

Símtomes obsessius en pacients psicòtics: a propòsit d'un cas



**Marina Fàbrega
Daniel Ilzarbe
Sara Mansilla
Ana Pérez**

HOSPITAL CLÍNIC MIR 3

Índex

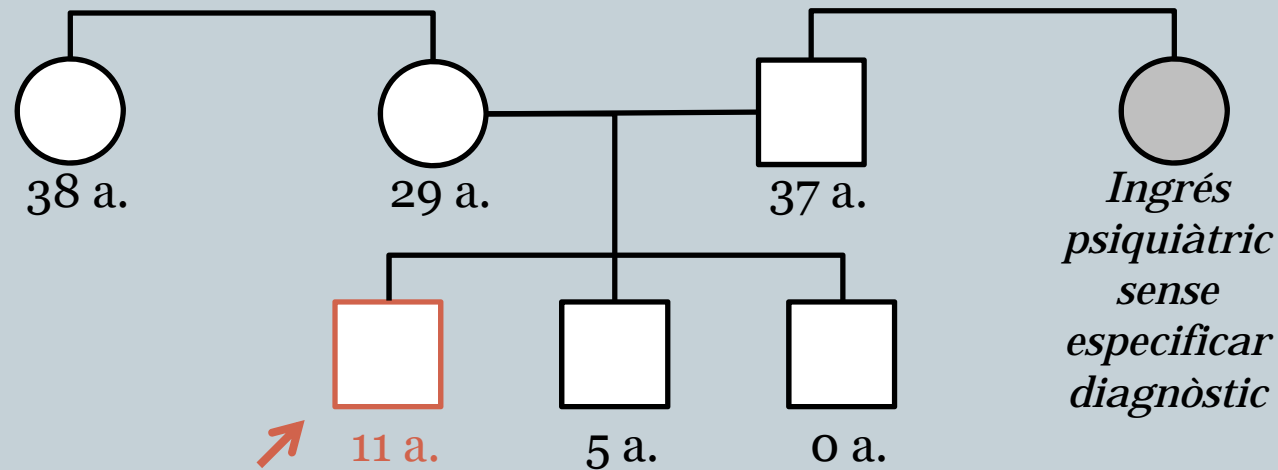


- Cas clínic
- Clínica psicòtica amb símptomes obsessius: comparació en població adulta i infantil
- Limitacions
- Conclusions



Cas Clínic

- Pacient d'**11 anys**
- Antecedents personals:
 - Sense AMC ni hàbits tòxics
 - Quadres febrils (amigdalitis 1.5-7 anys)
- Antecedents familiars:

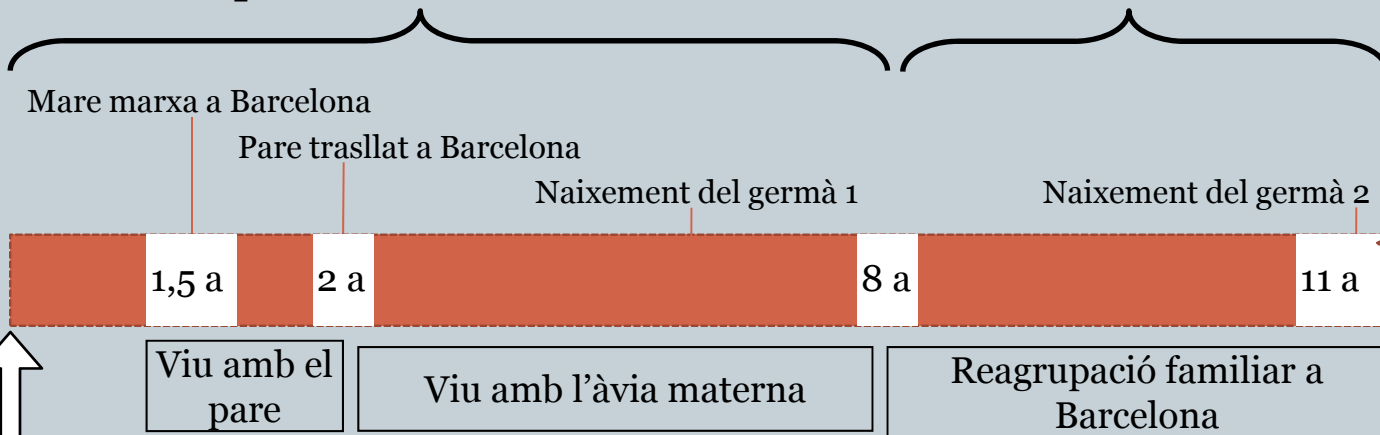


Psicobiografia



República Dominicana

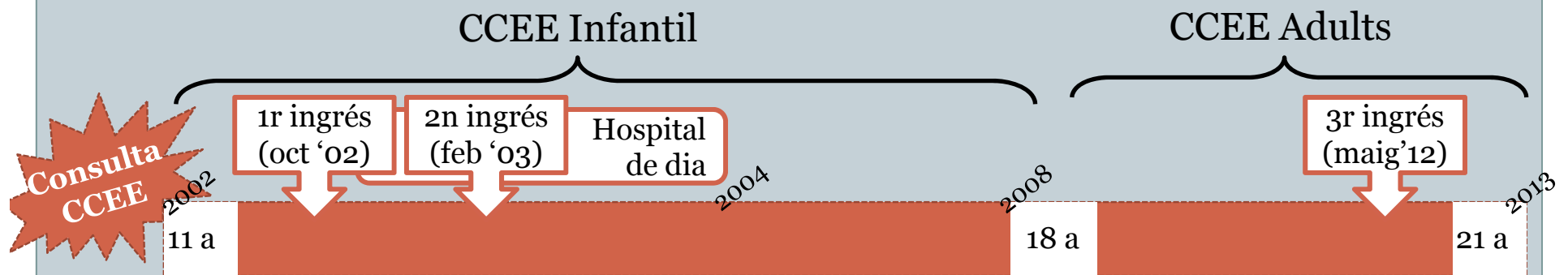
Barcelona



- Embaràs N
- Part vaginal als 7 m (patiment fetal)
- Pes = 3,5 kg
- Lactància materna 8 m.
- Desenvolupament psicomotor N

- Ben adaptat a nivell familiar, escolar i social
- Trets d'introversió
- Escolaritzat des dels 4 anys, bon rendiment escolar fins darrer curs de primària. El descriuen com inquiet i amb escassos hàbits d'estudi.

Resum evolució



1a valoració (abr'02)



- Derivat de la xarxa privada.
- Motiu de consulta:
 - Ansietat associada a vivències de canvi corporal d'un mes d'evolució:
 - Taques a les mans
 - Tumoració sota l'ull dret
 - Forma facial (cara més rodona)
 - Conductes comprovatòries: es toca la cara, es mira el mirall, pregunta.
 - Autoreferencialitat secundària
 - Dubtes
 - Augment de pors a la nit
 - Coincideix amb naixement del germà
 - Tractament: olanzapina 5 mg/dia
- DD: Episodi psicòtic - trastorn obsessiu - trastorn d'ansietat
- Tractament:
 - Retirar antipsicòtic per observar la simptomatologia
 - S'afegeix clorazepat dipotàssic pediàtric

Seguiment ambulatori CCEE (abr-jun'02)



	Idees obsessives	Compulsions
Hipocondríiques	<ul style="list-style-type: none">- Tumoració a l'ull amb por de paralytzar la gent si els mira- Dificultat respiratòria (costelles) amb por de deixar de respirar i morir- Moviment intestinal en menjar- Molèsties a les extremitats amb por a quedar-se paralític- Sensació d'hipersalivació	<ul style="list-style-type: none">- Tanca els ulls- Es toca el cos (panxa, articulacions)- Estossega- Pregunta- Escup
Contaminació	<ul style="list-style-type: none">-Preocupació perquè el menjar estigui contaminat	<ul style="list-style-type: none">- Se serveix 1r el menjar, no deixa que altres toquin el seu menjar- Agafar coses i menjars de colors concrets (verd) , tocar 5 vegades safata, coberts...
Altres	<ul style="list-style-type: none">- Por a morir si veu un crucifix	<ul style="list-style-type: none">- Evita mirar el portador

Seguiment ambulatori CCEE (abr-jun'02)



• Proves complementàries:

NPS (17/06/2002)

- Nivell intel·lectual a la zona mitja-baixa de la normalitat
- Dificultats en la fixació de memòria de la informació visual i verbal

RMN

Augment del tamany del sistema ventricular de forma global sense signes d'hydrocefàlia activa ni signes clars d'atròfia cortical.

• OD: Trastorn obsessiu-compulsiu (TOC)

• Tractament:

- Fluoxetina (inquietud) → fluvoxamina 200 mg/dia

Evolució (jul'02-set'02)



- S'afegeixen:
 - Fluctuacions anímiques
 - Suspició
 - Sol·liloquis i riures immotivats
 - Tics motors i verbals complexos (?)
 - Dificultat en la comprensió de tasques
 - A nivell privat es reintrodueix olanzapina 10 mg/dia
- ↓
- Ingrés a la sala de psiquiatria infanto-juvenil per estudi.

1r ingrés (30 set-30 oct'02)



- A l'inici de l'ingrés s'objectiva:
 - Dificultats en l'atenció i comprensió
 - Desorganització i conductes extravagants
 - Tremp suspicax, contacte asintònic
 - Bradilàlia, discurs breu, mancat d'espontaneïtat
 - Al·lucinacions auditives (veus comentadores i vexatòries) amb implicació afectiva i conductual
 - Humor poc reactiu amb tendència a la hipotímia i ansietat flotant
- OD: Trastorn psicòtic + TOC
- Tractament:
 - Risperidona fins a 8 mg/dia + biperidè 4 mg/dia (distonia orolingual)
- Remissió parcial de la clínica (persisteix: desorganització conductual, dèficit atencional i apato-abúlia).

1r ingrés (30 set-30 oct'02)



- Valoració per neurologia: possible disfunció fronto-subcortical.

NPS

- Davallada respecte la primera exploració.
- Rendiment deficitari de memòria de fixació i evocació.
- Dificultat en la integració i codificació de la informació verbal i visual.
- EEG: normal
- SPECT: normal.
- PL: LCR normal.

- Valoració per medicina tropical: descarta cisticercosi
- Alta a Hospital de Sant Joan de Déu → Estudi neurològic: alta sense diagnòstic.

Evolució: Hospital de Dia (Oct'02-Feb'03)



- Evolució.
 - Riures immotivats
 - Absent, inatent, discurs no espontani

NPS (WISC-R)

- Empitjorament en execució de proves
- Rendiment deficitari generalitzat amb empitjorament respecte rendiment premòrbid estimat.

- OD) Esquizofrènia (EQZ) + TOC
- Tractament:
 - Canvi antipsicòtic: olanzapina fins 20 mg/dia
 - Rehabilitació cognitiva
- Remissió parcial

2n ingrés (04-18 mar'03)



- Motiu d'ingrés: Esquizofrènia resistent → Clozapina
- Síntomes obsessius-compulsius observats:
 - Estereotípies motores vs. Compulsions
 - Rentat de mans
 - No es pot tocar el cos, sobretot l'abdomen
 - Es mira al mirall
 - Dubtes a l'hora de vestir-se amb preguntes per reafirmar-se
 - Toca els objectes

RMN i SPECT amb activació neuropsicològica, sense canvis

- Tractament:
 - Clozapina fins a 100 mg/dia.
- Al alta, es revincula a Hospital de Dia.

Evolució: Hospital de Dia – CCEE Inf

- Hospital de Dia:

- S'afegeix clomipramina fins a 225 mg amb bona tolerància però poca eficàcia.

- Seguiment ambulatori del 2003-06:

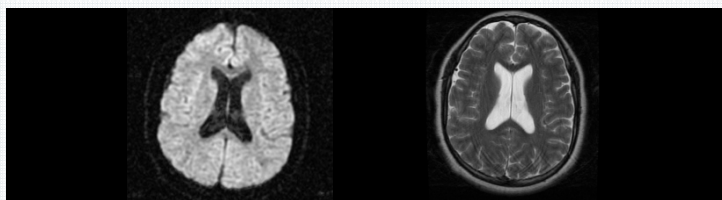
- Sense canvis clínics
- Tractament:
 - Clozapina fins a 350 mg.
 - Clomipramina fins a 275 mg.
 - Vitamina E ←

Moviments orolinguals

Mioclònies EESS

Crisis convulsives tònic-clòniques generalitzades

RMN. Atròfia global i petita àrea d'hipersenyal parenquimatosa a nivell de l'hemisferi cerebel·lós esquerre.



EEG. Lentificació del ritme de fons i tendència epileptogènica excessiva.

- Àcid valproic 1000 mg. ←

Crisis comicials induïdes per clozapina

Evolució: CCEE Inf → CCEE Adults



- **Seguiment CCEE Infantil (2006-08):**
 - Persisteixen idees obsessives de contaminació i compulsions de rentat de mans
 - Destaca empobriment afectiu
 - Vinculació a centre d'educació especial
 - Tractament: Sense canvis
- **Seguiment CCEE Adults (2008-12):**
 - Marcat complex simptomàtic negatiu
 - Dèficit cognoscitiu
 - Tendència a l'aïllament
 - Desorganització conceptual i notables dificultats per accedir al pensament abstracte
 - Funcionament precari en tots els àmbits. Centre Joia
 - Tractament: Sense canvis

3r ingrés (maig'12)



- Derivat des de CSMA de zona per estudi:
 - Depenent, sense contacte social
 - Pràcticament mutista

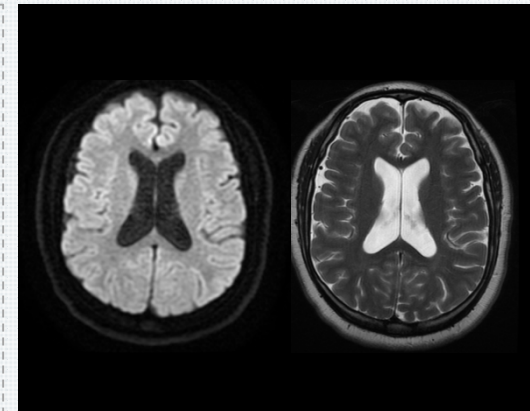
NPS

MMSE de 30. Alentiment executiu i baixa fluència. Dificultats de fixació i recuperació de nova informació per manca d'estratègies eficients. El llenguatge expressiu i comprensiu resten preservats. Patró de disfunció de característica fronto-subcortical.

Analítica. Sense alteracions. Clozapina 496 ng/mL. Valproat 65.4 µg/mL.

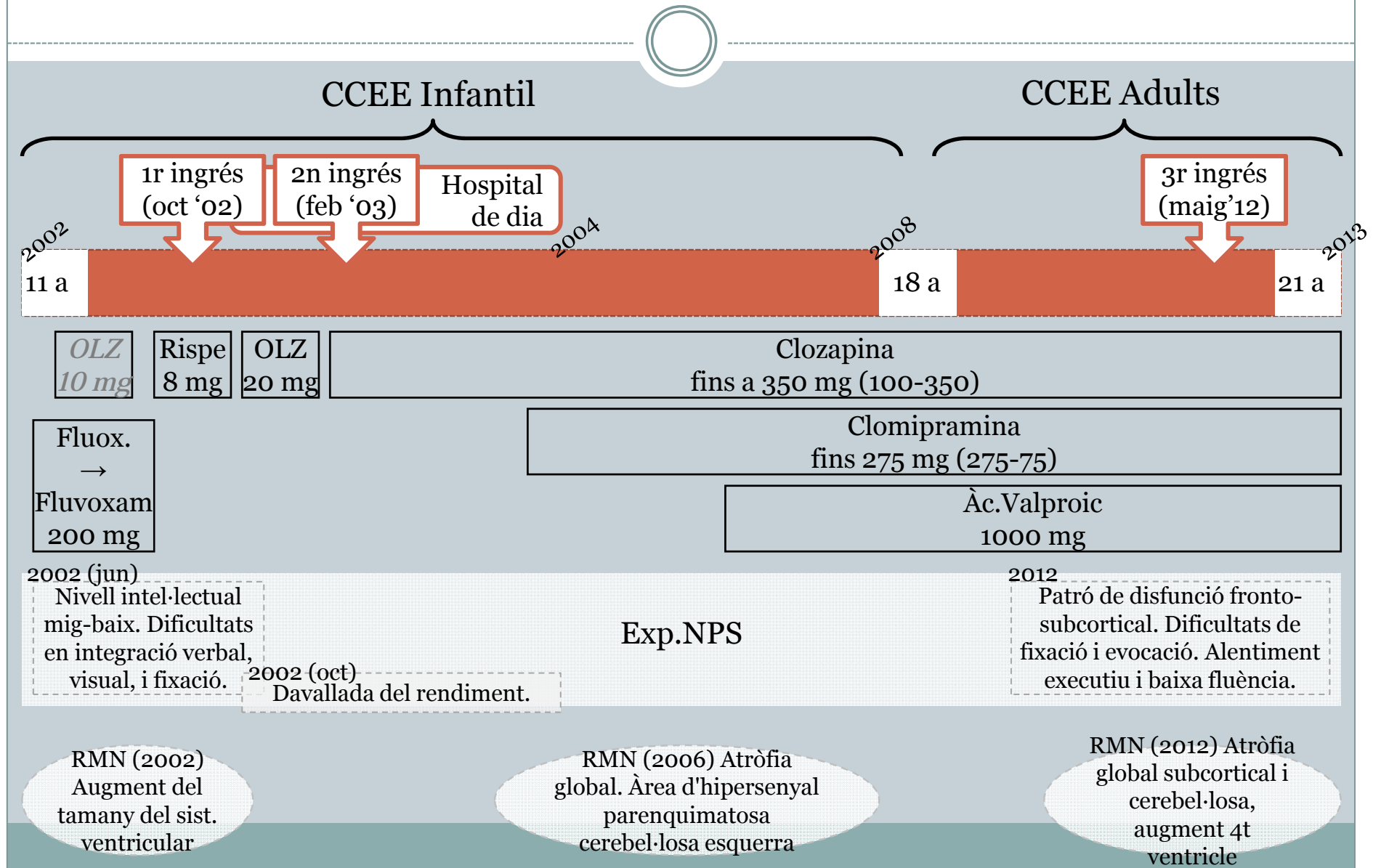
RMN

Moderats signes d'atròfia cerebral global, de predomini subcortical, discret eixamplament de surcs de convexitat frontoparietal bilateral i ambdues cissures silvianes. Discreta a moderada atròfia cerebel·losa i vermiana, augment 4t ventricle i imatge compatible amb megacisterna magna



- **OD)** Esquizofrènia deficitària + TOC
- **Pla)** Clozapina 350 mg/dia, valproat 1000 mg/dia i clomipramina 75 mg/dia.

Resum evolució



Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil



Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil



ADULTS



NENS I ADOLESCENTS



Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (I/VIII)

ADULTS

PREVALÈNCIA

- Criteris de TOC: 12,1% en pcts amb EQZ [Karno 1988; Kesler 2005; Achim 2011]
- Síntomes OC (SOC): 12,9-25-45% [Fenton-McGlashan 1968; Buckley 2009 y Berman 1998].
- Síntomes OC transitoris: fins 50% [de Haan 2013]

COMORBILITAT

- Trastorns TOC-like: dismorfofòbia, tr. per tics [Poyurovsky 2005 y 2006]
- Sense diferències per altres trastorns [Poyurovsky 2006]

NENS I ADOLESCENTS

PREVALÈNCIA

- Criteris de TOC: 26% en pcts amb EQZ [Nechmad 2003]
 - Més freqüent en homes [Aoyama 1999]

COMORBILITAT

- Trastorns TOC-like: tr. per tics, dismorfofòbia, hipocondriasi, anorèxia i bulímia nerviosa [Poyurovsky 2008]

Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (II/VII)

ADULTS

DEBUT

- Els símptomes obsessiu-compulsius solen precedir als psicòtics [Devulapalli 2008; Faragian 2009]

NENS I ADOLESCENTS

DEBUT

- Els símptomes obsessiu-compulsius solen precedir als psicòtics (76.2%); freqüentment (31,8%) hi ha diagnòstic de TOC previ [Poyurovsky 2008].
- Edat d'inici del tr. psicòtic significativament inferior si TOC comòrbid [Poyurovsky 2008], i amb període prodròmic més llarg [Aoyama 1999].

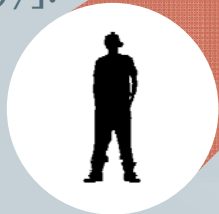


Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (III/VIII)

ADULTS

CLÍNICA OC

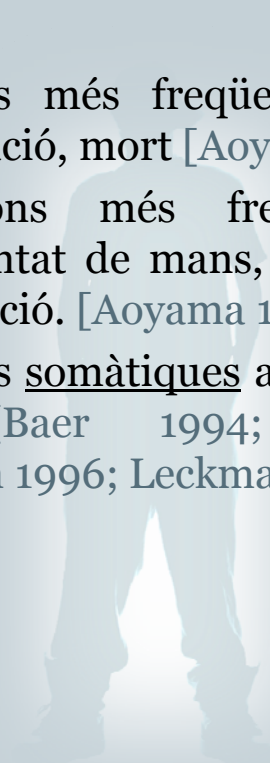
- Obsessions més freqüents: agressives i de contaminació [Faragian 2009, Jordan 2012, Poyurovsky 2013].
- Obsessions somàtiques s'associen a obsessions de contingut sexual-agressiu-religiós [Baer 1994; Hantouch-Lancrenon 1996; Leckman 1997].



NENS I ADOLESCENTS

CLÍNICA OC

- Obsessions més freqüents: neteja i contaminació, mort [Aoyama 1999]
- Compulsions més freqüents (per ordre): rentat de mans, comprovació, ordre i oració. [Aoyama 1999]
- Obsessions somàtiques associades a la neteja [Baer 1994; Hantouch-Lancrenon 1996; Leckman 1997]



Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (IV/VIII)

ADULTS

SIMPTOMATOLOGIA NEGATIVA

- Major simptomatologia negativa (SOC, NO TOC) [Cunill 2009]
- Major simptomatologia depressiva [de Haan 2005; Niendam 2009, Jordan 2012, Hagen 2013].
- Més plans/intents de suïcidi (passats / presents) [Sevincok 2007; Niendam 2009, Jordan 2012, Hagen 2013].
- Major disfunció social [Cunill 2009, Jordan 2012]

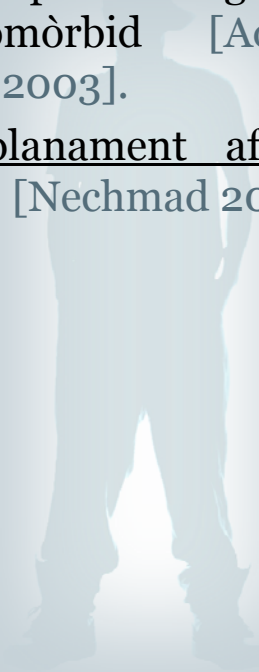
SIMPTOMATOLOGIA POSITIVA

- SOC més alta en PA amb TOC positiva i global (SOC, NO TOC) [Cunill 2009]

NENS I ADOLESCENTS

SIMPTOMATOLOGIA NEGATIVA

- Major simptomatologia negativa si TOC comòrbid [Aoyama 1999, Nechmad 2003].
- Major aplanament afectiu si TOC comòrbid [Nechmad 2003].



Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (V/VIII)



ADULTS

NENS I ADOLESCENTS

Exploració Neuropsicològica

- Dèficits principalment en abstracció i memòria executiva, memòria no verbal, habilitat viso-espacial i atenció. [Berman 1997; Hwang 2000; Lysaker 2000; Lysaker 2002; Whitney 2004]
- Més lleus que en pacients amb TOC o EQZ no comòrbids [Patel 2010], estant especialment conservats en les fases inicials de la malaltia [Lysaker 2009].
- IQ baix en pacients amb EQZ, sense diferències entre TOC o no-TOC [Aoyama 1999]

Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (VI/VIII)



ADULTS

INSIGHT OC

- Adequat insight (84,2%) [Poyurovsky 2008].

INSIGHT PSICOSI

- L'insight de la clínica OC s'ha correlacionat amb l'insight pel dx d'esquizofrènia però no pels deliris [Referit a Faragian 2008]

NENS I ADOLESCENTS

INSIGHT OC

- Adequat insight (86,3%) sense arribar a correlacionar-se amb la severitat de la clínica [Faragian 2008].

INSIGHT PSICOSI

- Independent de l'insight de la clínica OC: baix insight del diagnòstic d'esquizofrènia (31,8%) i de consciència de necessitat de tractament (31,8%) [Faragian 2008]
- Sense diferències en l'insight amb adolescents amb EQZ sense TOC comòrbid [Faragian 2008].

Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (VII/VIII)

ADULTS

NEUROIMATGE

- Augment de ratio ventricle/cervell [Kurokawa 2000].
- RMN funcional: Reducció d'activació de còrtex prefrontal dorsolateral dret i descens de connectivitat funcional (= en EQZ) [Bleich-Cohen 2013].

NENS I ADOLESCENTS

NEUROIMATGE

- Major volum de la banya anterior del ventricle lateral i del tercer ventricle [Iida 1995].
- Menor volum d'hipocamp esquerre [Aoyama 1999].
- Correlació àrea del lòbul frontal amb durada de la malaltia [Aoyama 1999].

**Diferent
respecte EQZ i TOC
no comòrbids!**

Comparació clínica psicòtica amb símptomes obsessius en població adulta i infantil (VIII/VIII)

ADULTS

TRACTAMENT

- ISRS: sovint utilitzats en EQZ+TOC comòrbid [Hwang 1986, Sievers 2005 Andrade 2012, Stryjer 2013].
- Antipsicòtics atípics: controvertit
 - En contra:
 - ✦ Relacionat amb l'aparició de novo i/o l'exacerbació de símptomes OC en pacients amb EQZ [Lykouras 2003] especialment clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina [Poyurovsky 2000] i aripiprazol [Desarkar 2007]
 - A favor:
 - ✦ Evidència limitada, principalment case-reports i sèries de casos [Poyurovsky 2004] i retrospectius [Mahendran 2007]; i només un assaig controlat amb placebo [Baker 1996] el resultat del qual va ser negatiu (per olanzapina).
 - ✦ EQZ pur i pacients amb comorbiditat EQZ+TOC [Gao 2006], en concret la clozapina i la combinació o no amb ISRS [Tibbo 1999; Poyurovsky 2000; Sasson 1997], i [Nick 2008]
- TEC [case-reports: Lavin 1996, Hanisch 2009, Rao 2011]



NENS I ADOLESCENTS

TRACTAMENT

- ISRS: sovint utilitzats en EQZ+TOC [Poyurovsky 2008]; sense diferències clíniques significatives ni en les puntuacions de les escales, respecte al grup que no rep antidepressius [Faragian 2008]
- Antipsicòtics atípics: pocs estudis
 - Exacerbació de símptomes OC en tractament amb clozapina [3 case-report: Levkovitch 1995, Marsanic 2011] i risperidona [Marsanic 2011, Dryden-Edwards 1996]
- TEC [1 case-report de Chaves 2005]

Limitacions



- Literatura escassa
- Disseny dels estudis: mostres heterogènies (adults + adolescents), qüestionaris/escales de mesura diverses, TOC vs. SOC.
- Diagnòstic diferencial complex: solapament obsessions/deliris, compulsions/estereotípies [Comentat per Faragian 2009], especialment en nens [Rodowski 2008].
- Síndromes psicopatològiques complexes: “deliris obsessius” o “al·lucinacions obsessives” en exacerbacions psicòtiques SCH-TOC [Berman-Zohn 1997].
- Síntomes TOC purs vs. Secundaris a símptomes psicòtics vs. Presentació comòrbida [Porto 1997; Poyurovsky 2003].
- Entitat diagnòstica diferent?

“Trastorn esquizo-obsessiu”



Proposed diagnostic criteria for an obsessive-compulsive symptom subgroup (“schizo-obsessive”) of schizophrenia [Poyurovsky 2012]

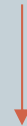
- Symptoms are present that meet Criterion A for obsessive-compulsive disorder at some time point during the course of the schizophrenia.
- If the content of the obsessions and/or compulsions is interrelated with the content of delusions and/or hallucinations (e.g., compulsive hand washing due to command auditory hallucinations), additional typical OCD obsessions and compulsions recognized by the person as unreasonable and excessive are required.
- Symptoms of obsessive-compulsive disorder are present for a substantial portion of the total duration of the prodromal, active and/or the residual period of schizophrenia.
- The obsessions and compulsions are time-consuming (more than 1 hour a day), cause distress or significantly interfere with the person’s normal routine, in addition to the functional impairment associated with schizophrenia.
- The obsessions and compulsions in the patient with schizophrenia are not due to the direct effect of antipsychotic agents, a substance of abuse (e.g. cocaine), or an organic factor (e.g., head trauma).

Conclusions



ESCASSES DIFERÈNCIES

- Tipus d'obsessions, insight EQZ.



- Hipòtesi del neurodesenvolupament.
- Aclarir atribucions a TOC vs. EQZ



Gràcies per l'atenció.

Bibliografia



1. [Poyurovsky M, Faragian S, Shabeta A, Kosov A](#). Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. [Psychiatry Res](#). 2008 May 30;159(1-2):133-9.
2. [Poyurovsky M](#), Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, Weizman A. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. [Comprehensive Psychiatry](#) 53 (2012): 480–483.
3. Poyurovsky M, Glick I, Koran LM. Lamotrigine augmentation in schizophrenia and schizoaffective patients with obsessive-compulsive symptoms. [Journal of Psychopharmacology](#). 2010. 24 (6); p861-866.
4. [Faragian S, Pashinian A, Fuchs C, Poyurovsky M](#). Obsessive-compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder. [Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry](#). 2009 Aug 31; 33(6):1009-12.
5. [Faragian S, Kurs R, Poyurovsky M](#) Insight into obsessive-compulsive symptoms and awareness of illness in adolescent schizophrenia patients with and without OCD. [Child Psychiatry Hum Dev](#). 2008 Mar;39(1):39-48.
6. [Cunill R, Castells X, Simeon D](#). Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. [J Clin Psychiatry](#). 2009 Jan;70(1):70-82. Epub 2008 Dec 2.
7. [Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M, Megeed S, Avidan G, Fuchs C, Bloch Y, Weizman R](#). Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. [Am J Psychiatry](#). 2003 May;160(5):1002-4.
8. [Glick ID, Poyurovsky M, Ivanova O, Koran LM](#). Aripiprazole in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms: an open-label study of 15 patients. [J Clin Psychiatry](#). 2008 Dec;69(12):1856-9. Epub 2008 Nov 18.
9. Angelucci F, Ricci V. Paliperidone for treatment of obsessive compulsive resistant symptoms in schizophrenia: A case report. [Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry](#) 33 (2009) 1277–1278
10. Aoyama F, Iida J, Inoue M, Iwasaka H, Sakiyama S, Hata K, Kishimoto T. Brain imaging in childhood- and adolescence-onset schizophrenia associated with obsessive-compulsive symptoms. [Acta Psychiatr Scand](#) 2000; 102: 32±37
11. Chaves M, Crippa JA, Morais S, Zuardi AW. Electroconvulsive therapy for coexistent schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. [J Clin Psychiatry](#) 66:4 April 2005: 542.
12. Jaafari N, Baup N, Bourdel MC, Olie´ JP, Rotge JY, Wassouf I, Sharov I, Millet B, Krebs MO. Neurological Soft Signs in OCD patients with early age at onset, versus patients with schizophrenia and healthy subjects. [J Neuropsychiatry Clin Neurosci](#) 23:4, Fall 2011, 409-416
13. [de Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH](#). The 5-year course of obsessive compulsive symptoms and obsessive compulsive disorder in first-episodeschizophrenia and related disorders. [Schizophr Bull](#). 2013 Jan;39(1):151-60.
14. [Levkovitch Y, Kronnenberg Y, Gaoni B](#). Can clozapine trigger OCD? [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 1995 Mar;34(3):263.
15. [van Nimwegen L, de Haan L, van Beveren N, Laan W, van den Brink W, Linszen D](#). Obsessive-compulsive symptoms in a randomized, double-blind study with olanzapine or risperidone in youngpatients with early psychosis. [J Clin Psychopharmacol](#). 2008 Apr;28(2):214-8. doi: 10.1097/JCP.0bo13e318166f520.
16. Horga G, Horga A, Baeza I, Castro-Fornieles J, Lázaro L, Pons A. Drug-induced speech dysfluency and myoclonus preceding generalized tonic-clonic seizures in an adolescent male with schizophrenia. [J Child Adolesc Psychopharmacol](#). 2010 Jun;20(3):233-4. doi: 10.1089/cap.2009.0010.