

Trastorno obsesivo-compulsivo

J. Fleta Zaragoza, M. Zapata Usábel¹, L. Cuadrón Andrés, J.L. Olivares López
Departamento de Pediatría. ¹Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Resumen

Se presenta el caso de un niño con conducta acumuladora, episodios de agitación psicomotriz y ansiedad, así como ideas autolíticas cuando se pone freno a estas conductas. Durante su estancia en el hospital, se observa una tendencia a recoger desperdicios y basura, incluso sus propias heces. Las pruebas complementarias no detectan ningún signo orgánico ni infeccioso. Con el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, se instaura tratamiento con sertralina y risperidona.

Palabras clave

Trastorno obsesivo-compulsivo, síndrome depresivo, ansiedad, agresividad, conducta acumuladora

Abstract

Title: Obsessive-compulsive disorder

We report the case of a child with hoarding behavior, agitation and anxiety, as well as self-injurious urges when these behaviors were stopped. While he was in the hospital, he was observed to have a tendency to pick up wastes and rubbish, even his own feces. Supplementary tests revealed no organic or infectious alterations. With the diagnosis of obsessive-compulsive disorder, treatment with sertraline and risperidone was initiated.

Keywords

Obsessive-compulsive disorder, depressive syndrome, anxiety, aggressiveness, hoarding behavior

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad de origen heterogéneo muy rara en la infancia. Se caracteriza por la existencia de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que producen angustia y alteran la vida diaria. La enfermedad suele coexistir con alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, alteraciones de la atención, del aprendizaje y tics. La aplicación de terapia cognitivo-conductual y medicación específica constituyen el tratamiento más efectivo. Exponemos el caso de un paciente de corta edad afectado por este trastorno.

Caso clínico

Antecedentes

El paciente es hijo de padres separados desde hace 2 años. El padre había sido intervenido de un tumor cerebral de carácter maligno en dos ocasiones, la última de ellas hacía 2 meses; la madre estaba afectada de hipotiroidismo, para el que seguía un tratamiento específico. El niño tiene una hermana de 5 años, sana. Se trata de un niño de raza blanca, de nacionalidad española, residente en el medio rural, con desarrollo y escolaridad normales y debidamente vacunado.

Enfermedad actual

Niño de 7 años de edad, que desde hace 4 meses se siente rechazado por sus compañeros porque está «gordo», por lo que

no quiere ir al colegio. En ocasiones ha intentado escaparse del centro. Desde hace 2 meses muestra una alteración del patrón del sueño y pesadillas, así como crisis de nerviosismo y, en ocasiones, de angustia, que hacen que no quiera separarse de su madre. Hace un mes aproximadamente comienza a recoger objetos inservibles, envoltorios y basura, presentando crisis de agitación psicomotriz y rabietas ante las negativas a permitir la acumulación de esos objetos. La última crisis la ha presentado hace varios días y se ha acompañado de comportamiento autoagresivo: el niño se ha intentado cortar en los brazos con un cuchillo. Presenta también un gran interés por encontrar en las nubes un parecido a algo o alguien, así como por anotar y apuntar cualquier detalle con el fin de «no olvidar nada». El niño fue remitido para su evaluación a causa de un intento de autolisis.

Exploración

Presenta un buen estado general y de nutrición, con abundante panículo adiposo. Se muestra colaborador. La reactividad emocional es adecuada, aunque presenta facilidad para el llanto, es algo retraído y tiene una baja autoestima. No se encuentran signos patológicos en órganos y sistemas. Tiene un peso de 33 kg, una talla de 131,5 cm y una temperatura de 36,5 °C.

Pruebas complementarias

Se realizaron las siguientes pruebas, con resultados normales: hemograma completo, velocidad de sedimentación, estudio bioquímico, proteína C reactiva, pruebas reumáticas, fondo de ojo, electroencefalograma y tomografía computarizada cerebral.

TABLA 1

Diferencias de rituales y supersticiones entre el desarrollo normal y el trastorno obsesivo-compulsivo

Rituales	Desarrollo normal	Patología obsesivo-compulsiva
Para acostarse	Frecuente en la primera infancia	Elaborados, amplios, incapacitantes
No pisar la raya	Frecuente en la primera infancia	Agobiante y repetitivo
Revisar y ordenar	Ocasional, infrecuente	Habitual, riguroso y repetitivo
Letanía de números	Habitual como pasatiempo lúdico	Minucioso, amplio y perturbador de la vida diaria
Exactitud y afán de orden	Temporal y poco frecuente	Muy habitual, minucioso, incapacitante
Tocar	Ocasional, lúdico	Elaborado, impuesto
Coleccionar y acaparar	Habitual con objetos significativos	Atesora objetos inútiles y gastados
Baño y lavado de manos	Ocasional en la infancia, infrecuente en la adolescencia	Muy frecuente, minucioso, prolongado y rígido
Miedos a la contaminación	Temporal incapacidad y sufrimiento escasos	Muy frecuente, minucioso, incapacitante

Modificada de Leonard et al.².**Evolución**

Durante su estancia en el servicio presentó varias crisis de agitación psicomotriz, motivadas por la negativa de la madre a acceder a la intención del niño de recoger los desperdicios y la basura de los restos de la comida; en una ocasión pidió a su madre una cuchara a fin de recoger y guardar sus deposiciones. Varias veces fue necesario adoptar medidas de seguridad, así como la administración de Tranxilium® 5 mg. La madre cree que muestra una excesiva preocupación por su padre; el niño incluso refirió su intención de «pegarse un tiro» si a su padre «le pasa algo».

Diagnóstico y tratamiento

Se da al paciente el alta hospitalaria con el diagnóstico más probable de TOC (subtipo de trastorno por acumulación). Entre los factores desencadenantes y mantenedores, se encuentran los ambientales (como la enfermedad del padre y la sobreprotección materna) y un cuadro adaptativo con síntomas depresivos, previo a la aparición de la clínica de TOC. Se instaura tratamiento con sertralina y risperidona, y se trabaja con la técnica de exposición, con prevención de respuesta con los padres para que no refuercen tales conductas.

Discusión

El TOC está clasificado dentro de los trastornos de ansiedad. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos o inadecuados, que causan un gran malestar. Las compulsiones son conductas repetitivas, como lavado de manos, ordenamiento de objetos, comprobaciones, etc., o incluso actos mentales, como contar, rezar, repetir palabras, etc., que se realizan en respuesta a una obsesión o siguiendo normas que el paciente debe seguir estrictamente¹.

Clínicamente, el TOC en la infancia es muy semejante al del adulto, pero no hay que confundir los rituales obsesivos con ciertas conductas repetitivas, ya sean lúdicas o mágicas, pro-

TABLA 2

Compulsiones y obsesiones más frecuentes en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo**Compulsiones**

- Lavado de manos, ducha, baño, cepillado de dientes o acicalamiento excesivo o ritualizado
- Repetir constantemente una acción: ir dentro y fuera a través de una puerta o arriba y abajo en una silla
- Comprobar puertas, cerraduras, horno, trabajo escolar
- Rituales de eliminar el contacto con los contaminantes
- Rituales de tocar o golpear rítmicamente

Obsesiones

- Preocupación por la suciedad, gérmenes o toxinas medioambientales
- Preocupación de que algo terrible ocurrirá (p. ej., incendio, muerte o enfermedad)
- Simetría, orden o exactitud
- Escrupulosidad: obsesiones religiosas
- Números que dan o quitan suerte
- Preocupación o disgusto con los fluidos corporales

Modificada de Zinder y Swedo⁴.

pias de la infancia². El trastorno se presenta en un 0,3-0,4% de la población infantil y adolescente, y muestra ciertas características que lo diferencian del TOC del adulto. Se inicia en gran parte de los casos alrededor de los 10 años de edad, a diferencia del TOC del adulto, que comienza a partir de los 18 años. Lo padecen más los niños que las niñas, es frecuente su asociación con trastornos exteriorizados, suele relacionarse con irregularidades neuropsicológicas, se observan más antecedentes familiares de TOC y, a menudo, se acompaña de tics. Todo ello ha llevado a sugerir que el TOC pediátrico constituye un subtipo específico de TOC, posiblemente de mayor carga genética³⁻⁵. En la tabla 1 se muestra la diferencia entre los rituales considerados normales y los debidos a una patología obsesivo-compulsiva, y en la tabla 2 las compulsiones y obsesiones más frecuentes en la infancia.

TABLA 3

Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV)¹⁶

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones Las obsesiones se definen por:
1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o un malestar significativo
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)
Las compulsiones se definen por:
1. Comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones, etc.) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio, etc.) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o la reducción del malestar, o la prevención de algún acontecimiento o situación negativo; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales no están conectados de forma realista con aquello que la persona pretende neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos
B. En algún momento del curso del trastorno, la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales Nota: este punto no es aplicable en los niños
C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren claramente en la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social
D. Si hay otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones es independiente de este trastorno (las ideas, los pensamientos, los impulsos y las imágenes no tienen nada que ver con la comida si coexiste un trastorno de la conducta alimentaria, una preocupación por una grave enfermedad en la hipocondría, o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor)
E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., fármacos) o de una enfermedad médica

La etiopatogenia es la misma del TOC del adulto, con una clara determinación genética y una demostrada implicación de los circuitos nerviosos que conectan el córtex orbitofrontal con los núcleos basales y el tálamo. La disfunción serotoninérgica subyacente también es evidente. Sin embargo, los trastornos obsesivos y por tics causados por infecciones estreptocócicas (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection* [PANDAS]) han añadido complejidad a esta patología⁶⁻⁸. Los factores ambientales desempeñan un papel menor, aunque pueden actuar como factores precipi-

tantes y mantenedores. El pronóstico no es muy alentador; en un seguimiento de 11 años, el 71% de los pacientes presentaba algún trastorno psicopatológico y el 36% todavía padecía un TOC^{9,10}.

El tratamiento se basa en preparados tricíclicos, clorimipramina y todos los inhibidores de la recaptación de serotonina. Todos ellos han demostrado su eficacia en el tratamiento de este trastorno en la infancia. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección en determinados casos, aunque cada vez más se recomiendan los tratamientos mixtos¹¹⁻¹⁵.

En nuestro caso, el comportamiento del niño encaja en la clínica descrita de trastorno por acumulación, que es un subtipo de TOC caracterizado por la adquisición de objetos, la incapacidad para tirarlos y su acaparamiento, que interfieren en las actividades habituales de la persona. Su prevalencia es difícil de determinar, pero se cree que aparece en el 11-42% de los pacientes con TOC. No hay que confundirlo con el coleccionismo normal y común en el periodo infantil, que consiste en organizar y jerarquizar una serie de objetos, y no sólo acumularlos. Tampoco se debe confundir con el síndrome de Diógenes, típico en ancianos, que se caracteriza no sólo por la acumulación de objetos, sino por el almacenamiento exagerado dentro y fuera de casa, ocupando todo el espacio posible del suelo al techo. Quienes lo padecen tiene su vivienda llena de cosas (periódicos, revistas, envases, ropa usada, papel, basura, comida) y, a veces, animales. Niegan ayuda externa y se aíslan totalmente del entorno, con negligencia extrema en su cuidado. En la tabla 3 se muestran los criterios que definen el TOC, según el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 4.ª ed)¹⁶.

Las pruebas complementarias practicadas para identificar la afectación estreptocócica también permiten excluir un síndrome PANDA. Hay que tener en cuenta que el TOC se presenta a veces como trastorno aislado, otras veces se acompaña de una patología asociada, principalmente de tipo depresivo o ansioso y, por último, existen trastornos psiquiátricos que, a su vez, pueden ir acompañados de sintomatología obsesivo-compulsiva¹⁷. Otro grupo de afecciones que cabe considerar como diagnóstico diferencial son los TOC secundarios a tumores, encefalitis víricas y traumatismos cerebrales. ■

Bibliografía

- González MP, Rodríguez P. Niño con trastorno obsesivo compulsivo. *Pediatría integral*. Segundo Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil (2.ª entrega). 2007; 10-14.
- Leonard HL, Swedo SE, Lelane MC. A 2-to-7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 429-439.
- Toro J. Trastornos de ansiedad. En: Cruz M, ed. *Tratado de pediatría*. Madrid: Ergón, 2006; 1.744-1.746.
- Zinder LA, Swedo SE. Pediatric obsessive-compulsive disorder. *JAMA*. 2000; 284: 3.104-3.106.
- Rodríguez J, Dorrnsoro I. Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5: 415-422.

6. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychol.* 1998; 155: 264-272.
7. Murphy ML, Pichichero ME. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002; 156: 356-361.
8. Fernández M, Ramos JT, Auñón I, Marín MA, González MI, Simón R. Trastornos neuropsiquiátricos asociados a estreptococo. *An Pediatr.* 2005; 62: 475-478.
9. Geller D, Biederman J, Jones J, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 37: 420-427.
10. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl Med.* 2004; 350: 259-265.
11. RUPP Anxiety Group. Fluvoxamine treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med.* 2001; 344: 1.279-1.285.
12. Rapoport JL, Swedo S. Obsessive-Compulsive Disorder. En: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry.* Oxford: Blackwell Pub., 2002; 571-592.
13. March JS. Cognitive-behaviour therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. The pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA.* 2004; 292: 1.969-1.976.
14. King RA, Leonard H, March J. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 37: 110-116.
15. Kutcher SP. Sertraline was effective in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Evid Based Ment Health.* 1999; 2: 116.
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
17. González P, Rodríguez P. Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. *Pediatría Integral. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil (2.ª entrega).* 2007; 14-21.