple paranoide. Interpretacions delirants de l'entorn. Fenòmens de difusió del pensament. Ideació delirant de perjudici escassament estructurada
 - ✓ Elevada repercussió emocional i conductual de la clínica psicòtica
 - ✓ Es treballa consciència de malaltia i s'administra zuclopentixol acufase (50mg/mL) i depot (200mg/mL)

- Domicili 10/04: Visita de control
 - ✓ Més tranquil i correcte. Contacte més sintònic.
 - ✓ Sedació moderada, però bona tolerància al tractament.
 - ✓ Persisteixen al·lucinacions auditives i idees delirants, però han disminuït en intensitat i freqüència. Menor repercussió emocional i conductual clínica psicòtica.
- Domicili 11/04: Truquen els familiars explicant insomni, es programa nova visita.
 - ✓ Sudoració profusa, tensió interna. No efectes secundaris extrapiramidals.
 - ✓ Es pauta lormetazepam 2mg.

- *Domicili Abril-Maig*: Visites de control
 - ✓ Milloria de l'aspecte físic, més sintònic i espontàni. Sense ideació delirant estructurada. Disminució de les al·lucinacions auditives amb distanciament i crítica parcial d'aquestes. Sense rituals ni pensaments obsessius. No clínica afectiva major.
 - ✓ Inicia sortides al carrer i realitza plans de futur adaptatius.
 - ✓ Es treballa consciència de malaltia
 - ✓ S'inicia paliperidona depot im (Xeplion® 75mg)
 - ✓ Alta 14/05 amb vinculació a CSMA

- Orientació diagnòstica:
 1. Primer episodi psicòtic
 2. Trastorn de personalitat obsessiu-compulsiu
 3. QI límit

REVISIÓ DE LA BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓ

- La comorbiditat entre trastorns d'ansietat i esquizofrènia s'ha estudiat des de fa molts anys
 - ✓ Inicialment es reportaren taxes baixes
 - ✓ En els últims anys ha adquirit més rellevància
 - ✓ Els estudis més recents han revelat unes taxes molt superiors
- Es troba heterogenicitat en la bibliografia:
 - ✓ Per absència de consens en criteris i instruments diagnòstics.
 - ✓ Escassos estudis sistematitzats
 - ✓ Mostres heterogènies (estadis de malaltia diferents, tractaments, hospitalitzats)

2. EPIDEMIOLOGIA

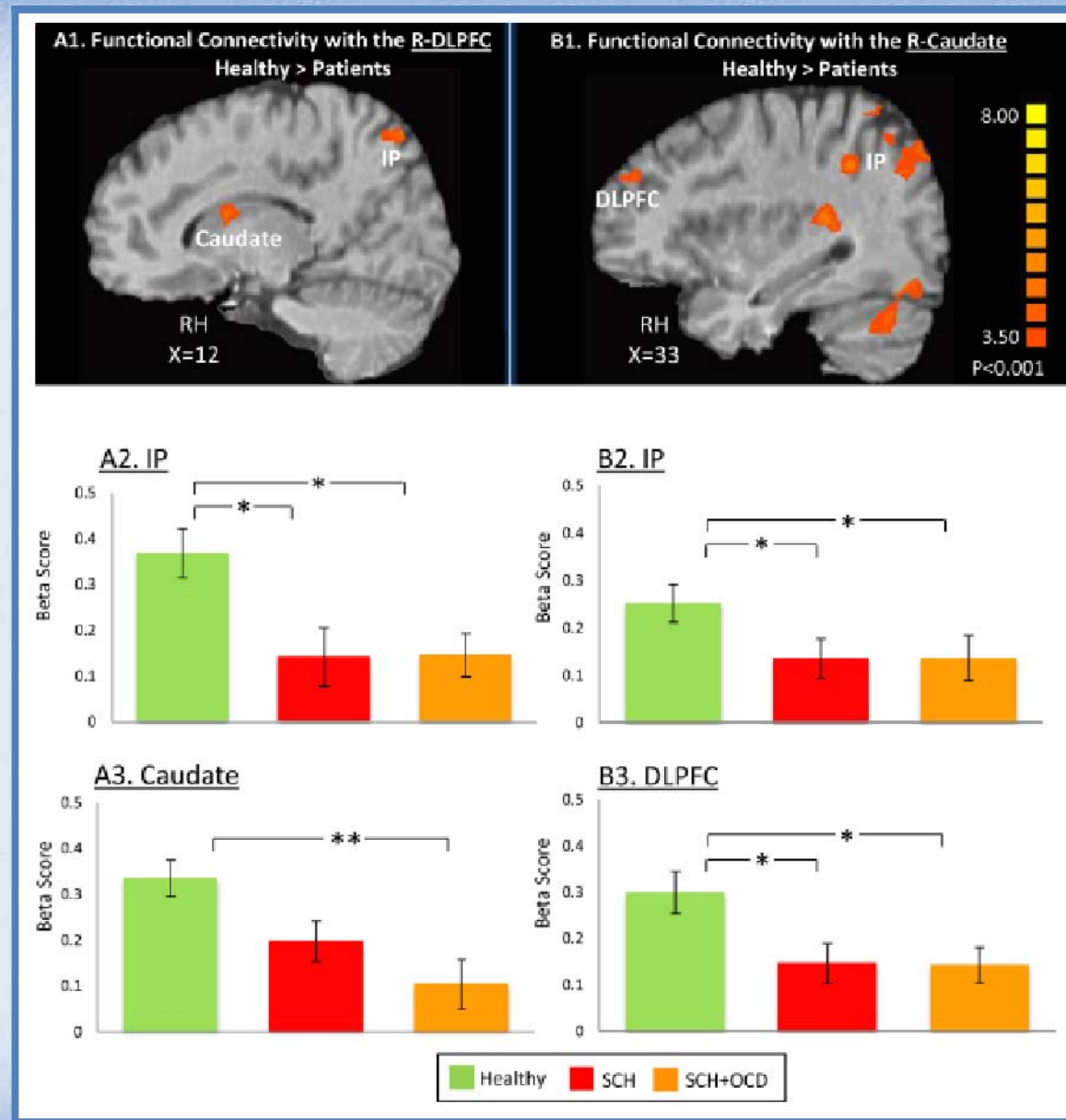
- En revisions sistemàtiques i metanàlisis d'esquizofrènia:
 - ✓ Prevalença de trastorn obsessiu-compulsiu (TOC): **12,1%** [1]
 - En població general: 2-3%
 - ✓ Taxa de símptomes obsessius-compulsius (SOC): **10-64%** [2,3,4]
- En un estudi prospectiu a 5 anys en primers episodis psicòtics (PEP) [5]
 - ✓ Presenten TOC comòrbid: entre **7,3%** i **11,8%**
 - ✓ **51,1%** presenta SOC en algun moment del seguiment

3. PATOGENIA

3.1. Alteracions Neurobiològiques

- En TOC:
 - ✓ Disfunció **serotoninèrgica** central (cortical, estriatal i talàmica)
 - Alteracions en aquestes regions en fMRI
 - Similar a l'acció dels SGA amb alt poder antiserotoninèrgic
 - ✓ Alteracions en activitat dopaminèrgica i glutamatèrgica
- En esquizofrènia:
 - ✓ Disfunció **dopaminèrgica** central (mesolímbic-mesocortical)
 - ✓ Alteracions en activitat glutamatèrgica, serotoninèrgica, GABAèrgica...
- *Overlap* d'anomalies estructurals i funcionals cerebrals en comorbiditat esquizofrènia i TOC

3.2. Neuroimatge Funcional



Bleich-Cohen M. et al. Working memory dysfunction in schizophrenia patients with obsessive-compulsive symptoms: an fMRI study. *European Psychiatry* (2013)

3.3. Predisposició Genètica

- S'ha demostrat correlació positiva de TOC en bessons i s'han estudiat possibles polimorfismes (SLC1A1, BDNF...) [6]
- També s'ha demostrat predisposició genètica per l'esquizofrènia: teoria poligènica amb implicació de factors ambientals [7]

Predisposició genètica de desenvolupar SOC/TOC en esquizofrènia encara està pendent d'estudi.

3.4. Factors Ambientals

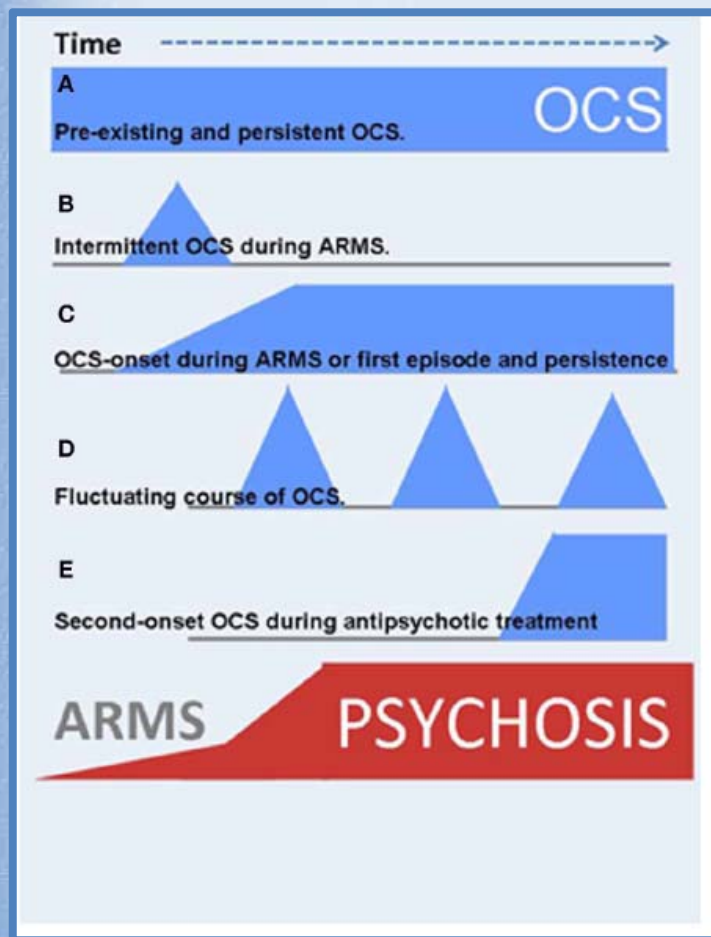
- Desconeguts (s'ha proposat estressors, recaigudes...).

3.5. Secundari a Antipsicòtics [6]

- Fins el 70% de pacients tractats amb alguns antipsicòtics de segona generació
 - ✓ **Clozapina, olanzapina i risperidona**
 - CLZ: relació positiva entre dosi i nivells plasmàtics amb severitat de la clínica obsessiva-compulsiva
- Possible mecanisme implicat:
 - ✓ baix ratio de DA/5HT
 - ✓ antagonisme 5-HT_{1C}, 5HT_{2A}, 5HT_{2C} } acció antiserotoninèrgica
 - ✓ acció glutamat i GABA
- Menor prevalença amb antipsicòtics típics (haloperidol), antagonistes DRD₂ i 3 (amisulpride), agonistes parcials DA/5HT (aripiprazol).

4. CLÍNICA

4.1. Aparició de la Clínica Obsessiva-Compulsiva



- Els SOC/TOC poden aparèixer en qualsevol moment d'evolució de la malaltia. Més prevalença al llarg de la malaltia [8]
 - PEP: 14% SOC, 7% TOC
 - Crònica: 25% SOC, 12% TOC
- En l'estudi prospectiu [5]
 - 49%, no apareix SOC
 - 15%, SOC només a l'inici
 - 13%, SOC persistent
 - 7%, apareix SOC *de novo*
 - 15%, SOC intermitent

4.2. Implicacions Clíniques de la Comorbiditat

- Comorbiditat amb SOC:
 - ✓ Major severitat global de la malaltia [9]
 - ✓ Dades contradictories respecte la clínica psicòtica:
 - En metanàlisis s'ha reportat major severitat del la clínica positiva y negativa [9]
 - En l'estudi de seguiment a 5 anys no s'ha trobat relació entre SOC i severitat símptomes psicòtics [5]

- Comorbiditat amb TOC:

- Pitjor evolució clínica de l'esquizofrènia [9]
- Pitjor resposta al tractament [9]
- Major afectació funcions executives (especialment pensament abstracte) [10]
- Més comorbiditat amb clínica depressiva [5]
- Factor de risc per ideació i temptatives autolítiques [11]
- Pitjor funcionament premòrbid [5]
- Pitjor funcionament social [5]

5. TRACTAMENT

5.1. Generalitats

- No es disposen de guies clíniques
- Es recomana tractar sempre el TOC i el SOC depenent de la gravetat

5.2. Psicoteràpia

- *Teràpia cognitivo-conductual*: no hi ha guies de TCC per tractar aquests símptomes en esquizofrènics.
 - ✓ Dos estudis de Tundo et al (2012) i de Schirmbeck et al (2013): milloria dels símptomes en quasi un 80% dels pacients

5.3. Fàrmacs [8]

- Si OLZ o RSP: considerar canvi d'antipsicòtic
- Si CLZ (esquizofrènia resistent)
 - ✓ Disminuir dosi/nivells plasmàtics en combinar-la amb:
 - *eutimitzants* (àcid valproic o lamotrigina)
 - antipsicòtics neutrals o anti-obsessius
 - amisulprida
 - aripiprazol (anti-obsessiu *per se*)

- ISRS
 - Fluvoxamina i fluoxetina: inhibidors CYP450 (fluvoxamina >> fluoxetina). ↑[CLZ] → risc de convulsions.
 - Paroxetina i sertralina: no interacció CYP450
 - *Citalopram i escitalopram*: no interacció CYP450,
- Clomipramina
 - No interacció CYP450
 - Més risc de convulsions, potent anticolinèrgic i sedatiu
- Amb antidepressius: milloria dels SOC (disminució Y-BOCS) i de la PANSS.

6. BIBLIOGRAFIA

- [1] Achim AM, Maziade M, Raymond E, et al. How Prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull* 2011 Jul;37(4):811-21
- [2] Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35:383–402.
- [3] Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16:336–341.ç
- [4] Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry*. 2002;159:592–598.
- [5] de Haan L, Sterk B, Wouters L, et al. The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull*. 2013 Jan;39(1):151-60.
- [6] Schirmbeck F, Zink M. Clozapine induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a critical review. *Curr Neuropharmacol*. 2012 Mar;10(1):88-95.
- [7] Coronas R, Arrufat FJ, Domènech C, et al. Factores de riesgo de aparición de esquizofrenia. *Psiqu Biol* 2002;9(3):116-25
- [8] Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol*. 2013 Aug 9;4:99.
- [9] Hwang MY, Kim SW, Yum SY, Opler LA. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Psychiatr Clin North Am*. 2009;32:835–851.
- [10] Cunill R, Huerta-Ramos E, Castells X. The effect of obsessive-compulsive symptomatology on executive functions in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2013 Jun 27. pii: S0165-1781(13)00306-5.
- [11] Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophr Res*. 2007;90:198–202.

**MOLTES GRÀCIES
PER LA VOSTRA
ATENCIÓ**