

Lucía Varela Reboiras¹, María Tajés Alonso², María Dolores Domínguez Santos ², José Alfredo Mazaira Castro³.

¹.Médico residente psiquiatría. Servicio de psiquiatría.

².Facultativo especialista de área. Servicio de psiquiatría.

³.Coordinador Unidad salud Mental Infanto juvenil. Servicio de psiquiatría.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Correspondencia:

Lucía Varela Reboiras.

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario

Universitario de Santiago de Compostela. C/

Choupana s/n. Santiago de Compostela. 15706. A

Coruña.

Un caso de trastorno obsesivo-compulsivo familiar

A case of familiar obsessive-compulsive disorder

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) y comportamientos o actos mentales repetitivos (compulsiones)¹. La causa exacta del TOC es aún desconocida¹. La evidencia de estudios familiares, individuales y de segregación apoya el papel de un componente genético en la etiología del TOC¹. Pero la comorbilidad también es importante en este trastorno² y, a veces, pasa desapercibido³, por lo que presentamos un caso clínico, en el que se deriva a consulta de salud mental, un paciente con sospecha de trastorno somatomorfo, que resulta presentar un trastorno obsesivo-compulsivo con, además, gran agregación familiar.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo; componente genético; comorbilidad.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent and persistent thoughts (obsessions), and repetitive behaviors or mental acts (compulsions)¹. The exact cause of OCD is still unknown¹. Evidence from familial, twin and segregation studies supports the

role of a genetic component in the etiology of OCD¹. But comorbidity² is also important in this disorder and sometimes it goes unnoticed³. We present a case in which a patient is referred to our mental health service with the suspicion of a somatoform disorder complicated with an obsessive-compulsive disorder, also with high familial aggregation.

Key words: obsessive compulsive disorder; genetic component; comorbidity.

INTRODUCCIÓN

El TOC es un trastorno común a lo largo de la vida³. Encuestas comunitarias han identificado consistentemente una prevalencia que oscila entre el 1-2%, pero la enfermedad es poco reconocida y sólo una minoría de los casos reciben tratamiento precoz³. Si no se trata, el TOC por lo general sigue un curso crónico, fluctuando en intensidad, pero rara vez remitiendo por completo³.

Desde los primeros años del siglo XX, los médicos han sospechado que la herencia juega un papel importante en el desarrollo del TOC¹. Los estudios familiares informan de tasas de prevalencia de 7 % a 15 % en familiares de primer grado de los probandos niños y adolescentes con TOC¹. Estos resultados son consistentes con los informes

de un aumento de la carga familiar en los probandos con la edad temprana de inicio¹.

De acuerdo con la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), para el diagnóstico de TOC, las obsesiones (ideas persistentes, pensamientos, impulsos o imágenes que inapropiadamente se entrometen en la conciencia y que causan angustia o ansiedad) o compulsiones (comportamientos repetitivos no deseados o actos mentales cuyo objetivo es prevenir o reducir la ansiedad o la angustia, pero no proporcionar placer o gratificación) deben estar presentes, reconocidas como irrazonables o excesivas (aunque esto último puede no ser aplicable en los niños), y se asocian con angustia, consumo de tiempo, e interferencia con el funcionamiento social o individual del paciente⁴.

La comorbilidad entre el TOC y otros trastornos mentales como la depresión, ansiedad, abuso de drogas y alcohol y trastornos de la alimentación es común, y el TOC a menudo se pierde o se diagnostica mal³. Por otro lado, algunos estudios clínicos y poblacionales han encontrado que la concurrencia de algunos tipos de trastornos somatomorfos (por ejemplo, trastorno de somatización) y los trastornos de ansiedad y depresivos es común⁵. Estos hallazgos pueden sugerir bien una relación causal entre estos trastornos o bien que compartan algunos factores etiológicos. En todo caso muestran que la evidencia empírica acumulada es demasiado escasa y limitada para llegar a conclusiones firmes sobre los patrones de asociación entre los trastornos somatomorfos y los trastornos de ansiedad y depresivos⁵.

Otro ejemplo de trastorno comórbido con TOC es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que se ha validado a través de análisis de segregación³.

CASO CLÍNICO

Solicitan valoración de paciente derivado a consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil (SMI-J) desde planta de hospitalización pediátrica, donde estuvo ingresado por sospecha de ataxia, con diagnóstico al alta de trastorno por somatización.

Se trata de un varón de 10 años de edad, que convive con su madre, hermano gemelo y otro hermano de 15 años. Actualmente repite 4º curso de Educación Primaria (E.P.).

Patobiografía: embarazo gemelar, con riesgo de parto prematuro a partir del 7º mes, parto vaginal a término.

Síndrome de aspiración meconial, que requiere de ingreso. Bronquiolitis en el primer mes de vida. Luxación de cadera corregida quirúrgicamente al 4º mes. Lactancia materna hasta los 2,5 años. Bebé tranquilo, aunque sufre cólicos ocasionales. Introducción de la alimentación sin problemas. Inicio normal del lenguaje, con apoyo logopédico por dislalia para “r”. Deambulación con normalidad, con gateo previo. No acude a guardería. A los 3 años comienza escolarización infantil, con pequeños problemas de adaptación al principio (llora), y llama a la atención en esta época que siempre quisiese ir con el mismo chaquetón y poner el mismo mandilón en clase, igual que su gemelo. Ocasionalmente presenta conductas enuréticas nocturnas.

A los 6 años inicia la E.P.; bajo rendimiento académico desde el tercero de primaria, repitiendo 4º. Coincidiendo con ello (desde los 8 años) comienzan a florecer muchas “manías”, tanto en el paciente como en su gemelo, que pueden ir cambiando de tipo al cabo de unos meses, siendo más notorias en domicilio, con pobre interferencia en su trabajo en la escuela o actividades lúdicas. Estas conductas se exacerban de forma notoria al inicio del curso escolar con disminución en periodos vacacionales.

Antecedentes personales somáticos: asma leve intermitente, sensibilidad a ácaros. Dolor abdominal frecuente en cuyo estudio presentó coprocultivos positivos a *Blastocystis hominis*, *Dientamoeba fragilis* y *Campylobacter jejuni*, tratados con metronidazol y azitromicina. No recibe tratamiento crónico.

Antecedentes familiares somáticos: linfoma de Hodgkin en padre. Hiperreactividad bronquial, alergia a los ácaros, dermatitis atópica y reflujo gastroesofágico en hermano gemelo.

Antecedentes personales psiquiátricos: no contacto psiquiátrico ni psicológico previo.

Antecedentes familiares psiquiátricos: conductas de acumulación en padre; conductas compulsivas en la infancia en madre; sintomatología obsesiva en infancia en tía materna; hermano gemelo con la misma clínica; compulsiones de lavado/limpieza en hermano de 15 años desde hace un año.

Enfermedad actual: un mes antes de la derivación a SMI-J, el paciente presentó un cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por dolor epigástrico, tipo cólico, acompañado de sensación nauseosa y de debilidad en piernas, y cambios en el hábito intestinal, por lo que ingresó en el Servicio de Pediatría. Se realizó

analítica de sangre con hemograma y bioquímica, mono test, análisis de líquido cefalorraquídeo, tóxicos en orina y tomografía computarizada craneal sin hallazgos y se mantuvo en observación. Durante su estancia hospitalaria presentó un buen estado general, con mejoría, no presentando alteraciones en la exploración neurológica. Tras descartar patología orgánica, se procedió al alta, con diagnóstico de cuadro de inestabilidad sin evidencia de patología aguda y posible somatización.

La madre refiere episodios de fatiga intensa, de unos días de evolución, en años anteriores, sobre todo en verano u otoño, historia de dolores abdominales exacerbados en periodo escolar, y destaca las conductas compulsivas de sus hijos gemelos, que presentan de manera marcada desde hace 2 años y que se exacerbaban al comenzar el colegio, aunque no interfirieran en éste.

Exploración psicopatológica: No presenta estigmas físicos, eutímico. Inquietud psicomotriz marcada. No tics ni estereotipias. Lenguaje fluido, con ceceo, aunque parco, tendente a las respuestas evasivas y monosilábicas. Sin labilidad emocional, colaborador, no datos de oposicionismo. Sin signos neurovegetativos de ansiedad. Sin verbalizaciones de contenido delirante. Compulsiones. Sin ideación de muerte ni autolisis. Sueño y apetito conservados.

Escalas aplicadas: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): presenta los síntomas de lavado de manos ritualizado (meter las manos bajo el grifo de agua, sin frotar, ni secar posteriormente, varias veces al día, al tocar ciertas cosas); compulsiones de guardar (juguetes, dientes caídos, restos de cabello al cortarlo, mascota muerta, utensilios domésticos rotos); rituales que involucran a otras personas (pedirle a la madre que conteste repetidamente la misma pregunta: "¿no te vas a morir, verdad?", que le limpie varias veces después de defecar), necesidad de tocar ciertas cosas, necesidad de decir "pedo" hasta quedarse dormido, necesidad de decir "pedo", al echarlo, y abanicar la manos durante un momento (los dos gemelos a la vez). Tiempo ocupado en la realización de conductas compulsivas: moderado; intervalo libre de compulsiones: intervalos moderadamente largos; interferencia debida a las conductas compulsivas: ninguna; malestar asociado a conducta compulsiva: leve; resistencia en contra de las compulsiones: cede a todas; grado de control sobre las conductas compulsivas: no control. Puntuación total: 13.

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

versión padres: 25 puntos (punto de corte para trastorno de ansiedad).

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV-versión profesores: déficit de atención entre percentil 50-75, hiperactividad en percentil inferior a 50, total en percentil menor a 50.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV-versión padres: déficit de atención entre percentil 50-75, hiperactividad en percentil 85, total en percentil 75.

Se establece el juicio clínico de trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8, CIE-10). Se realiza intervención psicoeducativa, así como entrenamiento en prevención de respuesta. Iniciamos coordinación con centro académico de cara a evaluar competencias, áreas deficitarias y dar apoyo individualizado para disminuir el nivel de estrés percibido.

DISCUSIÓN

En una amplia muestra de familias con afectación múltiple, se identificaron tres clases de TOC: simple, relacionado con tics y relacionado con afectividad². Estas clases sugieren que la concurrencia de otros trastornos psiquiátricos con TOC pueden ser indicativos de los diferentes subgrupos fenotípicos². Es posible que unir o más de los subtipos de TOC anteriores represente un grupo genético más homogéneo produciendo una mayor capacidad de detectar la variación genética relevante para el trastorno².

Además de por las características de subtipos clínicos individuales, puede ser fructífero el subtipo basado en grupos de síntomas². Varios estudios encontraron cuatro dimensiones de los síntomas del TOC utilizando diferentes enfoques estadísticos sobre los datos recogidos con la lista de síntomas Y-BOCS: obsesiones agresivas/sexuales/religiosas; contaminación/limpieza; simetría/orden y acumulación². Estas dimensiones fueron diferencialmente asociadas con la aparición de los síntomas, la capacidad de respuesta de tratamiento, y diagnósticos comórbidos, así como la magnitud de la correlación hermano-hermano, siendo la dimensión de acumulación la más familiar². Varios grupos han informado de que los sujetos con TOC y conductas de acumulación son clínicamente distintos de otros individuos con TOC². En un estudio a gran escala de la acumulación en los pacientes con TOC, estos eran más propensos a tener obsesiones de simetría y cálculo, orden y compulsiones de repetición⁵. También fueron más propensos a tener una mayor grave-

dad de la enfermedad, más dificultad para iniciar y completar tareas, y problemas con la indecisión⁵. Actualmente, la acumulación, ya está incluida en el DSM-V como un trastorno independiente, que a veces es comórbido con el TOC⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33 (1): 141–158. doi: 10.1016/j.psc.2009.11.001.
2. Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. 2010; 12 (2): 131-48.
3. Fineberg NA, Bangalore RB, Moberg J, and O'Doherty C. Clinical Screening for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2008; 45 (3): 151–163.
4. Organización Mundial de la Salud: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Tercera reimpresión de la primera edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
5. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine.* 2007; 69:860–863. doi: 10.1097/psy.0b013e31815b0103
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.