

TOC y tics: a propósito de un caso

Fontela Vivanco, E.; Miguel Arias, D.; González Bardanca, S.;
González Martínez, R.; Vázquez Ventoso, C.; Serrano Cartón, M.

Servicio de Psiquiatría. CHU Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 113-116

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Tourette se caracteriza por la existencia de movimientos involuntarios repetidos y sonidos incontrolables que se llaman tics. En algunos casos, tales tics pueden acompañarse de palabras y frases inapropiadas.

Algunos estudios han comunicado la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos y TOC en un 20-60% de los pacientes con Trastorno de la Tourette (TT), y otros estudios con TOC han descrito la presencia de tics motores en más del 50% y de TT en el 15%.

A continuación, exponemos el caso clínico de un paciente en el que coexisten los diagnósticos de Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno de la Tourette.

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de un varón de cuarenta años, soltero, que vive con sus padres en La Coruña. No trabaja. Pareja estable de aproximadamente un año. A tratamiento por presentar conductas de tipo compulsivo y tics motores desde los 6 años. Sin antecedentes de ingresos previos en unidades de hospitalización psiquiátrica.

Ingresa en nuestro servicio procedente del servicio de urgencias de forma involuntaria, por presentar alteraciones conductuales de difícil contención en el medio familiar.

El paciente presenta conductas compulsivas que explica como "rituales de conjuro, casi religiosos". Dice que son para evitar algo, por ejemplo; si tiene una idea de que algo puede ir mal, realiza una compulsión (tanto de tipo motor como pensamientos), para evitar que eso ocurra. No presenta pensamientos obsesivos de contaminación ni de simetría. Esporádicos rituales de comprobación. Predominan los rituales de evitación.

Presenta además múltiples sonidos guturales, que se exacerbaban de forma paralela al resto del cuadro clínico. No presenta coprolalia ni ecolalia.

Además de las conductas compulsivas secundarias a los pensamientos obsesivos, presenta durante toda la evolución de su cuadro clínico, tics motores involuntarios y repetitivos tanto simples como complejos, que aumentan en frecuencia al aumentar su percepción subjetiva de ansiedad y sus com-

pulsiones. Describe los tics como movimientos involuntarios, que logra retrasar en algunos casos, teniendo que realizar posteriormente todos los que no había realizado hasta ese momento. Los tics motores o vocales son frecuentemente precedidos por sensaciones premonitorias, que consisten en una parestesia localizada o incomodidad; estas sensaciones son aliviadas temporalmente tras ejecutar el tic.

Toda esta sintomatología la padece desde la adolescencia, con períodos de clara estabilización y otros de empeoramiento clínico, casi siempre en relación con acontecimientos vitales estresantes.

El último mes antes del ingreso el paciente comenzó a encontrarse progresivamente peor, a partir de una serie de problemas de pareja y familiares, comenzó a reagudizarse toda su sintomatología; aumentando en frecuencia y gravedad tanto sus pensamientos obsesivos como sus conductas compulsivas: "contaba constantemente con los dedos", "daba pasos hacia delante y hacia atrás", "pataleaba", "se golpeaba con fuerza", "se daba con los puños en las piernas", llegando a producirse autolesiones de importancia, "encendía y apagaba un mechero durante horas", "tras terminar de fumar un pitillo, comprobaba una y otra vez durante minutos que lo había apagado", saltaba las baldosas sin pisar las líneas de unión entre ellas, se tenía "prohibida" la entrada a algunas de las habitaciones de la casa, por miedo a que ocurriese algún tipo de desgracia. Llegó a romper con sus golpes algunos muebles y puertas de la casa.

Contaba, que si tenía que coger el autobús en algún momento, se acercaba a la parada en la que tenía que cogerlo con un adelanto de casi media hora, porque creía que si cogía un autobús a una hora que no fuese la que había pensado previamente, algo negativo podía sucederle a él o a sus familiares, por lo que se aseguraba el llegar con el tiempo suficiente de esa manera. Últimamente invertía más del cincuenta por ciento del día en la realización de los rituales, presentaba episodios de inquietud psicomotriz frecuentes.

Refieren tanto el paciente como sus familiares, que "no podía soportar ningún tipo de ruido", no permitía a sus familiares hacer ningún tipo de sonido o movimiento que pudiese parecerle desagradable, a la hora de la comida,

prácticamente no toleraba la presencia de nadie con él. Cuando se encontraba con su madre en la cocina, por ejemplo, tenían que estar todos quietos sin moverse, hasta que él realizase todas sus compulsiones, porque si alguien se movía en el momento que él consideraba indebido, debía volver a comenzar a realizar todos los rituales, provocando en él un intenso estado de ansiedad. Presentaba un importante abandono del aseo personal; previamente al ingreso, llevaba aproximadamente una semana sin lavarse, se había pasado todo el tiempo con el mismo pijama, día y noche, incluso orinando y defecando con él puesto y sin cambiarse de ropa. Apenas comía, porque a la hora de sentarse a la mesa y con la comida, presentaba tantos rituales en relación a ella, que era incapaz de alimentarse de forma normal, presentando una delgadez importante en el momento del ingreso. Se arrancaba de forma compulsiva el pelo de la cabeza y de la parte superior del tórax, presentando importantes zonas de alopecia en ambos niveles. Onicofagia importante de años de evolución, que había empeorado en las últimas semanas.

Realizaba con frecuencia sonidos guturales, se aclaraba la garganta, inspiraba profundamente por la nariz, encogía y estiraba los hombros...

Se pasaba la mayor parte del día en la cama, no salía de casa, y el tiempo que estaba levantado lo ocupaba completamente en la realización de rituales, en los que incluía en gran parte de las ocasiones a toda su familia.

El paciente es plenamente consciente de la irracionalidad de las compulsiones que presenta; dice que le ayudan a calmar la ansiedad producida por los pensamientos obsesivos, aunque tras la realización de los rituales la ansiedad se incrementa. Se observa cierta racionalización y minimización de las alteraciones conductuales que presenta.

Es ingresado en la unidad psiquiátrica de agudos en Noviembre de 2004 por primera vez, por presentar alteraciones conductuales de imposible contención en el medio familiar. Procedente del servicio de urgencias, ingresa de forma involuntaria.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientado, estado general deteriorado, bajo peso corporal, zonas de alopecia en cabeza y hemitórax superior. Al ingreso resulta imposible una exploración psicopatológica por los elevados niveles de ansiedad y las múltiples conductas compulsivas que presenta. El día posterior al ingreso, presenta un episodio de caída al suelo sin traumatismo ni pérdida de consciencia, en probable relación

con la deficitaria alimentación que venía realizando. Los primeros días, resultaba imposible su valoración psicopatológica, por los múltiples rituales y tics de tipo vocal y motores que realizaba cuando se trataba de realizar la entrevista, invirtiendo varios minutos en lograr pronunciar una sola palabra.

En entrevistas posteriores se observa un ánimo subdepresivo con discurso lógico y coherente, conservando durante el ingreso múltiples pensamientos obsesivos y conductas compulsivas. Niveles de ansiedad moderados. No presenta alteraciones en la forma del pensamiento. Contenido del pensamiento de tipo obsesivo, sin evidencia de trastorno de tipo psicótico, ni alteraciones sensorio-perceptivas. No presenta alteraciones en el ciclo vigilia-sueño. Hiporexia. Se observa enlentecimiento psicomotriz, con dificultades para la ejecución rápida de tareas de la vida diaria por el gran entorpecimiento que producía la constante realización de rituales. Plena conciencia de enfermedad, aunque racionaliza y minimiza las alteraciones conductuales que presenta, restándole importancia a la dificultad de socialización secundaria a la enfermedad que padece. Acepta la necesidad de continuar un tratamiento psiquiátrico. Relata la historia de su enfermedad y su sintomatología actual con múltiples detalles.

Evolución: Se pauta tratamiento con antidepresivos ISRS (Sertralina a dosis de 200 mg.), ansiolíticos (cloracepato dipotásico a dosis de 45 mg. diarios) y antipsicóticos (risperidona a dosis de 6 mg. diarios), observándose progresiva reducción tanto de tics motores como de conductas compulsivas, que persisten de forma menos evidente. Se logra reducción de los niveles de ansiedad, y reestablecimiento del ciclo vigilia-sueño, así como mejoría del apetito. Persiste ánimo subdepresivo al alta, tras 15 días de ingreso hospitalario.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre definido por la familia como "nervioso y maniático", sin tratamiento psiquiátrico. Probable personalidad de tipo obsesivo.

Tío paterno con antecedentes de ingresos en unidades psiquiátricas, se desconoce su diagnóstico.

Patobiografía: Embarazo y parto normales. Hijo único. Escolarización normal hasta los diez años. Según el paciente, aproximadamente a los 8-9 años de edad, comenzó a notarse extraño, "diferente a los otros niños", "más sensible a las críticas"; poniendo el ejemplo de que si tenía algún conflicto, siempre se preocupaba mucho más de lo que lo

hacían los otros niños. A los catorce años, comenzó a notar movimientos extraños en los párpados y en los brazos. A esta edad fue llevado al neurólogo y le diagnosticaron de "corea". No antecedente conocido de trastorno por déficit de atención.

Según refiere, comenzó a tomar medicación que no recuerdan pero fue empeorando de ánimo. A esta edad, comenzó a presentar tricotilomanía y onicofagia.

A los 16 años, comenzaron los pensamientos obsesivos: "se me metía una cosa en la cabeza y no era capaz de dejar de pensar en ella". En esta época, todavía no presentaba conductas de tipo compulsivo; a esta edad presentaba movimientos a nivel de cabeza y brazos fundamentalmente, que describe como "semiinvoluntarios"; si se concentraba mucho en ellos era capaz de controlarlos parcialmente, pero si estaba ocupado en otra cosa, los movimientos se exacerbaban. No logra explicar si estos movimientos eran secundarios a algún tipo de pensamiento obsesivo.

A pesar de estas conductas, logra terminar EGB y comienza a estudiar BUP, finalizándolo correctamente.

A los 18 años comienza a realizar el Servicio Militar, dejando en este momento la medicación que estaba tomando hasta entonces. Hasta los 36 años, no volvió a tomar ningún tipo de tratamiento. Refiere que hasta esa edad se mantuvo estable, presentando escasos pensamientos de tipo obsesivo y pocas conductas de tipo compulsivo, aunque no recuerda ningún período en el que se mantuviese completamente asintomático.

A los 21 años comenzó su primer trabajo en una compañía telefónica, y comenzó una relación estable de pareja. A los 28 años, tuvo un problema laboral y una ruptura con su pareja de 7 años, y esta situación vital coincidió con la reagudización de la clínica obsesivo-compulsiva, que se acompañó de un estado de ánimo subdepresivo, según refiere. Hasta los 38 años se mantuvo más o menos estable dentro de su clínica, nunca libre de síntomas. Personalidad premórbida: Es definido como rígido, responsable, metódico y ordenado. Sin dificultades durante la adolescencia para establecer relaciones sociales. Afectuoso y expresivo hasta hace unos años, en que ha empezado a aislarse de forma progresiva de su entorno social, aunque logra mantener relaciones estables de amistad y de pareja.

Pruebas complementarias: Hematimetría y bioquímica sin alteraciones significativas. Radiografía de tórax: Imagen de mayor densidad superpuesta a arco anterior de cuarta costilla derecha, compatible con callo de fractura. TAC craneal: sin alteraciones.

DISCUSIÓN

Se plantea en un principio un diagnóstico diferencial entre las siguientes entidades clínicas:

1. TRASTORNO PSICÓTICO

El desgobierno conductual, el aislamiento social y el deterioro del estado físico, así como la intensidad de la repercusión de los pensamientos en la vida diaria del paciente, hace tener que descartar el diagnóstico de trastorno psicótico.

Aunque su comportamiento está basado en ideas absurdas e irracionales, el paciente conserva la conciencia de enfermedad y reconoce lo absurdo de sus preocupaciones. Durante la evolución del ingreso se observó un buen contacto del paciente con el resto de los pacientes, así como un adecuado insight y una importante disminución relativamente rápida de los síntomas que presentaba al inicio.

Además, en la esquizofrenia las obsesiones son menos coloreadas, más extravagantes, presentan menor carga afectiva y se viven con cierta indiferencia y sin conciencia de enfermedad, por lo que el paciente las acepta pasivamente, a diferencia del auténtico obsesivo, que lucha contra la idea siendo para ellos de tipo egodistónico.

El diagnóstico es a veces difícil en los pacientes más graves, que no son capaces de luchar contra sus síntomas.

2. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

A pesar de las semejanzas clínicas, los síntomas obsesivo-compulsivos parecen presentar una fenomenología diferente cuando se comparan pacientes con TOC pero sin tics, con otras que padecen TOC y Trastorno de la Tourette. Por ejemplo, las conductas de comprobación, ordenamiento, acicalamiento, palmeteo, frotado, parpadeo, toque compulsivo y búsqueda de simetría, parecen ser más frecuentes en los individuos con TT que entre los que padecen TOC; por otro lado, los comportamientos relacionados con la contaminación parecen más relacionados en los sujetos con TOC. Finalmente, los pacientes con un TOC sin tics, presentan más posibilidades de tener cogniciones previas a las compulsiones que los pacientes con TT y TOC. En el TT se observa una menor respuesta terapéutica a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

La presencia durante la mayor parte del cuadro clínico de tics que se diferencian de las conductas compulsivas, hacen que no todo el cuadro clínico del paciente se pueda explicar por un diagnóstico de TOC. Los tics pueden diferenciarse de otros movimientos repetitivos como las compulsiones

motoras por sus rasgos específicos de supresibilidad, urgencia premonitoria y variabilidad; es decir, la capacidad de frenar o retrasar su aparición que algunos pacientes pueden demostrar, las sensaciones que preceden al tic en sí mismo y los constantes cambios de localización, duración, intensidad, complejidad y frecuencia.

3. TICS TRANSITORIOS

Son tics motores o vocales aislados o múltiples, pero se producen durante al menos 4 semanas pero menos de 12 meses consecutivos.

4. TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS

Son tics o motores o vocales, pero no ambos, que están presentes muchas veces al día, casi todos los días o intermitentemente a lo largo de un período de más de un año y durante este período no ha habido nunca un período sin tics de más de tres meses.

5. TRASTORNO DE LA TOURETTE

Criterios diagnósticos:

- Han existido tics múltiples motores, y uno o más vocales, en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma simultánea.
- Los tics se producen muchas veces al día (generalmente en accesos), casi todos los días o intermitentemente a lo largo de un período de más de un año, y durante este período no ha habido nunca un período sin tics de más de tres meses consecutivos.
- El trastorno provoca un sufrimiento notable o una alteración significativa de en el ámbito social, laboral o en otras áreas de funcionamiento importantes.
- La aparición se produce antes de los 18 años.
- El trastorno no es consecuencia directa de los efectos fisiológicos de una sustancia, (p.ej: estimulantes), ni de una enfermedad médica general (P.ej enf. de Huntington o encefalitis postviral)

El cuadro clínico del paciente cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de la Tourette, añadiéndose al mismo un TOC, por la presencia de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas diferentes a los tics.

TRATAMIENTO DE GILLES DE LA TOURETTE

NEUROLÉPTICOS

Son los únicos medicamentos formalmente aprobados para tratar los tics.

Los **bloqueantes del receptor de dopamina** han sido las más efectivas como agentes anti tics. Presentan una eficacia de hasta el 60-70% en la reducción acusada de los tics. Los más indicados son:

- Haloperidol: incrementandolo lentamente hasta 3-6 mg/día, en 1 o 2 tomas diarias.
- Pimozida: Se recomienda iniciar con 1 mg/día, con incrementos graduales hasta dosis de 6-8 mg/día, en una única toma diaria. Produce menos sedación y menos efectos extrapiramidales que el haloperidol. Al inicio y durante el tratamiento, debe monitorizarse el ECG, en especial en busca del alargamiento del QTc.
- Risperidona: Se incrementa hasta llegar a 6-9 mg/día, en una o dos tomas diarias.

OTROS FÁRMACOS

Clonidina, guanfazina.

En casos de resistencia:

- A. ISRS, aún en ausencia de síntomas obsesivos-compulsivos o afectivos francos.
- B. Estrategias de potenciación: añadiendo al fármaco inicial bupirona, pimozida o haloperidol.
- C. Estrategias de combinación:
 1. Haloperidol, pimozida o risperidona junto con ISRS o clomipramina, en pacientes resistentes que tienen asociada una enfermedad obsesiva-compulsiva.
 2. La asociación de un antidepresivo, ya sea a un bloqueante dopaminérgico o a un agonista noradrenérgico, puede ser útil en el caso de que existan síntomas depresivos añadidos.
 3. Clonidina, desipramina o nortriptilina asociadas a un bloqueante dopaminérgico, para los pacientes con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad comórbido
 4. Clonazepam

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1998.
2. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría. 9º ed. Buenos Aires: Waverly Hispánica; 2004.
4. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 4º ed. Barcelona: Masson; 1998.