
Estudio descriptivo de una serie de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo

BM. Lago García^a, PJ. Rodríguez Hernández^b, JL. Morales Tuñón^c,
I. Fernández Márquez^a, MT. Santamaría Ramiro^c, V. Mahtani Chugani^d

^aPsiquiatra, ^bPediatra, ^cPsicólogo/a.

Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa".

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife.

^dLicenciada en Medicina y Cirugía. Servicio de Evaluación y Planificación. Servicio Canario de Salud.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:423-32

Pedro Javier Rodríguez Hernández, pedrojavierrodriguezhernandez@yahoo.es

Resumen

Introducción: el trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presencia de ideas obsesivas y patrones conductuales compulsivos con la suficiente frecuencia e intensidad como para interferir en la vida normal de quien lo padece.

Objetivo: realizar un análisis descriptivo de una serie de niños y adolescentes afectos de trastorno obsesivo compulsivo que acuden a una unidad de psiquiatría infantil y juvenil.

Material y métodos: se realiza un estudio observacional descriptivo de 11 pacientes a partir de la revisión sistemática de sus historias clínicas. Se evalúan los condicionantes clínicos, evolutivos y terapéuticos más importantes y se contrastan con las publicaciones anteriores más relevantes.

Resultados: las obsesiones más frecuentes son el temor a la muerte y a padecer una enfermedad, mientras que las compulsiones más frecuentes son la limpieza y el orden. El 55% de la muestra presentan comorbilidad con otras enfermedades mentales, y en el 65% de los casos alguno de los padres tiene un diagnóstico psiquiátrico. El tratamiento utilizado en todos los pacientes es la sertralina, unida a otros psicofármacos cuando la evolución no es adecuada.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes de la serie descrita presentan antecedentes familiares de trastornos mentales, comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas y en ocasiones requieren más de un psicofármaco. Es importante el diagnóstico precoz para un adecuado seguimiento y tratamiento posterior.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, Psiquiatría infantil, Comorbilidad.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Abstract

Introduction: high frequency and intensity of obsessive thinking and compulsive behaviour at a level which interferes with leading normal life are the characteristics of the Obsessive-compulsive disorder.

Objective: the aim of this work is to analyze the main clinical characteristics in a group of patients of a Children and Youth Psychiatric Unit.

Material and methods: descriptive observational study based on the systematic review of the clinical records of 11 patients. The most important factors related to clinical aspects, progression of the illness and treatment were evaluated and compared with the principal related publications.

Results: the most frequent obsessions were fear of death and of illness, while the most frequent compulsions were cleanness and order. Fifty-five percent of the sample was suffering from other mental disorders and the parents of 65% of cases had some psychiatric diagnosis. All patients were treated with sertraline, in association with other psychotropic drugs when the progression of the illness was not adequate.

Conclusions: most of the patients of this series show familiar records of mental disorders, comorbidity with other psychiatric illness and, sometimes require more than one psychotropic drug. Early detection is very important for a positive control and treatment.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, Child psychiatry, Comorbidity.

Introducción

En la décima edición de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10), la característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes¹. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la mente del paciente de forma estereotipada. Casi siempre son molestos y el paciente a menudo intenta, sin éxito, resistirse a ellos. Los actos compulsivos o rituales son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni tampoco llevan a completar tareas útiles de por sí. Su función es prevenir algún hecho

objetivamente improbable, que suele referirse a recibir algún daño de alguien o que el paciente se lo pueda producir a otros.

Los estudios sobre prevalencia del TOC en población infantil y adolescente son relativamente escasos y recientes². En muestras de población general adolescente las estimaciones van del 1,0% al 3,6%³. Al igual que en adultos, las estimaciones de la prevalencia en muestras clínicas de niños son generalmente más bajas que en las muestras de población general y se sitúan, según distintas revisiones, alrededor del 1%². En una muestra de población clínica española de 8.377 niños y adolescentes se halló un 0,9% de casos de TOC⁴.

Por otro lado, la información retrospectiva descrita por pacientes adultos parece indicar que aproximadamente el 80% tuvieron su inicio antes de los 18 años de edad, y de ellos entre un tercio y la mitad refieren el inicio antes de los 15 años⁵.

El TOC es una entidad que presenta elevada comorbilidad debido a que sus características sintomatológicas (dudas, pensamientos reiterativos, etc.) aparecen en muchas otras entidades nosológicas con las que el TOC tiene profundas relaciones psicopatológicas e incluso etiológicas⁶. De este modo, se habla de entidades que forman parte de lo que se conoce como espectro TOC, es decir, trastornos que manifiestan obsesiones y/o compulsiones: anorexia nerviosa, personalidad esquizotípica, trastorno dismorfofóbico o síndromes orgánicos entre otros. En el caso concreto de la esquizofrenia, la prevalencia es variable, y la mayoría de los estudios hablan de un 10-20% de pacientes con diagnóstico comórbido de esquizofrenia y TOC. Se conoce también que un 4-5% de pacientes diagnosticados previamente de TOC desarrollarán posteriormente una esquizofrenia⁷.

Las investigaciones actuales se centran en determinar si el TOC de inicio temprano o juvenil es un subtipo concreto del trastorno. Algunos de los subtipos

propuestos, no necesariamente distintos ni mutuamente excluyentes, son el TOC de inicio temprano, el relacionado con tics, y el desencadenado por estreptococos. El TOC de inicio temprano (antes de los 9-10 años) se asocia a predominio masculino, comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y otros, frecuente falta de introspección y una prevalencia familiar de TOC superior a la normal. La sintomatología obsesiva principal tiene relación con la suciedad y el miedo a dañarse y a la muerte. Por otro lado, la sintomatología compulsiva más frecuente es el lavado y las repeticiones de distinto tipo⁶. En los últimos años se ha descrito una variante de TOC pediátrico denominada PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection*) caracterizada por un inicio precoz de los síntomas (antes de los 8 años), predominio del sexo masculino (3:1) y exacerbaciones sintomáticas súbitas asociadas a infecciones por estreptococos betahemolíticos del grupo A⁸.

En cuanto al tratamiento del TOC, este debe individualizarse y adaptarse a las características de cada paciente dependiendo de la naturaleza, gravedad, frecuencia, intensidad e interferencia de la sintomatología, de la presencia de tras-

tornos comórbidos, del nivel de desarrollo del niño y del impacto del trastorno en el funcionamiento del paciente y de la familia. Hasta la fecha dos modalidades terapéuticas han demostrado empíricamente tener eficacia específica sobre las obsesiones y compulsiones: la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico con antidepresivos (clomipramina e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Otras terapias pueden constituir un tratamiento complementario para tratar aspectos asociados al TOC².

El objetivo del presente estudio es determinar las características clínicas y evolutivas más importantes en una serie de niños y adolescentes diagnosticados de TOC que acuden a una unidad de psiquiatría infantil y juvenil.

Material y métodos

La investigación sigue un diseño observacional descriptivo en una serie de casos. Para la realización del estudio se han seleccionado todos los niños y adolescentes con diagnóstico principal de TOC (11 pacientes de edades comprendidas entre los 6 y los 15 años) que acuden a Consultas Externas del Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa" (Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria,

Tenerife), desde el año 2004 hasta la actualidad. Los pacientes han participado tras la obtención del consentimiento informado de ellos o de sus representantes legales.

El diagnóstico se ha realizado con los criterios de inclusión de la CIE-10, evaluados mediante entrevista semiestructurada diseñada por la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

A partir de la revisión de las historias clínicas, se completa el protocolo de información evolutiva. Los datos seleccionados para incluir en el protocolo son: sexo, edad en el momento de establecer el diagnóstico, tipo de obsesión, tipo de compulsión, presencia de comorbilidad psiquiátrica, antecedentes psiquiátricos en el padre o la madre, dosis diaria del tratamiento psicofarmacológico principal, otros tratamientos psicofarmacológicos implementados para el tratamiento del TOC con anterioridad o concomitante con el diagnóstico principal y meses transcurridos desde el momento del diagnóstico hasta el alta por mejoría (o hasta el momento de realizar la revisión de la historia).

Resultados

En la tabla I se describen las características demográficas, clínicas y evolutivas más importantes de los pacientes

Tabla I. Pacientes y descripción de las características asociadas al trastorno obsesivo compulsivo									
Paciente	Sexo	Edad inicio	Obsesiones	Compulsiones	Comorbilidad	AFP	Sertralina (mg/día)	Otros tratamientos psicofarmacos	Tiempo de evolución
1	♂	6	Enfermedad	Limpieza	No	No	50	No	11 meses/A
2	♂	8	Sexo	Orden	Trastorno de angustia	No	50	No	13 meses/A
3	♀	9	Daño Muerte	Repetición mental	No	Padre: TAG	37	No	7 meses/C
4	♂	9	Muerte Enfermedad	Alimentaria (miedo al atragantamiento)	No	Madre: TAG	100	No	26 meses/C
5	♀	10	Muerte (éy familia)	Alimentaria (miedo al atragantamiento)	Trastorno de angustia	Madre: TDM	75	Clorazepato Dipotásico	22 meses/C
6	♂	10	Muerte	Limpieza	Tics motores	No	50	No	8 meses/A
7	♀	11	Enfermedad	Lavado de manos Orden	No	No	25	No	12 meses/A
8	♂	11	Limpieza Daño Muerte	Lavado de manos Rituales acostarse Contar Repetición Comprobación	Gilles de Tourette Psicosis no orgánica	Tío: RM Madre: TPP	200	Risperidona Olanzapina Topiramato	24 meses/C
9	♂	13	Enfermedad	Limpieza	Trastorno inespecifico de la conducta	Madre: TID	200	Risperidona Clonazepan	36 meses/C
10	♂	13	Daño	Repetición Orden Comprobación	No	Madre: TAD Padre: TOC	75	No	12 meses/A
11	♂	15	Muerte	Orden Limpieza	Trastorno inespecifico de la conducta	Madre: TAD	200	Risperidona	21 meses/C

AFP: antecedentes familiares psiquiátricos; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TDM: trastorno de depresión mayor; TAD: trastorno ansioso depresivo; TID: trastorno de ideas delirantes; RM: retraso mental; TPP: trastorno de personalidad paranoide; TPP: trastorno de personalidad paranoide; A: alta por mejoría; C: continúa en tratamiento.

seleccionados para la realización del estudio.

La media de edad al comienzo de la sintomatología es de 10 años (rango: 6-15 años), con preponderancia del sexo masculino (73%) frente al sexo femenino (27%).

La mayoría de los pacientes (73%) presenta una sola temática en sus obsesiones. El 18% dos temáticas obsesivas y un paciente (9%) tres temáticas obsesivas. En cuanto al contenido de la temática de las obsesiones, se observa que la muerte es la más frecuente seguida de temor a padecer una enfermedad. En la tabla II se describe la temática y frecuencia de las obsesiones.

Sobre el número de compulsiones, 7 pacientes (64%) presentan una sola compulsión, 2 pacientes (18%) presentaban 2 compulsiones, 1 paciente (9%) presentaba 3 compulsiones, y 1 paciente presenta 5 compulsiones diferentes. Los tipos de compulsiones más frecuentes son la limpieza y el orden. En la tabla III se describe el tipo y frecuencia de las compulsiones.

Con respecto a la comorbilidad psiquiátrica, 5 pacientes (45%) no presentan comorbilidad. Otros 5 pacientes (45%) se encuentran en situación de comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico y un paciente (9%) presenta comorbilidad con 2 trastornos psiquiátricos.

Tabla II. Temática de las obsesiones

Muerte	6 pacientes	55%
Enfermedad	4 pacientes	36%
Daño	3 pacientes	27%
Limpieza	1 paciente	9%
Sexo	1 paciente	9%

Tabla III. Tipo de compulsiones

Limpieza	4 pacientes	36%
Orden	4 pacientes	36%
Alimentaria (miedo al atragantamiento)	2 pacientes	18%
Lavado de manos	2 pacientes	18%
Comprobación	2 pacientes	18%
Repetición	2 pacientes	18%
Contar	1 paciente	9%
Rituales al acostarse	1 paciente	9%
Repetición mental	1 paciente	9%

Tabla IV. Otros diagnósticos psiquiátricos en los pacientes de la muestra y consideraciones clínicas de interés

N.º 3.	Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
N.º 4.	Trastorno de estrés postraumático (tras accidente de circulación).
N.º 8.	Trastornos conductuales y emocionales sin especificar; trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar. Cuando disminuye la sintomatología del TOC aumenta la sintomatología de los demás trastornos y viceversa.
N.º 9.	Múltiples recaídas, abandono de tratamientos y problemas conductuales.
N.º 10.	Trastorno de las emociones en la infancia sin especificar, tentativas de suicidio, labilidad emocional.
N.º 11.	Varias recaídas, heteroagresividad en crisis "explosivas".

En más de la mitad de los pacientes de la muestra (64%) se contemplan antecedentes familiares psiquiátricos, mientras que en el 36% restante no se ha constatado la presencia de antecedentes. Los antecedentes familiares psiquiátricos más frecuentes son los trastornos de la esfera emocional (ansiedad y depresión), generalmente en la madre (en 6 casos). En un caso los antecedentes se encuentran en el padre y en otro caso, tanto en la madre como en el padre.

El tratamiento utilizado en todos los pacientes es la sertralina, con una dosis media diaria de 97 mg. Entre los pacientes dados de alta y con buena evolución, la dosis media diaria es inferior (48 mg). En los pacientes con mala evolución y que continúan en tratamiento es superior, con una dosis media diaria de 155 mg. En este último grupo, se han utilizado otros psicofármacos como la risperidona en 3 pacientes, olanzapina

en 1 paciente, topiramato en 1 paciente, clorazepato dipotásico en 1 paciente y clonacepán en 1 paciente.

Del total de la muestra, 5 sujetos (45%) han sido dados de alta por mejoría y la evolución de la sintomatología se ha caracterizado por la mejoría progresiva. Otros 5 pacientes continúan en tratamiento y su evolución se caracteriza por las dificultades en la remisión de los síntomas. El paciente 3 no ha sido dado de alta debido al poco tiempo que lleva de tratamiento, aunque la sintomatología presenta mejoría progresiva. El tiempo medio de permanencia en seguimiento médico de todos los sujetos del estudio es de 17 meses, 11 meses para los sujetos dados de alta y con buena evolución y de 23 meses para sujetos que no han sido dados de alta y que presentan mala evolución.

Un aspecto a destacar es la presencia de otros diagnósticos psiquiátricos en algún

momento temporal de los pacientes, pero que no se encuentran en situación de comorbilidad con el TOC. En la tabla IV se mencionan dichos diagnósticos y/o se señalan las consideraciones clínicas más importantes sobre los mismos.

Discusión

En la revisión realizada se ha identificado un escaso número de trabajos descriptivos en relación a series clínicas de pacientes con TOC en la edad pediátrica. Uno de los motivos puede ser la dificultad en el diagnóstico. Las formas clínicas obsesivo-compulsivas se dan claramente a partir de los 6-7 años de edad. No obstante, uno de los mayores problemas que surgen en la clínica infantil del TOC viene representada por la distinción entre lo normal y lo patológico, según la valoración que se dé a los comportamientos. La simple observación del comportamiento infantil y adolescente permite comprobar la existencia de rasgos evolutivos muy próximos a los síntomas que caracterizan el cuadro clínico del TOC⁶.

Se ha descrito que el promedio de edad de inicio en muestras clínicas de niños y adolescentes es de 10 años (rango 7-12 años), existiendo además un grupo numeroso de pacientes que lo inicia en la adolescencia³. También se ha descrito el inicio del TOC en edades más precoces.

En un estudio realizado a partir de una muestra clínica española, el 7% de los casos referían un inicio entre los 3 y 5 años⁴. En cuanto al sexo, la mayoría de los estudios señalan una mayor prevalencia de TOC infantil en varones (3:2), que tiende a igualarse en la adolescencia⁹. Los datos obtenidos en el presente estudio coinciden en la edad de presentación del trastorno. De la misma manera, se observa preponderancia del sexo masculino aunque en una proporción mayor que la descrita en la serie mencionada.

En cuanto a la sintomatología, habitualmente la expresión clínica del TOC en los niños es similar a la de los adultos⁸. La mayoría de los pacientes manifiesta obsesiones y compulsiones. Los síntomas más frecuentes del TOC son: obsesiones en torno a la suciedad y contaminación, dañarse a sí mismo o a otros, la muerte y el sexo; y compulsiones como lavarse, repetir y comprobar⁶. La temática más frecuente de las obsesiones que refieren los niños de la serie presentada se establece en torno a la muerte, la enfermedad y el daño. El tipo de compulsión también coincide con las descripciones presentes en la literatura. La limpieza y el orden se encuentran en el 72% de los pacientes estudiados.

Distintas investigaciones destacan la importancia de la influencia genética en el

TOC¹⁰⁻¹². Relacionado con este aspecto, se ha observado que los casos con un inicio precoz (prepuberal) son mucho más frecuentes en pacientes con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos de la esfera emocional, mientras que cuando el inicio es a partir de los 18 años de edad es menos frecuente encontrar familiares en primer grado con estas patologías^{9,10}. En el presente estudio los antecedentes de trastornos de la esfera emocional se sitúan en el 63%. En el grupo de pacientes que presentan una mala evolución clínica, estos antecedentes aparecen en el 100% de los casos.

Nuestro estudio presenta dificultades metodológicas, como el pequeño tamaño muestral o las inherentes a la recopilación de información de forma retrospectiva. Sin embargo, existen suficientes datos para establecer una hipótesis sobre la existencia de diferentes fenotipos en el TOC infantil con expresión clínica y evolutiva diferente, tal y como sugieren algunas investigaciones previas^{13,14}. En el primer grupo, que se puede denominar de pacientes respondedores o de buena evolución, se constata un alta precoz, alrededor de un año después del inicio del cuadro. Su edad media es menor, en torno a los 9 años y medio. Tiene menor comorbilidad psiquiátrica (se describe en la tabla I) y menos antecedentes familiares de trastor-

nos psiquiátricos. En el tratamiento se precisan dosis bajas de sertralina (aproximadamente 50 mg al día) y no se utilizan otros psicofármacos. En el otro grupo, que se puede denominar de pacientes no respondedores o de mala evolución, existe un alta tardía, siempre superior a un año desde el inicio del cuadro. La edad de inicio es mayor, sobre los 11 años y medio. Presentan mayor comorbilidad psiquiátrica y los antecedentes familiares en el padre y/o madre de enfermedad mental están presentes en el 100% de los casos. Precisan mayores dosis de sertralina (alrededor de 150 mg por día) y habitualmente requieren de más de un psicofármaco.

Los datos que aporta la bibliografía sobre estos factores antecedentes y de la evolución de los pacientes son escasos y en ocasiones contradictorios. No existe acuerdo en la influencia de la edad de debut en la gravedad del cuadro¹⁵. Sin embargo, diferentes estudios coinciden en que la existencia de un trastorno psiquiátrico en los padres predice mayor gravedad¹⁶. Con respecto al resto de las variables, en la bibliografía consultada no existen referencias comparables.

Conclusiones

El TOC de inicio en la infancia y adolescencia puede presentar distintos fe-

notipos clínicos. En el presente estudio, la situación de comorbilidad se asocia a una peor evolución. Los cuadros más graves se encuentran relacionados con

un mayor porcentaje de antecedentes parentales de enfermedad mental y requieren dosis mayores y mayor número de psicofármacos para su control.

Bibliografía

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1992.
2. De la Fuente JE, Canalda G, Lázaro L. Trastorno Obsesivo Compulsivo En: Ballesteros Alcalde MC, Coordinadora. Práctica Clínica Paidopsiquiátrica. Madrid: Adalia; 2006. p. 189-202.
3. AACAP Oficial Action. Practice parámetros for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37 Suppl 10:S27-45.
4. Toro J, Cervera M, Osejo E. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescents: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992; 33:1025-37.
5. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman SF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 146:246-9.
6. Rodríguez Sacristán J, Baras Valenzuela M, Baras Pastor M. Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivos en la infancia. *An Psiquiatr*. 2001;17: 170-7.
7. Pérez Fernández de Landa E, Langarica Eserverri M, Campos Burgui MS. Trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia infantil. A propósito de un caso. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2005;3:84-91.
8. Freeman JB, García AM, Swedo SE, Rapoport JL, Fucci CM, Leonard HL. Trastorno obsesivo-

- compulsivo. En: Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Barcelona: Masson; 2006. p. 577-90.
9. Nestadt G, Samuels J, Riddle M. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:358-63.
10. Calvo R, Lázaro L, Castro J, Morer A, Toro J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:647-55.
11. Grados M, Wilcox HC. Genetics of obsessive-compulsive disorder: a research update. *Expert Rev Neurother*. 2007;7:967-80.
12. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;5:13-9.
13. Geller D. A obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:353-70.
14. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev*. 2001;21:137-57.
15. Castle DJ, Deale A, Marks MI, Cutts F, Chadhoury Y, Stewart A. Obsessive-compulsive disorder: prediction of outcome from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89: 393-8.
16. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC. A 2 to 7 year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:429-39.