



TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Washington D.C. A.P.A. Mayo 1999. Consenso

Grupo de Trabajo T O C: DR. CARLOS LEÓN ANDRADE (Ecuador), DR. MÁRCIO ANTONINI BERNIK (Brasil), DR. ALBERTO MANUEL BERTOLDI (Argentina), DR. ALFREDO CIA (Argentina), DR. OTTO DÖRR ZEGERS (Chile), DR. HÉCTOR PINEDA (México)

BASES NEUROBIOLÓGICAS Y NEUROQUÍMICAS DEL TOC

Dr. Carlos León Andrade (Ecuador)

En 1878 K. Westphal describió lo que conocemos ahora como trastorno obsesivo compulsivo, como la existencia de "ideas parásitas, las cuales permaneciendo intacta la inteligencia y sin que exista un estado emotivo o pasional surge ante la conciencia y se imponen a ella contra su voluntad, siendo reconocidas por el propio enfermo como anormales o extrañas a suyo".

Desde entonces, hasta que en 1967 Fernández Córdoba y A. López Ibor publican un trabajo referente a la utilidad terapéutica de la clomipramina en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y luego en 1969, réplica de los hallazgos el mismo A. López Ibor y Reynynabe de Voxrie, por primera vez se presenta una alternativa farmacológica para una condición psiquiátrica considerada como grave y refractaria a todo tratamiento.

Una vez que aparece una terapéutica efectiva, surge las aproximaciones a una base bioquímica del trastorno. Yaryena-Tobias en 1972, es el primero en señalar a la vía serotoninérgica como segura y firmemente implicada en la fisiopatología del TOC. Los estudios realizados desde entonces demuestran igualmente la participación de la dopamina y la frecuente asociación con trastornos neurológicos, lo que sugiere alteraciones estructurales.

Entre los trastornos neurológicos asociados al TOC tenemos:

- Corea de Sydenhan
- Parkinsonismo postencefálico
- Lesiones tóxicas de los ganglios basales
- Gilles de la Tourette
- Tumores cerebrales
- Hematomas
- Traumatismos craneales
- Procesos degenerativos

Uno de los trastornos más atractivos en la correlación de aspectos neurobiológicos y estructurales constituye el PANDAS (Trastorno autoinmune neuropsiquiátrico luego de infección por estreptococo), lo que vendría a ser una variable neuropsiquiátrica de la fiebre reumática. Los elementos para el diagnóstico del PANDAS incluyen la presencia de síntomas obsesivos y compulsivos los cuales desaparecen cuando se ha tratado el cuadro infeccioso.

Los criterios diagnósticos de Instituto Nacional de Salud Mental en EE.UU. para este trastorno abarcan:

- Presencia de TOC y/o tics
- Inicio en la infancia
- Curso episódico de la severidad de los síntomas, con exacerbaciones y remisiones explosivas.
- Anormalidades neurológicas (hiperactividad, tics, movimientos coreiformes) están presentes durante las exacerbaciones.

Importancia del PANDAS

- Si realmente es el resultado de un proceso inmune postinfeccioso, entonces estamos frente a un trastorno neuropsiquiátrico que es prevenible.
- Casos de síndrome de la Tourette y/o trastorno obsesivo-compulsivo refractarios a tratamiento convencional podrían ser PANDAS y el tratamiento de los mismos debería ser de tipo inmunológico.
- Si el síndrome de la Tourette y TOC representan alternativas neuroconductuales de fiebre reumática, deben recibir penicilina profilácticamente y realizar igualmente un monitoreo cardíaco.

Hipótesis serotoninérgica del TOC

- Existiría primero un déficit presináptico de serotonina.
- Esto conduciría a una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos.

- Los fármacos que aumentan la biodisponibilidad de serotonina conducen a una regulación descendente de los receptores.
- Esto explicaría algunas exacerbaciones sintomáticas de los primeros días de tratamiento y el prolongado tiempo de latencia.

Existe mucha investigación que apoya a la hipótesis serotoninérgica como los estudios de 5-HT en plaquetas (Flament y col., 1987) y su correlación con la sintomatología. Estudios más recientes realizados por Joseph Zohar con el agonista serotoninérgico mCPP demostraron agravamiento transitorio de los síntomas mientras que en pacientes en tratamiento con clomipramina no se da la respuesta conductual antes observada.

Otros estudios que apoyan estas hipótesis son los de la metergolina, un antagonista de 5-HT, que provoca un agravamiento de la sintomatología luego de mejoría con clomipramina (Bekenfalt, 1989). Dentro de los estudios con relación a serotonina se ha llegado a identificar y directamente relacionar con el TOC al receptor 5-HT_{1D} el cual como autorreceptor inhibe la liberación de serotonina.

La administración de sumatriptán, un agonista de 5-HT_{1D}, se asocia con exacerbación transitoria de síntomas de TOC en el 50% de los pacientes (Zohar, 1996) y es una de las más prometedoras sustancias en el tratamiento de casos refractarios a tratamiento convencional.

Dopamina y TOC

La evidencia de la participación de dopamina en el TOC, surge de la participación de este neurotransmisor en patologías como Gilles de la Tourette, en la cual el 30% de los pacientes presentan síntomas de TOC. Además, se ha demostrado un agravamiento de los síntomas de TOC con agonista DA.

Otros estudios demuestran la asociación de TOC y trastornos motores como parkinson postencefálico, en el cual existe un probable disbalance contrarregulatorio entre 5HT/DA.

Algunos investigadores y clínicos apuntan también a la coexistencia de esquizofrenia y TOC en lo que se ha propuesto llamar trastorno esquizoobsesivo, del cual existirían gradaciones, entre las que sobre salen, por un lado, un cuadro con franca presentación psicótica de tipo esquizofrenia en el que además se suman síntomas obsesivo compulsivos y del otro lado del espectro estaría un cuadro claramente obsesivo compulsivo al que se añaden síntomas psicóticos.

REUBICACIÓN DEL TOC DENTRO DEL CONCEPTO DE "ESPECTRO"

Dr. Otto Dörr Zegers (Chile)

En los últimos años se ha hecho más y más frecuente el empleo en psiquiatría del concepto de "espectro" que viene a subrayar una antigua observación clínica en el sentido de que los síndromes psicopatológicos no se presentan como entidades claras e independientes sino por el contrario con múltiples transiciones entre ellos.

No es indiferente para el resurgimiento de la teoría del espectro el hecho de la constatación cada vez más frecuente de comorbilidad. En lo que se refiere al TOC los clásicos trabajos de Rasmussen (1984-1989) han demostrado una comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo primario y la depresión mayor del 31% en un corte transversal y del 67% en un corte longitudinal. La comorbilidad con fobia simple es del 22%, con fobia social del 18%, con trastorno de apetito 17% y por último, con crisis de pánico el 12%. Todas estas cifras aumentan en alrededor de un 30% si el método empleado para la obtención de los datos no es solo una entrevista semiestructurada, sino la aplicación del cuestionario SADS. El problema de la relación dentro de estas dos formas tan fundamentales del enfermar humano como son la depresión y la obsesividad se aplica al constatar que también aparecen síntomas obsesivos secundarios en depresiones monopares consideradas como primarias y esto en una proporción no despreciable: 16%. Otro estudio interesante es el llevado a cabo por Cset (1995) en: 108 pacientes con un síndrome depresivo evidente y en el cual puede demostrar que solo en el 12% el síndrome se había presentado en forma pura mientras en el 88% restante el fenómeno obsesivo aparecen asociados a un síndrome fóbico (13%) a un trastorno de personalidad severo (15%), a enfermedades psicósomáticas en sentido estricto (26%) y a síndromes funcionales, también llamados somatomorfos (32%). Si se toma sólo el grupo de la comorbilidad con cuadros psicósomáticos (el 26% mencionado), casi la mitad de ellos (12% del total de la muestra) corresponde a la asociación con trastornos del apetito mientras la otra mitad se distribuye entre torticolis, úlcera gastroduodenal y asma bronquial. Es interesante destacar en este estudio la distribución por sexos: la mayoría de las mujeres presentaban asociación de síndrome obsesivo compulsivo y trastornos del apetito, mientras que a la inversa, casi todas las asociaciones con cuadros motores ocurrían en hombres.