

# Caso Clínico: Precisión Diagnóstica y Optimización del Tratamiento en el TOC



**Robert Hudak, M.D.**

Profesor Asociado de Psiquiatría  
Universidad de Pittsburgh, Facultad de Medicina



Psychopharmacology  
Institute

Vamos a hablar de un caso clínico de un paciente al que traté hace muchos años en nuestro programa de hospitalización parcial intensiva, hace casi 20 años, y que ilustra muy bien muchos de los principios que hemos discutido.

# Preocupaciones en la Evaluación



El paciente presentó un diagnóstico inusual

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>



Psychopharmacology  
Institute

Este paciente llegó a nuestro programa con un diagnóstico de TOC con delirios. Esto es problemático porque, como bien saben, el DSM no contempla ningún diagnóstico de TOC con delirios. Cualquier diagnóstico que se aparte de los estándares establecidos debe encendernos una señal de alerta de que algo no está bien.

## \*References\*

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

# Síntomas Principales del Paciente



Miedos obsesivos sobre causar daño sexual a otros



Confesiones compulsivas a la policía sobre crímenes



Psychopharmacology  
Institute

Sus síntomas incluían el temor de haber abusado sexualmente de otras personas o de haberles causado algún daño. Revisaba mentalmente cada encuentro que tenía con cualquier persona en público, solo para asegurarse de no haber hecho nada malo y de no haberlo olvidado. Además, si veía en las noticias una historia sobre una agresión sexual o un homicidio, llamaba a la policía para confesarlo, porque nunca lograba convencerse de que no había sido él.

# Diagnóstico Inapropiado de TOC



El psiquiatra aplicó incorrectamente el calificativo de delusional al TOC



El tratamiento incluyó fluoxetina 20 mg y quetiapina 200 mg



Psychopharmacology  
Institute

Su psiquiatra reconoció que se trataba de TOC, pero añadió el calificativo de delusional porque el paciente era plenamente consciente de que nunca había cometido tales crímenes, aunque de todas formas lo temía. Esto es simplemente característico del TOC: los pacientes se preocupan por cosas que saben que no son ciertas. Por lo tanto, ese calificativo de delusional es completamente inapropiado en este caso, ya que eso es precisamente lo que define al TOC: personas que se preocupan por cosas que saben que no son verdad. Este psiquiatra ambulatorio indicó fluoxetina 20 mg y quetiapina 200 mg.

# Cambios en el Manejo Clínico



El paciente ingresó al programa de hospitalización parcial intensiva



Se suspendió la quetiapina y se aumentó la fluoxetina

Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>



Psychopharmacology  
Institute

El paciente mejoró muy poco y llegó a nuestro programa de hospitalización parcial intensiva en un estado muy grave. Dado que el diagnóstico de TOC con delirios no existe, simplemente lo diagnosticué con TOC. Suspendí la quetiapina por completo y aumenté la fluoxetina a 80 mg. Después de varias semanas, comenzó a mejorar. Evolucionaba bien, pero empezó a buscar reafirmación de que no había cometido los crímenes.

## \*References\*

- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>

# Respuesta al Tratamiento de Potenciación



Cumplimiento de la EPR amenazado por la gravedad del cuadro



La potenciación con quetiapina mostró una respuesta robusta

Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>



Psychopharmacology  
Institute

Como no le estábamos dando esa reafirmación, y la EPR es realmente exigente, y en ese momento estaba trabajando en la cima de su jerarquía, es decir, enfrentando las obsesiones más significativas y graves sin recibir la reafirmación que buscaba, amenazó con abandonar el tratamiento. Me senté con él y le dije: la fluoxetina solo nos está dando una respuesta parcial, así que vamos a potenciar el tratamiento añadiendo nuevamente la quetiapina. El paciente había tolerado bien la quetiapina anteriormente, aunque no le había resultado eficaz. Reintroduce la misma dosis de quetiapina 200 mg, pero ahora que estaba recibiendo el ISRS a dosis terapéutica, obtuvo una respuesta sólida con una mejoría muy notable. Respondió muy bien a la estrategia de potenciación en ese momento.

## \*References\*

- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>

# Estrategia de Optimización del Tratamiento



Se requiere optimización del ISRS antes de la potenciación



Los enfoques modernos favorecen los agentes glutamatérgicos

• Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>

• Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology  
Institute

Lo que esto nos enseña es que las estrategias de potenciación no funcionan si el medicamento principal no está optimizado. No podemos esperar que ninguna de estas estrategias sea eficaz si el ISRS no está a su dosis máxima. Siempre es fundamental no recurrir a la potenciación hasta que el ISRS haya alcanzado la dosis máxima tolerada durante ese período de 12 a 16 semanas. Esto ocurrió hace 20 años. Hoy en día, probablemente utilizaría un agente glutamatérgico como la memantina, y lo habría intentado antes de recurrir a un antipsicótico de segunda generación.

## \*References\*

- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

## Puntos Clave

- El diagnóstico inicial erróneo condujo a un tratamiento inadecuado
- La EPR y la dosificación adecuada del ISRS mejoraron los síntomas
- La reintroducción estratégica del antipsicótico optimizó los resultados del tratamiento



El punto clave aquí es el siguiente: al paciente se le asignó un diagnóstico que no existe, TOC con delirios, y por eso recibió un tratamiento inadecuado con un ISRS a dosis bajas más un antipsicótico de segunda generación. Mejoró cuando incorporamos la EPR y cuando aumenté el ISRS a la dosis antiobsesiva adecuada, y también mejoró al retirar ese antipsicótico de segunda generación inicial. Cuando necesitamos una mejoría adicional, reintroduje exactamente la misma dosis del antipsicótico de segunda generación y se observó una mejoría significativa.