

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (TOC)

*Alexander Vargas Castro
CSMIJ Castelldefels
Fundació Orienta*

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es un subtipo de Trastorno de Ansiedad, que se caracteriza por la presencia de rituales y actos repetitivos de carácter recurrente, lo suficientemente graves para provocar pérdidas de tiempo significativas, temores, miedos o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales.

A partir de entonces, el niño o adolescente puede sentirse dispuesto a retirarlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, lo invade una sensación progresiva de ansiedad o tensión que se suele aliviar rindiéndose a los actos compulsivos. En el curso del trastorno y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, puede claudicar ante ellas, no volver a desear combatir las nunca más e incorporar las compulsiones a sus actividades diarias(2).

Sintomáticamente los niños en general presentan tanto obsesiones como compulsiones, aunque el motivo de consulta más frecuente son los rituales. En diferentes estudios internacionales se ha demostrado que los niños obsesivos “puros” son escasos, con aproximadamente 4%, en contraste con los niños ritualizadores “puros” que son más frecuentes (3). El contenido de las obsesiones y el tipo de compulsiones varía durante la enfermedad en el 95% de los pacientes. Por ejemplo un niño con TOC puede tener inicialmente obsesiones de contaminación con rituales de lavado y posteriormente sólo conductas de chequeo, El motivo de consulta no sigue un patrón único y tampoco permite una orientación diagnóstica clara (2).

HISTORIA

Las primeras descripciones del TOC datan posiblemente del siglo XV y a lo largo del siglo XVII se conceptualizaron en términos religiosos o sobrenaturales. Los primeros informes clínicos e intentos de caracterización del trastorno surgieron a finales de 1885 cuando el neurólogo francés Gilles de la Tourette describió los síntomas del TOC en el contexto de los trastornos de movimientos anormales. A principios del siglo XIX otros clínicos como Pierre Janet, Meige y Feindel, contribuyeron de manera más precisa en la descripción fenomenológica del TOC, pero hasta la fecha no se habían logrado avances en el campo de la etiología y la terapéutica. En 1875 Legrand du Saulle, francés que reconoció por primera vez en la literatura médica la existencia del trastorno obsesivo en la infancia. A principios del s.XX se documentó por primera vez la eficacia del tratamiento con antidepresivos tricíclicos, específicamente la clomipramina, sin embargo estudios de TOC en niños y adolescentes son escasísimos y en general muy recientes. Posteriormente y a partir de estos efectos farmacológicos, comenzó a estructurarse la neurobiología y la psicobiología del TOC, sumando información a lo que hoy por hoy conocemos de las obsesiones y compulsiones en niños y adolescentes (4).

EPIDEMIOLOGIA

Swedo (1989) presenta uno de los primeros estudios donde se describe como la edad media de inicio del TOC de curso crónico o episódico fue de 10,1 +/-3,52 años (3). El TOC se diagnostica con mayor frecuencia en adultos que en niños y adolescentes; aunque hay estudios que demuestran el desarrollo del TOC desde la primera infancia (5),(6). Estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5% y una prevalencia anual entre el 1,5 % y el 2,1%, incluso descrita hasta del 5% general.

DIAGNOSTICO

El DSM-IV describe la presencia de obsesiones y comportamientos que causan marcada ansiedad y ocupan el tiempo suficiente como para interferir significativamente en el funcionamiento diario del individuo (1).

Las obsesiones se definen como pensamientos, ideas, imágenes impulsos o tendencias intrusivas que desencadenan ansiedad. Se perciben como pensamientos propios a pesar de ser desagradables, absurdos e involuntarios. Las compulsiones son actos motores o rituales mentales que, por supuesto, no son identificables por la simple observación clínica (2, 4, 9).

Las obsesiones clásicas incluyen contenidos de contaminación (preocupación exagerada por la suciedad, gérmenes, enfermedades contagiosas), Agresión (temor extremo a hacerle daño a otros o a si mismo si no se es lo suficientemente cuidadoso), sexo (involucran preocupaciones extremas por pensamientos o imágenes identificados como perversos), religión (pensamientos de blasfemia), orden, simetría o exactitud (2, 4, 9).

Las compulsiones mas típicas incluyen rituales de limpieza y aseo, verificación o revisión, conteo de objetos, palabras, secuencia de números o movimientos, repetición de ciertos actos de una manera específica, ordenar y arreglar, atesoramiento de objetos inservibles y necesidades de preguntar o confesar. Las compulsiones pueden presentarse a manera de actos motores o rituales mentales que, por supuesto, no son identificables por la simple observación clínica y en los niños, debido a aspectos ligados al desarrollo del pensamiento y del lenguaje, son más difíciles de identificar (2, 4, 9).

Adicionalmente, el pensamiento obsesivo se caracteriza por la presencia de la duda patológica persistente y el sentimiento general de que algo malo pasará si no se realizan los rituales de una manera precisa o correcta (4). Con frecuencia el paciente con TOC tiene una vivencia penosa de sus síntomas y siente mucho miedo de consultar, por el temor de ser considerado enfermo mental, por lo que es necesario una entrevista clínica completa donde se evalúe su funcionamiento general en diferentes contextos y tratar de objetivarlo, por lo que la literatura mundial da la facultad del uso de escalas-encuestas, mencionando algunas de ellas útiles en el proceso diagnóstico:

- Inventario Obsesivo de Leyton (LOI)
- SCARED
- Versión Infantil de la escala Yale-Brown para obsesiones y compulsiones
- STAI / STAIC

Dentro de los principales síntomas ponderados encontramos (Apter et al, 1998):

- Imágenes intrusivas 6%
- Pensamientos perturbadores 8%
- Almacenamiento / coleccionismo 29%
- Actos repetitivos 27%
- Impulsos a repetir 30%
- Rutinas ritualizadas 34%
- Tendencia al orden 49%
- Limpieza extrema 72%

FACTORES ETIOLOGICOS

Es una enfermedad multicausal. Los estudios realizados en los últimos tiempos señalan que se asocia principalmente con alteraciones del sistema nervioso central y específicamente del cerebro.

Hipótesis genético-familiar: Existe un riesgo relativo familiar mayor de sufrir desórdenes de ansiedad en los pacientes en primer grado de los probados con TOC, que oscila entre el 11 y 19% (12).

Las investigaciones realizadas en gemelos revelan una concordancia significativamente mayor en los monocigóticos que en los dicigóticos (87 frente al 47%) para la presentación del trastorno (13). Este es un trastorno que se hereda, transmitiéndose entre padres e hijos la susceptibilidad.

Hipótesis neurobiológicas: La respuesta terapéutica favorable a antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) apoyan la hipótesis acerca de una posible disfunción serotoninérgica en el TOC (14). Otros avances más recientes en investigación con neuroimágenes, especialmente las de tipo funcional, las cuales sugieren anomalías en los componentes del circuito ganglios basales, tálamo-corteza t órbito-frontal. Es claro que la transmisión serotoninérgica es un importante componente en la comunicación tálamo-estriado-cortical, pues mantiene un efecto inhibitorio sobre la función dopaminérgica de estos circuitos. Esto refuerza la posibilidad de que los ISRS pueden reducir los síntomas del TOC por medio de efectos de modulación sobre estas zonas del cerebro (15).

Los estudios funcionales con neuroimágenes, por medio de tomografía por emisión de Positrones y por emisión de Fotón Simple (PET y SPECT), han mostrado de manera consistente diferencias en el metabolismo cerebral en una o más regiones que conforman el circuito cortical-estriado-talámico en sujetos con TOC y no en los controles sanos. Estas anomalías son más evidentes en el córtex medial pre-frontal y los ganglios basales y se normalizan después del tratamiento farmacológico o la psicoterapia (16).

Hipótesis post-infecciosa: Se sugiere hipotéticamente y demostrado en algunas investigaciones que sujetos con vulnerabilidad genética, una infección estreptocócica podría desencadenar una respuesta autoinmune capaz de afectar el funcionamiento de los ganglios basales, de forma similar a lo observado en pacientes con Corea de Sydenham y Fiebre Reumática, presentándose síntomas de TOC y tic. Se trata de los denominados PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections*). Los primeros estudios fueron evidenciados por Allen et al /95 y ahora la Sección de Pediatría Conductual de la *National Institute of Mental Health* estadounidense invierte en gran forma en investigaciones al respecto con gran muestra poblacional.

COMORBILIDAD

Las comorbilidades más comunes en el Eje I son los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, el abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y los trastornos de la conducta alimentaria. El menos un 30 % de los pacientes con TOC reúnen criterios diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor. Los estudios de comorbilidad revelan que al menos el 40 % de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo presentan simultáneamente otro trastorno de ansiedad.

TRATAMIENTO

Las medidas del tratamiento son de tres tipos.

- *Primero.* La información clínica vital para que tanto el paciente como su familia sepan qué es lo que sucede y puedan tomar las respectivas medidas.
- *Segundo.* El tratamiento psicoterapéutico efectivo, que ira de la mano del tratamiento psicofarmacológico apropiado y con estudio previo de comorbilidad diagnóstica.
- *Tercero.* Han de estudiarse las medidas psicosociales correspondientes.

En cada paciente se ajustan las proporciones, intensidad y duración de cada subtipo de medidas. No se dispone de un patrón único y excluyente para dar el tratamiento a los niños y adolescentes con TOC. Dentro de los procesos psicoterapéuticos existe más investigación soportada en los beneficios de la psicoterapia cognitivo-conductual (9), sin dejar de lado ninguna otra forma de psicoterapia en pro y beneficio del paciente y de su mejoría integral.

Los ISRS son los medicamentos por excelencia que contribuyen a la mejoría del TOC. Tanto los estudios internacionales como la experiencia para España demuestran los beneficios de la fluoxetina, fluvoxamina y sertralina.

Los tricíclicos por guardar un similar mecanismo de acción con los ISRS son benéficos en el tratamiento a instaurar con estudios paraclínicos previos y observando la efectividad del fármaco. Los antipsicóticos atípicos en especial risperidona –de mayor soporte investigativo– y la olanzapina han demostrado beneficios en el manejo del TOC (Hooley et al. 1995). Moduladores

afectivos del tipo sales de litio y carbamazepina han sido utilizados en TOC grave con mediana respuesta terapéutica.

En casos muy graves y resistentes a las intervenciones terapéuticas usuales, es evidente que es preciso plantearse otro género de procedimientos. Es el momento de utilizar IMAOS o incluso terapia electroconvulsiva, incluso hay reportados casos de cingulotomía (Baes et al/95), sin embargo estos tratamientos siempre tiene un carácter –experimental-, es decir cuentan con una eficacia previsible reducida, casos que son difíciles de encontrar en la clínica infantil y del adolescente afortunadamente.

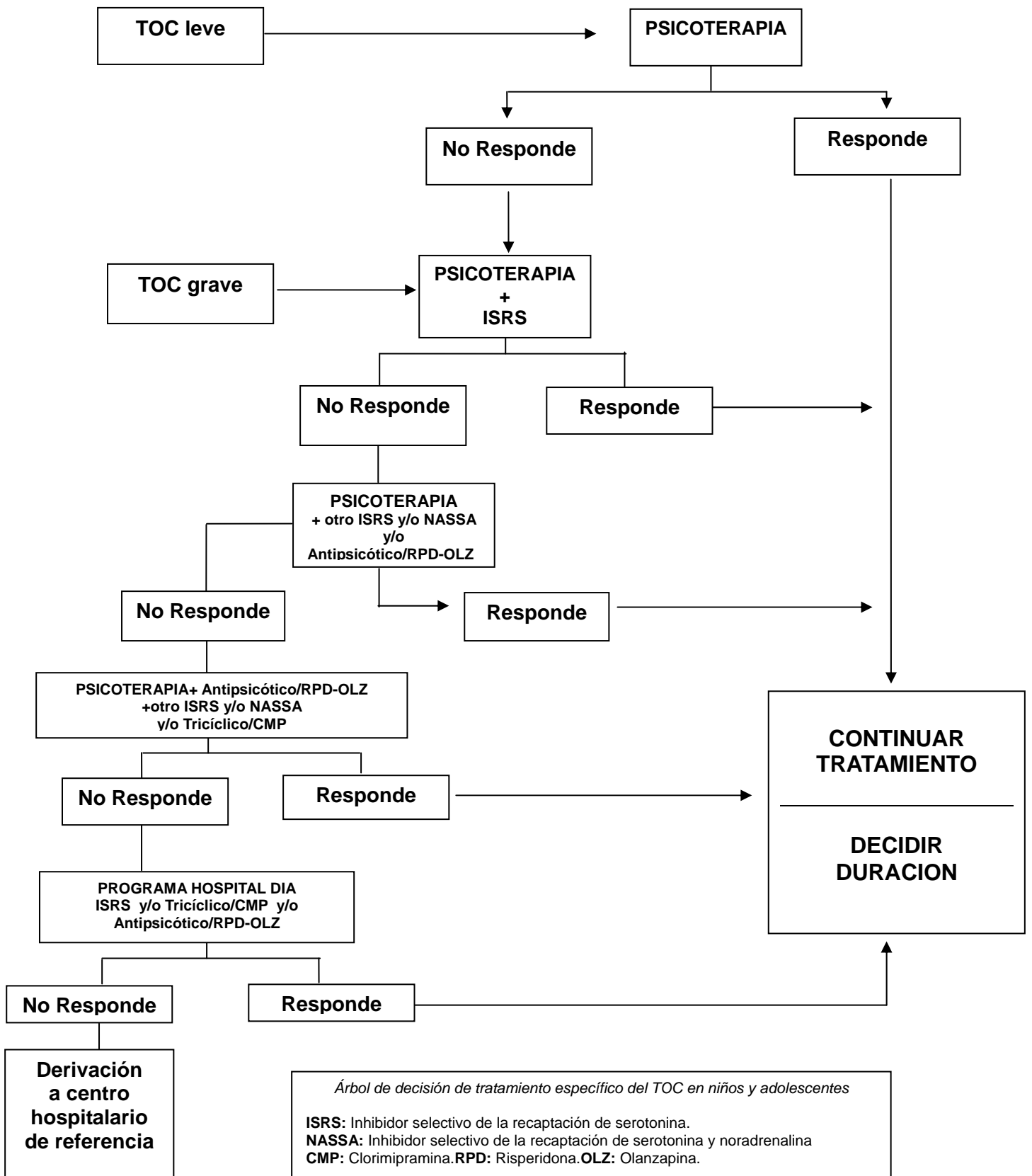
CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

El ingreso hospitalario de niños o adolescentes obsesivos es muy minoritario. Pero ocasionalmente se hace imprescindible. Los criterios que suelen determinar tales hospitalizaciones son los siguientes:

- Cuadros muy severos con interferencias funcionales y desadaptaciones incapacitantes
- Conflictividad/agresividad familiar graves e incontrolables
- Comorbilidad con otros trastornos severos, especialmente cuadros depresivos (ideación autolítica)
- Fracaso de tratamientos ambulatorios y precisión de un ambiente estructurado y controlado

La frecuencia de comorbilidad del TOC en niños y adolescentes obliga a plantear paralelamente el tratamiento del trastorno o trastornos asociados.

ARBOL DE DECISION DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL TOC EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENCION PRIMARIA



BIBLIOGRAFIA

1. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Masson, Barcelona, 1995.
2. Vásquez R, Avila. Trastorno obsesivo compulsivo en niños; una perspectiva clínica. Fundación Santa fe de Bogotá 2004; 6(1):2-12.
3. Rapoport L, Swedo S. OCD in children and adolescents. Issues in Management. J Clin Psychiatry 1999; 54(6,suppl):27-29.
4. León silva. Fundamentos de Psiquiatría Clínica en Niños y Adolescentes. México D.F. Ceja/2004.
5. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al. Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: and epidemiologic study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27 : 764-771.
6. Rasmussen (1990) "aget at Once in the Brown Obsessive Compulsive Study", Journal of Psychiatry, 55(10) 15:27
7. March J.S, Leonard H.C. Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescent. A Review of the past 10 years. J Am Acad of Child and Adolesc. 2004; 35 : 1265-1273
8. Nestadt et al (2000) . arch Gen Psychiatry, No. 57 pp 358-363
9. Rasmussen, S.A. y Tsuang, MT (1996) Am J Psychiatry No. 143 pp 317-322.
10. Temas de Psicología Evolutiva y psiquiatría infantil . T1.U.Bosque.Bogotá 2007
11. Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes. Psicopatología y tratamiento. Barcelona. Dr. Joseph Toro. Meeting & Congreso, S.L. 2001
12. Zohar AH, Pauls DL, Ratzoni G et al (1997). Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. AJP 154, 275-276
13. Asbahr FR, Negrao AB, Gentil V et al. (1998). Obsessive-compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever. ALP, 155, 1122-1124
14. Black DW, Blun (1992) OCD support groups: the Iowa model. Comprehensive Psychiatry, 33, 65-71
15. Giedd JN, Rapoport JL (2000). MRI assemenet of cjildren with OCD or tics associated with streptococcal infection. AJP, 157, 281-283
16. Jacobsen T (2006) OCD, symptoms in a youn child. J Am Acad of Child and Adolescent Psychiatry, 38,2 113.114