

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

REVISTA CIENTÍFICA

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Contreras-Samanez, Abel

Trastorno obsesivo-compulsivo infantil: A propósito de un caso de inicio temprano.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 73, núm. 2, 2010, pp. 66-71

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036930006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trastorno obsesivo-compulsivo infantil: A propósito de un caso de inicio temprano.

Infantile obsessive-compulsive disorder: A case of early onset.

Abel Contreras-Samanez¹

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se define como la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente, que son una fuente significativa de tensión que interfiere con el funcionamiento del paciente. Se consideraba que el TOC en niños era poco frecuente, pero en los últimos 20 años se ha expandido el conocimiento del TOC en este grupo etáreo. Se presenta el caso de un niño de 5 años 4 meses, con inicio de síntomas a los 2 años 8 meses. Los niños, de forma normal, pueden tener juego ritualístico y creer en supersticiones y los más pequeños pueden tener patrones de conductas repetitivas. El TOC es más frecuente en varones y la edad de inicio parece ser menor en ellos también. Hay evidencias de que el TOC no está siendo diagnosticado o no es correctamente identificado en niños. El TOC es un trastorno importante en la infancia que requiere de mayor atención. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:66-71*).

PALABRAS CLAVE: TOC, niños.

SUMMARY

Obsessive compulsive-disorder (OCD) is defined as the presence of recurrent obsessions and compulsions that are a significant source of distress that interferes with the patient's normal functioning. We present the case of a boy 5 years and 4 months old with onset of symptoms at age 2 years and 8 months. Children, on a regular basis, can have ritualistic game and believe in superstitions. Younger children can have patterns of repetitive behaviors. OCD is more frequent in boys and they also seem to show a younger age of onset. There is evidence that suggests that OCD is not being properly diagnosed or is not correctly identified in children. OCD is an important disorder during childhood that requires more attention. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:66-71*).

KEY WORDS: OCD, children.

¹ Jefe de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se define como la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente, que son una fuente significativa de tensión que interfiere con el funcionamiento del paciente y causa un malestar importante o deterioro notable en las áreas familiar, social, académica y vocacional (1-5). El TOC sin tratamiento adecuado tiene pobre pronóstico (4,6).

Los síntomas y criterios diagnósticos son similares en adultos y niños, excepto porque no es necesario que los niños tengan conciencia acerca de la irracionalidad de sus síntomas (3,7).

Entre 50% y 80% de adultos con TOC reportan el inicio de su enfermedad durante su infancia o adolescencia (7-15). Anteriormente se consideraba que el TOC en niños y adolescentes era poco frecuente (4,9,16) y se reportaban tasas entre 0,2% y 1,2% (7,9,14). En los últimos 20 años la investigación del TOC en niños y adolescentes ha expandido el conocimiento de este trastorno en varias áreas clínicas importantes (3,4,7,9).

Se presenta un caso de inicio temprano de TOC en un niño.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es un varón de 5 años y 4 meses que manifiesta signos evidentes de enfermedad a la edad de 2 años y 8 meses. Durante el desayuno exigía que sus padres se sienten en el mismo lugar todos los días, si había alguna variación comenzaba a llorar y presentar "pataletas". Exigía que se cumplan los horarios, tanto los del aseo, como los del desayuno. Demandaba que sus padres recen las mismas oraciones a la misma hora todos los días y les reclamaba que canten una misma canción en un determinado lugar. Si no se cumplía la exigencia, presentaba rabietas.

Los padres también notaron que diariamente empezaba a jugar los mismos juegos en el mismo orden. Además, agredía a sus primos si no seguían las reglas del juego que él había impuesto. Mostraba rechazo por las personas que le rodeaban y reaccionaba en forma agresiva con otros niños. Se mostraba irritable y tenía cambios de carácter muy bruscos.

A los 3 años de edad, cuando regresaba del nido, exigía que su madre permanezca dentro de casa y que

lo espere hasta que él toque la puerta; si su madre lo esperaba afuera, hacía rabietas y lloraba desesperadamente, conducta que duró aproximadamente 5 meses.

A los 3 años y 8 meses su madre decide llevarlo al psicólogo del Hospital Carrión donde le dijeron que su hijo presentaba "intolerancia a la frustración". Recibió algunas sesiones de orientación, sin mejoría. Asimismo comenzó a negarse a tomar líquidos, entre las comidas por temor a orinarse en el pantalón, negándose a tomar líquidos durante 7 semanas.

A los 4 años persistía con agresividad hacia sus compañeros, no obedecía las órdenes de sus padres y no toleraba que lo tocasen. Presentaba cambios de humor repentinos y poca socialización. Empezó a presentar enuresis nocturna de 3 a 4 veces por noche. También, se negaba a salir de su casa por temor a los niños pequeños.

A los 4 años y 3 meses empezó a lavarse las manos repetidamente, hasta 15 veces al día. Era suficiente que su mano rozara con algo para que se moleste e inmediatamente se lavara las manos. Salía del baño con las manos levantadas. Durante algunas semanas no tocaba los alimentos como las frutas o las galletas para no "contaminarse". Luego empezó a presentar el lavado excesivo de los dientes. Tenía que lavarse cada vez que ingería algún alimento y si esto no era posible se ponía a llorar. Cuando estaba sentado a la mesa y se levantaba por algún motivo, encargaba a sus padres que cuiden sus alimentos de las moscas porque se podía enfermar; él hacía lo mismo con los alimentos de los padres. En el nido hacía rabietas, se quejaba de los ruidos que hacían los otros niños, comenzaba a desesperarse y exigía que los niños se callen. Pedía a su profesora que lo sentara aparte y le diera sus útiles para él solo, porque no toleraba que sus compañeros cogieran las cosas en desorden.

A los 4 años y 4 meses empezó a tocarse los genitales todos los días y en repetidas oportunidades, tanto en la casa como en el nido. Empezó a orinarse nuevamente en la cama de noche, todos los días, durante aproximadamente 4 meses. Desde los 4 años y 6 meses se intensificó su negativa de salir de la casa debido a que los perros y los niños pequeños le daban miedo. Persistía agresivo con sus compañeros en el aula, continuaba con el lavado frecuente de manos, no tocaba los alimentos, refería que sus manos estaban sucias, cogía las galletas por la envoltura y las frutas con la cuchara y el tenedor.

El paciente fue un niño planificado y muy deseado, producto de varios intentos de embarazo. El embarazo fue de alto riesgo obstétrico. La madre presentó hiperemesis gravídica, infección urinaria y trastorno depresivo mayor. El parto fue por cesárea, a los 9 meses, sin complicaciones. El paciente recibió lactancia materna hasta el año de edad y su desarrollo psicomotor fue normal.

El padre del paciente es ansioso, con problemas de sueño y baja autoestima. La madre del paciente ha presentado trastorno depresivo mayor y presenta trastorno obsesivo-compulsivo actualmente en tratamiento con fluoxetina. Un tío paterno fue diagnosticado de esquizofrenia y su abuelo paterno presenta epilepsia.

El paciente inició tratamiento con sertralina 12,5 mg/día, que se incrementó a 25 mg/día en una semana presentando mejoría de sus obsesiones. Al mes de tratamiento se encontraba más sociable y menos irritable, con persistencia de algunas conductas oposicionistas. A los 7 meses de tratamiento la dosis de sertralina se aumentó a 37,5 mg/día debido a que volvió a presentar agresividad física contra sus compañeros. Desde entonces se mantuvo con la misma dosis con remisión de los síntomas obsesivo-compulsivos. También ha recibido sesiones de terapia grupal dinámica y sesiones individuales de terapia conductual-cognitiva.

DISCUSIÓN

En 1877, Kart Westphal identificó el TOC de inicio en la niñez en una descripción de pacientes adultos (7). Sin embargo, se considera que Pierre Janet (1859 – 1947) es quien hace la descripción moderna del TOC. Aunque su interés principal fue en adultos, en 1903 describió a un niño de 5 años con los síntomas típicos del trastorno. Leo Kanner (1935), en su libro clásico de psiquiatría infantil, reportó 3 casos de TOC en niños (7,14). Berman, en 1942, describió 4 casos de TOC en niños con síntomas idénticos a los hallados en adultos. El artículo de Louise Despert de 1955: “Diagnóstico diferencial entre neurosis obsesivo compulsiva y esquizofrenia en niños” presentó 401 casos de los cuales no menos de 68 fueron diagnosticados de neurosis obsesivo-compulsiva (14). En 1965 Judd hizo un reporte descriptivo de 5 niños obsesivos (7,14,17). Paul Adams, en su libro “Niños obsesivos” de 1973, fue el primero en reportar una serie de 49 niños entre 5 y 15 años con neurosis obsesivo-compulsiva (7,14).

Los niños, de forma normal, pueden tener juego ritualístico y creer en supersticiones y los más pequeños pueden tener patrones de conductas repetitivas (7). Simons, en 1974, informó que se pueden observar rasgos de conducta compulsiva en el período de los 2 hasta los 5 años. Los cambios en la rutina diaria de un niño de esta edad lo molestan y requieren cierto orden. Esta rigidez puede ser un intento del niño de controlar su medio y por ello puede convertir en un ritual las actividades diarias (17). Hasta los 6 años, los niños pueden presentar rituales a la hora de dormir (7).

El paciente presentado tenía conductas ritualísticas relacionadas con actividades de la vida diaria, sin embargo cuando no eran cumplidas presentaba rabietas e irritabilidad. En una conducta normal, los rituales se perciben como agradables y divertidos, se realizan con buen ánimo y no causan alteraciones en el funcionamiento (17).

En 1989 Swedo presentó un estudio con 70 niños con TOC del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos. La edad de inicio fue menor para los varones (7 años en varones y 11 años en niñas) y conforme la edad de inicio fue menor, mayor era la proporción de varones (7,13,14) lo cual concuerda con lo observado en este paciente.

En el estudio de Riddle (1990), sin embargo, la edad de inicio para los niños no fue diferente de la de las niñas (7). Lo mismo se pudo observar en el Estudio Británico de Salud Mental (11). Esto podría deberse a la edad promedio de los pacientes admitidos en estos estudios.

Como se mencionó previamente, los estimados de la prevalencia del TOC en niños iban del 0,2% de la población clínica total, hasta el 1,2% de pacientes niños y adolescentes (7,9,14). Investigaciones más recientes sugieren que es más frecuente, llegando a tener una prevalencia puntual de 0,5% a 2,5% y una prevalencia de vida de 0,5% a 3,6% (Flament, 1988: 1,9%; Valleri-Basile, 1994: 2,95%; Zohar, 1992: 3,6%) (4,7,9,16). Adicionalmente de 1% a 19% de niños, podrían tener TOC subclínico (7). Hay evidencias de que el TOC no está siendo diagnosticado o no es correctamente identificado en niños (4,12).

Etiológicamente, la hipótesis serotoninérgica del TOC se apoya en los resultados obtenidos con fármacos serotoninérgicos y en estudios de investigación que demuestran que los fármacos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son efectivos para el

tratamiento de este trastorno. Wise y Rapoport han recopilado evidencias neuroanatómicas y metabólicas que confirman la teoría de una disfunción de los ganglios basales y del lóbulo frontal en el TOC (5,13,14). Otras teorías etiológicas están relacionadas con encefalitis, daño cerebral y eventos autoinmunes (7,12). Trabajos recientes proponen una disfunción tálamo-corticoestriatal mediada por glutamato (15).

Una historia familiar es relativamente común y se presentó hasta en 20% de pacientes del estudio de Swedo. Los pares más comunes fueron padre/hijo, pero también se presentaron madre/hija y madre/hijo. En 1990 Lenan et al. reportaron una alta incidencia de familiares con TOC en niños con este trastorno: 25% de padres y 9% de madres cumplían criterios para TOC. En el estudio de Riddle (1990) 11% de padres de niños con TOC tenían el mismo diagnóstico. En el estudio de Pauls et al. (1995), el valor hallado fue de 10,3% (7). En el caso presentado, la madre del paciente tiene diagnóstico de TOC actualmente en tratamiento.

El TOC infantil suele presentarse en formas muy parecidas o idénticas a aquellas de los adultos (3,5,12,13). En el estudio de Swedo, los rituales más comunes fueron los de lavado (85%) que generalmente eran acompañados o precedidos por miedo a la contaminación (48%). El 51% de niños presentaban rituales repetitivos hasta que las cosas “estén correctas”. Hasta 46% de niños presentaban rituales de chequeo (7,8,13). Se describe, también, que en niños es más frecuente encontrar compulsiones sin obsesiones (8).

El paciente reportado presentó lavado de manos frecuentes desde los 4 años 3 meses, asociado con ideas de suciedad o contaminación. Previamente había presentado conductas repetitivas con respecto a eventos de la vida diaria que, como hemos visto, no le permitían un desenvolvimiento normal.

Los diagnósticos diferenciales del TOC incluyen varias patologías. El trastorno de ansiedad generalizada abarca múltiples preocupaciones de la vida diaria y no se centra sólo en una (por ejemplo, contaminación) (7). El trastorno de tics o de Tourette se puede confundir en niños pequeños con rituales motores y compulsiones (3,5,7,8,14). En las fobias específicas lo predominante es la evitación del objeto temido; si no están confrontados con este, los niños no presentan síntomas (7,14). En la anorexia nervosa la preocupación principal está centrada en el peso y la imagen corporal (7,8,14). Las estereotipias y los movimientos repetitivos que se observan en el retraso

mental y en los trastornos generalizados del desarrollo tienden a ser más concretos y fijos que los observados en el TOC (5). En la personalidad obsesivo-compulsiva lo que se observa es un patrón estable rígido de comportamientos compulsivos que no le producen malestar a la persona (a diferencia del TOC que genera ansiedad marcada) (5,7). Otros diagnósticos diferenciales incluyen depresión, trastorno delusional, rituales normales del desarrollo, trastorno de pánico y ansiedad de separación (7,8,14).

El manejo del TOC en niños empieza con el apoyo, consejería y educación sobre la enfermedad a los padres y al paciente. Se debe ser sensible con los problemas del niño y de la familia (3,7,8).

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, la que ha tenido mejor resultado es la terapia cognitivo-conductual (TCC) (1,4,5,7,8,14). Los resultados de ensayos clínicos utilizando TCC en niños y adolescentes muestran tasas de respuesta de 60% a 80% con un promedio de 50% de reducción de síntomas (4) y algunos consideran que es el tratamiento psicoterapéutico más efectivo para el TOC infantil (6). Las técnicas más utilizadas son la exposición con prevención de respuesta (7,8), técnicas cognitivas y terapias de relajación (3). Las técnicas cognitivas pueden no ser útiles en los niños más pequeños, pero sí las conductuales. La psicoterapia psicodinámica serviría como apoyo para mejorar el cumplimiento de la TCC (7).

La farmacoterapia en la literatura pediátrica revela una reducción de 30% a 50% en síntomas del TOC (1,4,15) y actualmente hay una evidencia mucho más fuerte que apoya el uso de medicación para el TOC de inicio temprano (15). Debido a las teorías etiológicas propuestas, los medicamentos que aumentan la serotonina, como la clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son tratamientos eficaces para el TOC (1,4,7,8,15).

La clomipramina es el fármaco mejor estudiado para TOC infantil, comprobando su superioridad al placebo y a la desipramina. Sin embargo, sus efectos adversos limitan su uso (7,8,15). La eficacia del tratamiento con ISRS se ha establecido para la fluvoxamina, fluoxetina y sertralina (1,6,7). Un estudio preliminar señala la eficacia y tolerabilidad del citalopram en pacientes jóvenes con TOC (6).

Después de elegir un medicamento, éste debe ser dado a dosis plenas durante un tiempo adecuado, antes

de considerarlo no eficaz (7,15). Como grupo, los niños y adolescentes, pueden no responder tan bien a los ISRS como los adultos. Se reporta que cerca de 25% no muestran mejoría. La mayoría de casos reportan mejoría de síntomas en 20% a 50% y se logra remisión de los síntomas sólo en 20% a 25% de los niños tratados sólo con medicación (4,15).

En las Guías del Consenso de Expertos para el Tratamiento del TOC presentadas en 1997, se concluye que la TCC con un ISRS o sin él, es el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes. En los casos severos, en los que se prefiere a los ISRS como tratamiento de primera línea, la TCC también debe ser incluida (4). El trabajo del Grupo de Estudio de Tratamiento del TOC Pediátrico utilizó sertralina y concluye que los niños con TOC deben iniciar tratamiento con la combinación de un ISRS más TCC o TCC sola (1).

En el caso presentado se inició el tratamiento con sertralina debido a la severidad de los síntomas en el paciente a los 4 años 8 meses. Se logró mejoría de síntomas sin efectos adversos y posteriormente se inició TCC. Las recomendaciones actuales muestran una tendencia a limitar la medicación en los pacientes menores (4). Sin embargo, encuestas recientes han reportado un aumento del uso de medicación psicotrópica en niños, incluyendo preescolares de 2 a 5 años, aún cuando la medicación no haya recibido aprobación para niños menores de 6 años (18).

El pronóstico del TOC de inicio temprano tiende a un curso crónico con alrededor del 50% de pacientes sin cambio de síntomas a lo largo del tiempo (8,9,14). Se ha observado bajo nivel de funcionamiento social, conducta evitante y aislamiento cuando los pacientes son mayores (9,14). En general, el curso presenta remisiones y recaídas a pesar de la medicación o del tratamiento psicoterapéutico (7).

El TOC es un trastorno importante en la infancia que requiere de mayor atención. Es importante que los médicos sean entrenados para reconocer este trastorno, pues es relativamente frecuente y requiere tratamiento.

Correspondencia

Abel Contreras-Samanez

Correo electrónico:

abelcontrerassam@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *JAMA* 2004; 292: 1969-1976.
2. Alonso P, Menchón J, Mataix-Cols D, Pifarré J, Urretavizcaya M, Crespo JM, et al. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Res* 2004; 127: 267-278.
3. Rapoport J, Inoff-Germain G. Practitioner review: treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatr* 2000; 41: 419-431.
4. Valderhaug R, Goetestam G, Larsson B. Clinician's views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 125-132.
5. Donnelly C, Maletic V, March J. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Parmelee D, David R, editores. *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace de España S.A; 1998. p.97-120.
6. Mukaddes N, Abali O, Kaynak N. Citalopram treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a preliminary report. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 405-408.
7. Grados M, Labuda M, Riddle M, Walkup J. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 1997; 9: 83-98.
8. Thomsen P. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical guidelines. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 1-11.
9. Wewetzer C, Jans T, Mueller B, Neudörfl A, Bücherl U, Remschmidt H, et al. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10: 37-46.
10. Furusho J, Kubagawa T, Saitoh N, Matsuzaki K, Yamakawa H, Iikura Y. The first Japanese pediatric case of obsessive-compulsive disorder who responded to a selective serotonin re-uptake inhibitor. *Pediatr Int* 2000; 42: 451-452.
11. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15: 178-184.
12. Heyman Y. Children with obsessive-compulsive disorder. *BMJ* 1997; 315: 144.
13. Cía A. TOC infanto-juvenil. En: *Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados*. Buenos Aires: Editorial "El Ateneo"; 1995. p. 219-233.

14. Swedo S, Rapoport J. Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. En: obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Washington: American Psychiatric Press; 1989. p. 13-32.
15. Coghill D. Current issues in child and adolescent psychopharmacology. Part 2: Anxiety and obsessive-compulsive disorders, autism, Tourette's and schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat* 2003; 9: 289-299.
16. Albores-Gallo L, Estañol B. Tics y el trastorno obsesivo-compulsivo en niños. *Arch Neurocienc Mex* 2001; 6: 212-214.
17. Trastornos obsesivo-compulsivos en la infancia. En: *Trastornos obsesivo-compulsivos. Patogénesis, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p. 85-93.
18. Vitiello B. Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics* 2001; 4: 983-431.