

TICS

¿Qué son los tics?

Un tic es un movimiento o gesto súbito, de corta duración y repetitivo que típicamente mimetiza algún aspecto de la conducta normal. Los niños suelen atribuirles un carácter involuntario, mientras que los mayores y los adultos, a menudo los describen como asociados a un impulso somatosensorial no deseado que se ve momentáneamente aliviado mediante la realización del mismo.

¿Qué formas clínicas pueden tomar?

Los tics varían en cuanto a frecuencia e intensidad.

Los tics motores pueden ir desde movimientos simples y repentinos (p.ej., parpadeo, sacudidas de cabeza o encogimiento de hombros) hasta otros más complejos que pueden aparentar tener finalidad (p.ej., determinadas expresiones faciales o gestos con las manos o la cabeza). En los casos más extremos, pueden consistir en movimientos obscenos (copropraxia) o autolesivos (p.ej., golpearse o morderse). De igual modo, los tics fónicos o vocales pueden ir desde simples sonidos (p.ej., para aclararse la garganta) hasta vocalizaciones complejas. La coprolalia (habla obscena) constituye un caso extremo de éste tipo de tics.

¿Qué categorías diagnósticas se han descrito al respecto?

La actual clasificación de los trastornos por tics en el DSM-IV incluye el Trastorno de Gilles de la Tourette, el Trastorno por Tic Motor o Vocal Crónico, el Trastorno por Tics Transitorio y el Trastorno por Tics No Especificado.

¿A quienes afectan más los tics?

Hay datos que indican que la población infantil padece más tics que la adulta (en una proporción de 3 a 1), y que los varones están más afectados que las mujeres (en una proporción de 9 a 1).

¿En qué consiste el Trastorno por Tics Transitorio?

Se caracterizan por la presencia de uno o más tics motores o fónicos que varían en cuanto a la severidad, de semanas a meses. Los motores suelen limitarse a las zonas del cuello, la cabeza y las extremidades superiores. La presencia de tics fónicos en ausencia de los motores es rara. La edad de inicio se sitúa entre los 3 y los 8 años. Los criterios diagnósticos para este trastorno establecen que la sintomatología activa debe estar presente durante un mínimo de 12 meses, por lo que el diagnóstico es retrospectivo.

¿En qué consiste el Trastorno por Tic Motor o Vocal Crónico?

Esta condición crónica se puede observar tanto en niños como en adultos y se caracteriza, al igual que otros trastornos por tics, por un curso fluctuante y un amplio rango en la severidad de los síntomas. Las manifestaciones más frecuentes consisten en tics motores crónicos simples y complejos, implicando típicamente la cabeza, el cuello y las extremidades superiores. Aunque algunos niños pueden presentar dificultades del desarrollo, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno no es incompatible con un curso normal en el desarrollo. Esta condición también puede darse en tanto que estado residual, particularmente en

la adultez. En muchas ocasiones, puede darse un repertorio de síntomas únicamente debido a un periodo de elevado estrés o fatiga. El trastorno por tic vocal crónico se da raramente.

¿En qué consiste el Síndrome de Tourette? ¿Cuál suele ser su curso natural?

Es el trastorno por tics más severo. Suele debutar en la primera infancia con ataques transitorios de tics motores simples que pueden tener un carácter fluctuante. Suelen darse aisladamente, pero también pueden constituir combinaciones bien orquestadas de algunos de ellos implicando grupos musculares distintos.

Conforme el síndrome avanza, pueden empezar a aparecer tics motores más complejos. Estos pueden tener una apariencia camuflada, en el sentido de que aparentemente pueden presentar la forma de movimientos voluntarios normales que obedezcan a una finalidad concreta como por ejemplo, apartarse el cabello de la cara con la mano. No obstante, será su carácter de repetitivos lo que les identificará como tics. En aquellos casos más extremos (menos frecuentes) los tics motores complejos pueden ser autolesivos y de más difícil manejo (p.ej., darse golpes en la cara o morderse la muñeca).

Uno o dos años después del inicio de los tics motores, empiezan los fónicos. Normalmente son de carácter simple (p.ej., aclararse la garganta, gruñir, rechinar, etc.), aunque en casos extremos pueden llegar a ser tan complejos como la ecolalia, la palilalia y la coprolalia, o bien cambios repentinos en el ritmo del habla, o en el volumen de la voz.

¿Con qué frecuencia y severidad se dan los tics en el Síndrome de Gilles de la Tourette?

Los tics motores y fónicos tienden a cursar en "tormentas". Su frecuencia puede ir desde crisis con tics incontables hasta episodios más leves que ocurren dos o tres veces a la semana.

La fuerza de los tics motores y el volumen de los fónicos también es muy variable, pudiendo ir desde comportamientos casi imperceptibles (como una leve contracción o un suave ruido gutural) hasta formas muy aparatosas.

¿Mejoran los tics con la edad?

Los trastornos por tics tienden a mejorar en la adolescencia tardía y principios de la adultez. En ocasiones los tics fónicos se dan muy raramente o desaparecen y los tics motores pueden verse reducidos en número y frecuencia. Algunos autores, como Shapiro y sus colaboradores (1988) han hablado de la remisión completa tanto de los tics motores como de los fónicos. Por el contrario, la adultez también constituye el periodo en que se pueden ver las formas más severas e incapacitantes (síndrome de Gilles de la Tourette).

¿A qué trastornos o problemáticas pueden ir asociados?

En las formas más severas de los trastornos por tics, éstos pueden ir asociados a problemas emocionales o comportamentales, que pueden ir desde un comportamiento inmaduro, desinhibido e impulsivo, hasta tocar o husmear compulsivamente. No hay una línea que permita distinguir claramente entre estas conductas disruptivas y los tics complejos por un lado, y las condiciones comorbidas de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo por otro. De igual modo, se ha visto que los niños que los niños que padecen autismo u otro trastorno generalizado del desarrollo tienen un mayor riesgo de desarrollar un Síndrome de Gilles de la Tourette (Baron-Cohen y col., 1999).

La clínica aporta experiencia acerca de las dificultades por parte de algunos niños con Síndrome de Gilles de la Tourette en el área de las Habilidades Sociales, aunque tales déficit pueden ser

atribuibles tanto a los efectos estigmatizantes del propio trastorno, como a una dificultad intrínseca de los mismos pacientes o bien a causas más ligadas a la neurobiología del trastorno.

También es bien sabido que las situaciones de estrés pueden exacerbar los tics. En éste sentido cabe señalar que tales situaciones no tienen por qué ser siempre de carácter adverso. En ocasiones se puede entrar en un círculo vicioso en el que la incomprensión de la problemática por parte de padres o maestros les lleve a adoptar medidas punitivas para intentar suprimir los tics, llevando al niño a padecer mayor estrés y con él mayor severidad de los síntomas, pudiendo acarrear otras problemáticas de orden emocional o afectivo. También se ha apuntado el estrés premórbido como posible factor desencadenante en individuos con vulnerabilidad para padecer Síndrome de Gilles de la Tourette.

¿Existe algún correlato neuropsicológico?

Los estudios neuropsicológicos del Síndrome de Gilles de la Tourette se han centrado en un amplio abanico de funciones. Los déficit hallados de forma más consistente son aquellos en los que subyacen las habilidades de "integración visual-motriz" o "visual-gráfica" como en el caso de una copia precisa de modelos geométricos. Las diferencias halladas no parecen deberse al hecho de que se de TDAH o depresión en comorbilidad con el Síndrome de Gilles de la Tourette. Incluso después de controlar estadísticamente las habilidades visuo-perceptivas, la inteligencia y la motricidad fina en los estudios realizados al respecto, los niños con Síndrome de Gilles de la Tourette seguían teniendo una ejecución algo peor que los controles en las tareas viso-motoras, sugiriendo que la integración de inputs visuales y los outputs motores es un área de en la que presentan especial dificultad.

¿Cuál es el peso de la genética en los trastornos por tics?

Para calibrar la importancia de los factores genéticos en los trastornos por tics cabe remitirse a los estudios con gemelos y a los estudios de familia. Entre gemelos monozigóticos la concordancia para el Síndrome de Gilles de la Tourette es superior al 50%, mientras que para los dizigóticos se halla en un 10% . Si además, se incluyen los co-gemelos con Trastorno por Tics Motores Crónicos, tales concordancias aumentan hasta un 90 y un 30% respectivamente.

Otros estudios indican que los familiares de primer grado de pacientes con Síndrome de Gilles de la Tourette están en un riesgo sustancialmente mayor de desarrollar Síndrome de Gilles de la Tourette, Trastorno por Tics Motores Crónicos o TOC que los individuos sin familiares que lo padezcan.

Estos datos ponen de manifiesto tanto el hecho de que los factores genéticos juegan un papel relevante en la etiología del Síndrome de Gilles de la Tourette y de los Trastornos por Tics Motores Crónicos.

¿Cuál es la importancia de los factores no genéticos en los trastornos por tics?

Estudios de investigación (Wolf y col., 1996) han mostrado que las diferencias en la liberación/afinidad de los receptores de dopamina D2 en el núcleo estriado se correlacionaban con el grado de diferencia en la severidad de los tics entre gemelos con Síndrome de Gilles de la Tourette, lo cual sugeriría que hay determinados factores ambientales, aún desconocidos, que mediarían en tal severidad modulando la densidad de tales receptores.

Los factores perinatales han cobrado interés en tanto que mediadores en la expresión de una vulnerabilidad genética para el Síndrome de Gilles de la Tourette y otros trastornos asociados. Pasamanick y Kawa (1956) encontraron que era 1.5 veces más probable que las madres de hijos con tics hubieran tenido complicaciones durante el parto en comparación a aquellas con hijos sin

tics. Por otra parte, el menor peso al nacer se ha apuntado como un dato diferencial del co-gemelo afectado de Síndrome de Gilles de la Tourette en relación al no afectado en gemelos monozigóticos.

¿Existen pistas acerca de porqué el Síndrome de Tourette se da más en varones?

En relación a éste dato se ha planteado la hipótesis de que se deba a una mayor exposición del SNC de los varones a niveles elevados de dihidrotestosterona y/o otros factores relativos al género. Los hallazgos que abogarían por tal hipótesis serían que: el Síndrome de Gilles de la Tourette no parece ser transmitido genéticamente como un rasgo ligado al sexo; los tics suelen debutar antes de la pubertad, por lo que parecerían más cruciales los efectos hormonales durante la gestación que durante la pubertad (activación del eje hipotálamo-pituitario-gonadal). Asimismo los altos niveles de andrógenos exógenos pueden inducir a una exacerbación de la sintomatología ticsosa y por otro lado, algunos pacientes con Síndrome de Gilles de la Tourette responden positivamente a los tratamientos cuyo mecanismo de acción pasa por el bloqueo de los receptores androgénicos.

¿Qué estructuras neuroanatómicas están implicadas?

Hay datos provenientes de estudios de neuroimagen, neuropatológicos y neurofisiológicos que parecen implicar los circuitos córtico-estriado-talamo-corticales en el Síndrome de Gilles de la Tourette. Por ejemplo, estudios basados en resonancia magnética funcional (RMF) revelan la existencia de patrones alterados de activación y/o desactivación en el córtex prefrontal, los cuales podrían influir en la disminución o aumento de los tics (Peterson y col., 1998b). Desde el punto de vista neuropatológico, Laplane y sus colaboradores, en dos estudios de caso único, hallaron lesiones en los ganglios basales asociadas a tics y sintomatología obsesivo-compulsiva.

¿Qué papel juega la dopamina en los trastornos por tics?

Algunos autores como Devinsky (1983) han apuntado que el Síndrome de Gilles de la Tourette consistiría en una alteración de la función dopaminérgica a nivel del cerebro medio.

El hecho de que en algunos ensayos clínicos el haloperidol y otros neurolépticos que actúan bloqueando especialmente los receptores dopaminérgicos tipo D2 se hayan revelado efectivos para la supresión parcial de los tics en pacientes con Síndrome de Gilles de la Tourette parece indicar la implicación de éste sistema.

Además, se ha visto que a menudo los tics se han visto exacerbados después de la toma de agentes que potencian la actividad dopaminérgica central, caso de la L-Dopa y los psicoestimulantes como la cocaína.

Los resultados de algunos estudios tanto postmortem como in vivo parecerían sugerir que la severidad de los tics pudiera explicarse en parte en términos de densidad de los receptores D2 en detrimento de los D1 y/o de una hiperinervación dopaminérgica del estriado.

¿De qué otros trastornos cabe diferenciar los tics motores simples?

Cabe diferenciarlos de varios movimientos hiperquinéticos como las mioclonias, el temblor, la corea, la atetosis, las distonías, la acatísia, las discinesias paroxísticas, los movimientos balísticos y la hiperexpléxia. Algunos de éstos pueden estar asociados a condiciones genéticas (como la Corea de Huntington o la enfermedad de Wilson), lesiones estructurales (del núcleo subtalámico contralateral, por ejemplo, el cual da lugar al hemibalismo), procesos autoinmunes postinfecciosos (como la Corea de Sydenham), inestabilidad funcional ideopática de los circuitos neuronales

(como en la epilepsia mioclónica) y tratamientos farmacológicos (como la acatísia aguda y las distonías secundarias a la toma de agentes neurolépticos).

¿De qué otros trastornos cabe diferenciar los tics motores complejos?

Estos pueden confundirse con otros comportamientos repetitivos complejos, tales como las estereotípias o los rituales compulsivos. El intento para diferenciarlos puede ser difícil, como en el caso de los individuos con retraso o habilidades verbales deficitarias.

Por otra parte, los tics fónicos pueden resultar de gran utilidad en el diagnóstico diferencial, ya que raramente se dan en otros síndromes. La enfermedad de Huntington puede estar asociada a inspiraciones y sonidos breves, así como la enfermedad de Parkinson a los gemidos involuntarios. Cabe distinguir los tics fónicos complejos, por ejemplo, de la coprolalia voluntaria.

¿Qué es lo esencial para el diagnóstico diferencial de los trastornos por tics?

La distinción de los trastornos por tics con respecto a las condiciones presentadas se llevará a cabo básicamente en el terreno clínico y se basará en la anamnesis, la historia familiar, la historia natural del propio trastorno, la observación y el examen neurológico. Ocasionalmente, se pueden utilizar tests complementarios que ayuden en la tarea de establecer un diagnóstico claro

¿Qué es lo más importante una vez establecido el diagnóstico de un trastorno por tics?

La valoración debe ser integral en el sentido que debe abordar el problema desde todas sus dimensiones, sobretodo en síndromes tan severos como es el caso del Síndrome de Gilles de la Tourette. Así pues, la evaluación debe ir dirigida a la determinación del nivel de funcionamiento adaptativo del afectado y la identificación de las áreas deficitarias. Esto comprende el sondeo de la fuerza o debilidad del afectado y de su familia para sobrellevar la problemática, la valoración de la presencia comórbida de trastornos físicos, mentales, comportamentales o del desarrollo (y la toma de medicación para los mismos), de la calidad de las relaciones con la familia y sus iguales, del rendimiento escolar y/o laboral y de la historia de eventos vitales estresantes.

¿En qué consiste el tratamiento de los trastornos por tics?

Normalmente los trastornos por tics son crónicos. En base al enfoque holístico apuntado en relación a la evaluación cabe concebir el tratamiento también en un sentido global. Desde éste punto de vista, los mejores tratamientos serán aquellos que cuenten con aspectos educativos, intervenciones de apoyo y agentes psicofarmacológicos.

¿Qué aspectos se incluyen en las intervenciones educativas y de apoyo?

La intervención educativa y de apoyo es importante para mitigar los efectos psicológicos colaterales del trastorno, sobretodo en lo referido a autoestima, aceptación social, habilidades sociales, etc.

La familia y resto de allegados del paciente necesitan información respecto a la naturaleza de los tics, ya que a menudo les atribuyen carácter de voluntarios y creen que obedecen a la pretensión de provocar, por lo que adoptan estrategias inadecuadas consistentes muchas veces en sanciones y reprobaciones. Por otro lado, la familia encuentra reconfortante la información relativa a la historia natural del trastorno en cuanto al hecho de que tiende a mejorar con la edad, a excepción de casos extremos como los del Síndrome de Gilles de la Tourette. A menudo los efectos estigmatizantes del trastorno se deben a una concepción del mismo como puramente mental por parte de los no profesionales. Así, informar acerca de su vulnerabilidad neurobiológica

y de la importancia de los factores ambientales como posibles desencadenantes y/o moduladores resulta igualmente útil para los familiares.

El contexto del aula, tan importante para el niño, debe también ser objeto de intervención para proporcionarle un ambiente adaptativo y seguro. Educando a los educadores en el mismo sentido que a los familiares se contribuye a ello.

¿En qué casos debemos iniciar un tratamiento farmacológico?

La terapia farmacológica estará indicada según la presentación y severidad de cada caso. Normalmente los tics motores crónicos no requieren este tipo de intervención. Aun siendo el Síndrome de Gilles de la Tourette el trastorno por tics más severo algunos casos pueden ser conducidos con éxito sin el uso de medicación. En el caso de que el trastorno por tics se de comórbidamente con TDAH, TOC, depresión o Trastorno bipolar será aconsejable tratar primero éstos trastornos, dado que su mejora puede conllevar la mejora de la sintomatología ticsa.

¿Cuáles son las medicaciones de uso más habitual en el tratamiento de los trastornos por tics?

Los antagonistas de los receptores dopaminérgicos D2 son los que más eficacia a corto término han demostrado tener. De todos modos, los efectos a más largo plazo son más dudosos o cuestionables. Entre los de uso más común están el haloperidol, la pimocida y la flufenacina.

¿Cuáles son las dosis recomendadas para el tratamiento con éstos fármacos? ¿Existen posibles efectos secundarios?

Normalmente el inicio del tratamiento es a base de dosis bajas tomadas antes de dormir (0.25 mg de haloperidol o 1 mg de pimocida). En caso de que el tic permanezca en grado severo, pueden añadirse incrementos (0.5 mg de haloperidol o 1 mg de pimocida) a intervalos de siete a catorce días. Para conseguir un control adecuado de los tics, a menudo basta con administraciones de 0.5 a 6 mg de haloperidol o de 1 a 10mg de pimocida por día durante un periodo de tiempo de entre cuatro y ocho semanas.

Como efectos secundarios más frecuentes se dan: discinesia tardía, reacciones distónicas agudas, sedación, depresión, fobia social o escolar y aumento de peso. Empezar el tratamiento con dosis bajas y ajustándolas progresiva y lentamente puede evitar la aparición de los efectos no deseados. Por otro lado, cabe mencionar que la pretensión de irradiar los tics por completo puede conllevar una sobremedicación.

¿Qué neurolépticos atípicos se están utilizando en el tratamiento por tics?

Son de uso más reciente. Entre ellos cabe destacar la risperidona, la ciprasidona y la olanzapina. Su mecanismo de acción consiste en bloquear los receptores serotoninérgicos 5-HT₂. En cuanto a la risperidona, cabe mencionar la sedación y el incremento de peso sus principales efectos secundarios. En cambio, la ciprasidona parece no tener tantos efectos secundarios, aunque su eficacia no ha sido suficientemente probada.

¿Qué se sabe de la clonidina en relación al tratamiento de los tics?

Su mecanismo de acción consiste en potenciar el efecto de los receptores α_2 y se cree que reduce la actividad noradrenérgica central. Los ensayos clínicos al respecto indican entre un 25 y un 35% de los pacientes ven reducidos sus síntomas (en mayor proporción los tics motores que los fónicos) a la mitad en un periodo que puede oscilar entre las ocho y las doce semanas. La

dosis de inicio habitual es 0.05 mg por la mañana o por la noche. Semanalmente se pueden añadir incrementos de 0.05 mg, sin superar una dosis total de 0.25 mg

En comparación a otros fármacos como el haloperidol o la pimocida, la clonidina es menos efectiva para la supresión inmediata de los tics, pero presenta como ventaja una mayor seguridad. La sedación suele ser el principal efecto secundario asociado a su uso, pero no suele darse en un porcentaje de pacientes superior al 20% y además, suele decrecer su efecto con su uso continuado. También puede conllevar sequedad de boca, hipotensión transitoria y episodios de empeoramiento de la conducta. La retirada de ésta medicación debe ser gradual, al existir riesgo de alteración de la tensión arterial.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Bados, A. Los tics y sus trastornos: Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.1995.
- Gilles del Tourette's Síndrome en Childhood: A Guide for School Professionals, Walter, Abbe L. Cárter, Alice S. School Psychology Review, Vol. 26, p.28-46, 1997.
- Ladouceur, R. Tics. En R. Ladouceur, O. Fontaine y J. Cottraux (Eds.) Terapia Cognitiva y Comportamental (pp 93-97). Ed. Masson S.A. Barcelona.1999.
- Micheli, F., Fernández, M. Fundamentos de Neurología. El Ateneo. Buenos Aires. 1992.
- Micheli, F. Fernández Alvarez E. Schteinschnaider A. Vivir con tics. Edit. Panamericana. Buenos Aires. 2002
- Ollendick, D.G. Tics y trastorno de Tourette. En T.H. Ollendick & M. Hersen, (Eds) Psicopatología Infantil (pp. 322-333). Martínez Roca. Barcelona. 1993.