

## Respuesta a la TEC en un caso de trastorno explosivo intermitente refractario

J. M. GARCÍA VALLS, N. ROMERO BALSALOBRE<sup>1</sup>, A. VILAPLANA PÉREZ<sup>1</sup>, P. CASAS LIMONES<sup>1</sup>, Y. SIMARRO QUINTANA<sup>2</sup>, N. SERRA SANCHÍS<sup>2</sup>

*Departamento de Salud 6 de Valencia. Área Hospital Arnau de Vilanova. <sup>1</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM). Bétera, Valencia*

### RESUMEN

**Introducción:** El trastorno explosivo intermitente se manifiesta como una historia de episodios de pérdida de control de impulsos agresivos, con violencia o destrucción de la propiedad. El caso que presentamos tuvo una evolución atípica, por su gravedad clínica, la asociación con clínica obsesivo-compulsiva y su refractariedad a los tratamientos convencionales.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente varón de 35 años, que presentaba desde los 18 años crisis de agitación muy importantes, con destrucción de objetos, ante mínimas contrariedades. Presentaba, además, sintomatología obsesivo-compulsiva, con rituales de limpieza y perfeccionismo. El tratamiento farmacológico con potenciadores de la vía serotoninérgica, clozapina y diversos eutimizantes, resultó inefectivo. Finalmente, la asociación de la terapia electro-convulsiva logró controlar los episodios de agitación.

**Conclusiones:** La literatura acerca del tratamiento con TEC de este síndrome se limita a series de casos. La gravedad clínica del caso motivó que se pautara dicha técnica, con buen resultado.

**PALABRAS CLAVE:** TEC. Agitación. Explosivo intermitente.

### ABSTRACT

**Introduction:** IED (intermittent explosive disorder) is a condition which makes people lash out violently for no reason; the person loses control suddenly and brakes or smashes something. The reported case showed atypical evolution due to its clinical condition such as an obsessive compulsive behavior and its resistance to common treatment.

**Clinical case:** Since age eighteen, a thirty five-year old man had disproportionate reactions to any provocation, also showing obsessive compulsive symptoms characterized by repeated patterns of cleaning and perfectionism. He was treated pharmacologically with serotonin reuptake inhibitors (SRI), clozapine (antipsychotic) and other mood-stabilizers, thus resulting ineffective. Electro-convulsive therapy (ECT) finally controlled the violent outbursts.

**Conclusion:** Information including ECT on this type of disorder limits to certain cases. The seriousness of the case encouraged specialists to employ this technique resulting in successful outcome.

**KEY WORDS:** ECT. Agitation. Intermittent explosive.

### INTRODUCCIÓN

El trastorno explosivo intermitente o síndrome del descontrol episódico se manifiesta como una historia de episodios de pérdida de control de impulsos agresivos, con violencia o destrucción de

la propiedad. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado a la intensidad de los factores precipitantes. La personalidad intercrítica se halla indemne y el trastorno no se puede explicar por la presencia de otro trastorno mental o consumo de tóxicos (1). En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10), se encuentra incluido dentro del apartado "Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos" (F63.8) (2).

La literatura es escasa en lo que se refiere al tratamiento del síndrome específico, si se excluye el

*Recepción:* 12-04-2007  
*Aceptación:* 29-05-2007

*Correspondencia:* J. M. García Valls. Plaza Manuel Broseta, 31C. 46530 Puzol, Valencia. e-mail: chemadoc\_22@hotmail.com

dominio genérico de los trastornos del control de los impulsos. Se han encontrado series de casos de trastorno explosivo intermitente respondedores a los ISRS solos o en asociación con carbamazepina (3). Algunos autores han propuesto también el uso de antagonistas beta-adrenérgicos, como el propranolol (4) o el metoprolol (5). Entre los antipsicóticos, se ha ensayado la clozapina, con resultados satisfactorios en grupos de adolescentes refractarios (6). Finalmente, existe alguna comunicación aislada de mejoría con la aplicación de terapia electro-convulsiva (TEC), en retraso mental asociado a trastorno explosivo intermitente, cuando han fracasado otras alternativas terapéuticas (7).

El caso que presentamos adoptó un curso atípico. Primeramente, por su evolución episódica. También por su presentación clínica, en forma de graves crisis clásticas, con rotura de todo tipo de objetos y la asociación de una clínica de corte obsesivo compulsivo. Finalmente, la aparición de refractariedad a los tratamientos farmacológicos convencionales obligó a la utilización de la terapia electro-convulsiva.

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente, varón, de 35 años en el momento actual. No RAM. No antecedentes familiares de interés. Es el mayor de 3 hermanos. No existen antecedentes personales somáticos de interés. No hábitos tóxicos. Tomó contacto por primera vez con los servicios psiquiátricos de zona, a la edad de 14 años, por dificultades crecientes de relación interpersonal y fracaso escolar. Escolarizado finalmente hasta 6º de EGB.

A los 18 años, reinició por cuenta propia el seguimiento psiquiátrico. En esta ocasión, por sintomatología ansioso-depresiva en relación, de nuevo, con vivencias subjetivas de insuficiencia sociolaboral. Se pudo objetivar la presencia de una inteligencia limítrofe de base (Raven: percentil 5; WAIS total: 70), con problemas de autoestima y socialización. La sintomatología que refería consistía en ánimo bajo, aislamiento y pasividad, con abandono de algunas tareas que realizaba en un negocio familiar. En otro orden, se informó también de la presencia de algunos rituales, con características de compulsiones, de perfeccionismo y limpieza corporal, pero con escasa repercusión en su funcionamiento. Destacaba, asimismo, una caracterología de introversión, rigidez y tendencia a la meticulosidad. En las sucesivas visitas, el paciente fue relatando otro de sus motivos de preocupación, consistente en "unos ataques de nervios" que, según él, no podía controlar, y que le impulsaban a romper cualquier objeto que tuviese a mano. Fundamentalmente, esto ocurría cuando se

le contradecía, se le obligaba a realizar tareas que él no deseaba hacer o bien ante demandas insatisfechas.

En la evolución, durante los años posteriores, se sucedieron varios ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica, todos ellos por idénticos motivos clínicos. El principal dominio de la sintomatología lo constituía el descontrol de los impulsos, en forma de grandes crisis clásticas. Durante las mismas, el paciente, ante cualquier mínima visicitud, especialmente en el ámbito familiar, llegaba a destrozar todo tipo de enseres domésticos, entre ellos, rotura de muebles, saneamientos, cristales, ventanas, puertas, cañerías, etc. Durante el tiempo de hospitalización, solía requerir la práctica de la contención mecánica durante periodos prolongados, por el riesgo de reanudación de la conducta de romper. Relataba "encontrarse mal" cuando pensaba en la idea de romper cosas, solicitando él mismo que se le sujetase. Con el fin de limitar la práctica continuada de la sujeción mecánica, se optó por llevar a cabo una técnica de "contrato". De este modo, el paciente podía obtener una serie de prebendas, si lograba resistir la compulsión de romper. La duración de los ingresos hospitalarios solía ser de varios meses y era fundamentalmente la conducta clástica la que limitaba este tiempo. En raras ocasiones, esta agresividad fue heterodirigida a otras personas, aunque sí autodirigida, existiendo algunos intentos autolesivos, mediante ingesta de psicofármacos. Por otra parte, y simultáneamente a estos graves trastornos en la esfera de la impulsividad, la ritualidad referida con anterioridad se veía exacerbada. Dado el elevado número de rituales asociados al acto de comer, el paciente no podía, inclusive, realizar ingestas, ingiriendo durante días únicamente agua. Empleaba también horas en ordenar su habitación o realizar mínimas tareas de higiene, como ducharse o afeitarse. Asimismo, verbalizaba una ideación obsesiva en torno a "arrancarse el pelo o beber lejía", que le producía intenso malestar. Su estado anímico lo relataba como bajo, enfatizando recurrentemente en su sentimiento de minusvalía e impotencia, surgidas de no poder controlar sus crisis. No llegó a verbalizar ninguna ideación delirante, ni se pudo inferir la existencia de trastornos de la senso-percepción. Se realizaron pruebas de neuroimagen (TAC cerebral) y EEG, sin hallazgos patológicos.

El tratamiento psicofarmacológico pautado incluyó diversos antipsicóticos convencionales y atípicos (clozapina), eutimizantes (carbamazepina, topiramato) y antidepresivos potenciadores de la vía serotoninérgica (clorimipramina). Los resultados alcanzados fueron escasos, con recaídas en los trastornos de la conducta, y las consiguientes rehospitalizaciones, por lo que se decidió finalmente aplicar la terapia electro-convulsiva. Esta

técnica, que fue introducida durante el último ingreso hospitalario, consistió en una primera tanda de 17 sesiones, aplicadas en días alternos. La observación de que no se producía una mejoría significativa obligó a realizar una segunda tanda, de otras 8 sesiones. La TEC se aplicó en asociación con haloperidol (30 mg/día), topiramato (600 mg/día), levomepromacina (100 mg/día) y clotiapiña (100 mg/día). Se procedió a aplicar también una tercera tanda, pero con frecuencia semanal, de mantenimiento. Tras las mismas, pudo finalmente normalizarse su actividad diaria, desapareciendo tanto la conducta de romper, como la conducta ritual. Mejoró también la disforia asociada.

## CONCLUSIONES

El caso presentado tiene características de los denominados "trastornos del espectro TOC", por asociar clínica obsesivo-compulsiva al grave descontrol de los impulsos. La potenciación de la vía serotoninérgica, de documentada eficacia clínica en el tratamiento de estos trastornos, resultó inefectiva, como también el resto del arsenal terapéutico psicofarmacológico. La evidencia científica del uso de la TEC en este síndrome, como se ha comentado, es escasa. Sin embargo, pensamos que su aplicación puede resultar de utilidad, en casos como el descrito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Ed. Médica Panamericana; 1999.
2. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed. Meditor; 1992.
3. De Dios Perrino C, Santo-Domingo Carrasco J, Lozano Suárez M. Pharmacological treatment of the intermittent explosive disorder. Report of three cases and literature review. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995; 23 (2): 74-7.
4. Jenkins SC, Maruta T. Therapeutic use of propranolol for intermittent explosive disorder. *Mayo Clin Proc* 1987; 62 (3): 204-14.
5. Mattes JA. Metoprolol for intermittent explosive disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142 (9): 1108-9.
6. Kant R, Chalansani R, Chengappa KN, Dieringer MF. The off-label use of clozapine in adolescents with bipolar disorder, intermittent explosive disorder, or posttraumatic stress disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004; 14 (1): 57-63.
7. Reinblatt SP, Rifkin A, Freeman J. The efficacy of ECT in adults with mental retardation experiencing psychiatric disorders. *J ECT* 2004; 20 (4): 208-12.