

Original [comunicación preliminar]

Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en el trastorno bipolar (estudio de caso)

TELMA SANTOS, JOÃO ALCAFACHE

TELMA SANTOS
Magister en Medicina.
Departamento de Psiquiatria e
Saúde Mental, Centro Hospitalar
do Baixo Vouga, Aveiro,
R. Portuguesa.

JOÃO ALCAFACHE
Doctor en Psiquiatria.
Departamento de Psiquiatria e
Saúde Mental, Centro Hospitalar
do Baixo Vouga, Aveiro,
R. Portuguesa.

FECHA DE RECEPCIÓN: 22/05/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 01/06/2018

Introducción. La comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno bipolar es considerada una condición común. La naturaleza de la relación entre estas dos entidades clínicas todavía permanece por aclarar y presenta peculiaridades e implicaciones nosológicas/terapéuticas de difícil manejo. **Objetivos.** El presente artículo pretende, a partir de un estudio de caso, abordar y profundizar el manejo clínico y gestión del tratamiento psicofarmacológico, enfatizando sus particularidades, en pacientes que padecen de esta comorbilidad. **Métodos.** Exposición del caso clínico a través de la consulta del proceso del paciente y contextualizando lo mismo en una revisión bibliográfica no sistemática en las bases de datos electrónicos Medline/Pubmed. **Discusión y conclusiones.** El caso clínico presentado, exhibió no sólo las dificultades nosológicas, sino también la necesidad de una gestión cuidadosa y sistemática. En resumen, aparece un déficit marcado en el manejo clínico, psicofarmacológico y psicoterapéutico, al carecer de inversión e investigación clínica adicionales.

Palabras clave: Obsesión – Psicofarmacología – Comorbilidad.

Obsessive-Compulsive Disorder and Bipolar Disorder Treatment (a Case Study)

Introduction. The comorbidity between Obsessive - Compulsive Disorder and Bipolar Disorder is considered a common condition. The nature of the relationship between these two clinical disorders still remains unclear and has properties and nosological/ therapeutic implications difficult to manage. **Objectives.** The present article aims, from a case study, to approach and deepen the clinical management and the administration of the psychopharmacological treatment, emphasizing its particularities, in patients suffering from this comorbidity. **Methods.** Presentation of the clinical case through consultation of the patient's process and contextualizing it in a non-systematic bibliographic review in the electronic databases Medline / Pubmed. **Discussion and conclusions.** The clinical case presented showed not only nosological difficulties but also the need for a careful and systematic clinical approach. In short, there is a great deficit in clinical, psychopharmacological and psychotherapeutic management, lacking additional investment and clinical investigation.

Keywords: Obsession – Psychopharmacology – Comorbidity.

CORRESPONDENCIA
Dra. Telma Santos.
Av. Artur Ravara 3810-501
Aveiro, R Portuguesa;
telmapatriciasantos@hotmail.com

Introducción

La existencia de comorbilidad es un fenómeno extremadamente frecuente en la psiquiatría [3]. Una de las más comunes y de más difícil manejo clínico es la del trastorno bipolar (TB) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) [3], condición anteriormente descrita en textos de autores clásicos, en particular del psiquiatra francés Bénédict-Augustin Morel [1, 2, 9].

La prevalencia de esta comorbilidad TB-TOC parece rondar el 17% [3] y, si consideramos el diagnóstico a lo largo de la vida, se apunta a una prevalencia superior (21-25%) [1]. Sin embargo, la epidemiología TB-TOC varía según el área geográfica y aún depende de las dificultades nosológicas, que se traducen en la duda de la existencia de una verdadera comorbilidad o de una sola entidad clínica [3, 2, 9].

La comprensión de la conjugación de estas enfermedades mentales no está desprovista de una continua búsqueda de respuestas y conocimiento, por lo que su epidemiología, etiología, nosología y manejo psicofarmacológico, ha sido objeto de controversia paralela a un interés científico creciente [3, 1, 2, 9, 5, 10, 11].

El presente trabajo pretende, a propósito de un caso clínico, revisar y caracterizar esta condición, subrayando la gestión psicofarmacológica del cuadro. En este contexto, y con el propósito de profundizar la temática, los autores realizaron una revisión no sistemática de la literatura con recurso a la literatura de referencia y a la investigación bibliográfica electrónica, a través de los motores de búsqueda Pubmed/Medline utilizando la siguiente combinación de *MESH Therms*: "Obsessive-compulsive disorder" AND "affective bipolar disorder" AND "Therapeutics".

Caso clínico

Se trata de un joven adulto de 20 años, empleado de almacén, con historia psiquiátrica empezada en enero de 2008, cuando emergió un cuadro sindrómico compatible con episodio maníaco, que motivó el primer internamiento bajo régimen compulsivo. Se percibieron alucinaciones auditivo-verbales, contextualizadas en los delirios de grandeza, asociadas a la desinhibición comportamental, irritabilidad, insomnio, gastos excesivos y conducción peligrosa. Después de 21 días de interna-

miento, con los resultados de los exámenes complementarios de diagnóstico sin cambios (estudio analítico con investigación de abuso de droga, estudio virológico, VDRL, tomografía computarizada cráneo-encefálica, electroencefalograma) tuvo alta, con el diagnóstico de trastorno bipolar, fase maníaca severa, con mención del componente psicótico.

Desde entonces inició el acompañamiento en consulta de psiquiatría general y seguimiento por el Equipo de Salud Mental y Comunitaria. Se siguieron dos internamientos psiquiátricos (2013 y 2014) con características similares al inicial. Entre los internamientos, se menciona sintomatología depresiva, sin necesidad de hospitalización, que fue puntuando la vida del individuo. Es importante destacar una recuperación casi total del funcionamiento intersófico, con positiva adecuación personal, social y conductual. Como foco del esquema psicofarmacológico estaba presente el litio, la lamotrigina, la olanzapina y el lorazepam cuyas dosificaciones se ajustaban según la necesidad.

En noviembre de 2015, describió ser asolado por la sensación de música de fondo donde fluían sus pensamientos, rumiativos y recurrentes, con contenido centrado en las preocupaciones y dudas sobre la enfermedad mental y conducta social. Durante el intervalo de tiempo entre las consultas, se automedicaba con el propósito de controlar esta sintomatología.

Pasados 2 años, verbalizó una necesidad creciente de repetir mentalmente pensamientos y canciones, y en este contexto, recurrió al servicio de urgencia de psiquiatría relatando, entonces ya, interferencia marcada en su capacidad de concentración y desempeño laboral «*pensamiento al sonido de la música que he escuchado ... luego me harto y digo para mí que así no puede ser e intento pensar en otra música pero después la viene los pensamientos otra vez tipo cisma, repetidos y al sonido de la música*» (sic). No se percibieron alteraciones patológicas del estado de humor y dada la sintomatología aquí admitida como obsesiva, inició la toma justa, lenta y progresiva de la paroxetina (20mg) con mejoría franca del cuadro. Después de un año, abandonó el cumplimiento del esquema farmacológico prescrito, con consecuente

agravamiento de sintomatología obsesiva compulsiva e inicio de cuadro depresivo, que motivó un nuevo internamiento.

Más de dos años después, continuó con dificultad en el control y la adhesión terapéutica rigurosa, por lo que, por su iniciativa, aumentó la dosis de paroxetina a unos 80 mg / día. En consecuencia, hubo descompensación de la TB, con presencia de nuevo episodio maníaco, junto con la completa remisión de los síntomas obsesivo-compulsivos. De nuevo hospitalizado, habiendo sido difícil la gestión del caso, restringiendo así su pronóstico.

Discusión

Comorbilidad

El concepto de comorbilidad fue introducido en la medicina por Feinstein en 1970 para designar casos en que una perturbación clínica adicional, ocurre durante el curso de la enfermedad que era objeto de atención [9]. La TOC es una de las perturbaciones de ansiedad asociadas al TB [11]. Sin embargo, algunos estudiosos relevan la dificultad nosológica en considerar la comorbilidad de estas dos entidades distintas. Mayer Gross y sus colegas, en su obra de psiquiatría en 1969, expusieron sus reflexiones y dudas de la coexistencia de estas enfermedades considerando, que si los síntomas OC sólo eran notorios en fases de descompensación del TB, no existía una verdadera comorbilidad, sino fenómenos obsesivos intrínsecos al propio TB [1, 5]. Los autores, juzgan que sólo una minoría, aquella que tiene como primer diagnóstico el TOC, representa la verdadera comorbilidad donde los síntomas OC se mantienen, con oscilaciones de expresión, independientemente de la descompensación del segundo diagnóstico, el TB [3, 1, 2].

Algunos autores admiten que los síntomas OC pueden ser una expresión de la vulnerabilidad para el desarrollo del TB, y otros alegan una influencia patoplástica, especialmente en las perturbaciones blandas del espectro bipolar, que pudiendo conferir el orden y gestión de la estabilidad de la vida diaria, deban el declive del funcionamiento en el TB [2].

Aunque pueda parecer que la ocurrencia de TOC tenga un efecto protector en lo que concierne a los síntomas psicóticos en el TB, el TOC no reconocido en el TB puede conducir

a la mayor incapacidad funcional, menor respuesta farmacológica, curso y pronóstico desfavorables [5, 10, 11].

Psicofarmacología

De esta comorbilidad sobresale la complejidad en la conjugación del tratamiento psicofarmacológico de dos entidades clínicas tan distintas. Si por un lado, el TOC tiene los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina como primera línea de tratamiento psicofarmacológico [8,13], por otro, pueden en el TB fomentar inestabilidad en el estado de humor [1] siendo su uso, incluso en los episodios depresivos, controvertido. Aún, algunos estudios reconocen que los antipsicóticos de 2ª generación, en el tratamiento de la manía, pueden funcionar como provocadores de fenómenos obsesivos [11, 14, 4, 7, 6].

De esta conjugación de factores, resulta una alta tasa de no respuesta farmacológica, tendencia a la polimedicación, así como al viraje maníaco/hipomaniaco [1].

Se destaca que el objetivo primario del tratamiento debe ser dirigido al TB, con la estabilización del humor [1]. Si es necesario, se pueden considerar bajas dosis de SSRI, debiendo monitorearse rigidamente la aparición de síntomas maníaco/hipomaniacos y teniendo como premisa que los SSRI y otros antidepresivos, pueden asumir un papel más dañino que efectivo en el tratamiento de esta comorbilidad [1]. Los beneficios con antipsicóticos pueden ser evidenciados, aunque algunos estudios reportan agravamiento de la sintomatología OC [14, 4, 7, 6]. La estimulación cerebral profunda parece comportar demasiados riesgos, no constituyendo un abordaje válido para estos casos (ver tabla 1) [1, 12].

Conclusión

Congruente con la bibliografía consultada, el caso clínico presentado exhibió las dificultades nosológicas previstas, así como la necesidad de una gestión cuidadosa y sistemática de un esquema psicofarmacológico adecuado.

Es la opinión de los autores de este artículo, que el beneficio y el éxito del tratamiento de TOC en TB, sin olvidar la gravedad y limitaciones de esta comorbilidad, se basa en un diagnóstico adecuado de dos entidades diferentes, para lograr un tratamiento y una orientación clínica más exitosa.

En resumen, aparece un déficit marcado de conocimiento en la gestión clínica y manejo psicofarmacológico/psicoterapéutico de esta comorbilidad, al carecer de inversión e investigación clínica adicionales.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con respecto al presente artículo.

Fuentes de financiamiento

Los autores declaran la inexistencia de fuentes externas de financiamiento en la realización de este artículo.

Tabla 1. Psicofármacos utilizados en la gestión de la comorbilidad TB-TOC

Psicofármacos utilizados	
Estabilizadores de humor	La combinación de estabilizadores de humor se utiliza en aproximadamente el 42.1% de los pacientes y el 10.5% necesita de la asociación con fármacos neurolépticos (clozapina, olanzapina y risperidona) [1].
Antipsicóticos	Relativamente a la utilización de antipsicóticos, casos clínicos reportados sugieren beneficios con la asociación de risperidona, de la quetiapina, del aripirazol y de la olanzapina [1]. Estos dos últimos fármacos, son, en algunos estudios, asociados al agravamiento de la sintomatología OC [4].
Antidepresivos	Un estudio hospitalario revela que la utilización de antidepresivos se correlaciona con mayor frecuencia al viraje para fases maniacas/hipomaniacas (clomipramina 39%, SSRIS 14%, en comparación con pacientes con TB sin comorbilidad) [1].
Tratamientos alternativos	La neurocirugía con estimulación en la capsula interna parece inducir una mejora de los síntomas OC pero agravamiento de los manifestos [1].

* TB: Trastorno bipolar; TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo.

Referencias

- Amerio A, Odone A, Marchesi C, Ghaemi SN. Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* 2014; 166:258-63. PMID: 25012439 DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.026
- Amerio A, Stubbs B, Odone A, Tonna M, Marchesi C, Ghaemi SN. The prevalence and predictors of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015;186:99-109. PMID: 26233320 DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.005
- Amerio A, Tonna M, Odone A, Stubbs B., Ghaemi SN. Course of illness in comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder patients. *Asian J Psychiatr.* 2016; 20:12-14.
- Donohue A. First Manic Episode in a 55-year-old Man After Initiation of Aripiprazole. *Psychiatry (Edgemont)* 2010. 2010; 7(4):37-9. PMID: 20508807
- Kim SW, Berk L, Kulkarni J, Dodd S, de Castella A, Fitzgerald PB, Amminger GP, Berk M. Impact of Comorbid anxiety disorders and obsessive compulsive disorder on 24-month clinical outcomes of bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2014;166:243-8 PMID: 25012437 DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.017
- Joshi G, Mick E, Wozniak J, Geller D, Park J, Strauss S, Biederman J. Impact of obsessive-compulsive disorder on the antimanic response to olanzapine therapy in youth with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010; 12(2):196-204 PMID: 20402712 DOI: 10.1111/j.1399-5618.2010.00789.x
- Keck PE, Strawn J, McElroy S. Pharmacologic Treatment Considerations in Co-Occurring Bipolar and Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2006;67 Suppl 1:8-15. PMID: 16426111
- Macedo AF, Pereira AT, Andrade J. Perturbação Obsessivo-Compulsiva, o insustentável peso da dúvida. 2016; 16: 285-286
- Macedo AF, Pereira AT, Andrade J. Perturbação Obsessivo-Compulsiva, o insustentável peso da dúvida. 2016.4;49-51.
- Rakofsky J, Dunlop B. Treating Nonspecific Anxiety and Anxiety Disorders in Patients With Bipolar Disorder: A Review. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(1):81-90 PMID: 21208580 DOI: 10.4088/JCP.09r05815gre
- Shashidhara M, Sushma BR, Viswanath B, Math SB, Reddy YC. Comorbid obsessive compulsive disorder in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2015;174:367-71. PMID: 25545603 DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.019
- Tsai HC, Chen SY, Tsai ST, Hung HY, Chang CH. Hypomania following bilateral ventral capsule stimulation in a patient with refractory obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 2010;68:e7-e8 PMID: 20553748 DOI: 10.1016/j.biopsych.2010.04.001
- Uguz. Successful treatment of comorbid obsessive-compulsive disorder aripiprazole in three patients with bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010; 32(5):556-8. PMID: 20851277 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.07.004
- Wickham R, Varma A. Ziprasidone-Associated Mania in a case of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007 Aug;12(8):578-9. PMID: 17924512