

TRASTORNOS DE TICS

DEFINICIÓN / CONCEPTO

Un tic se define como un movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado, habitualmente breve (menos de un segundo) y con tendencia a presentarse en salvas, con breves intervalos entre los tics. Se produce de forma involuntaria y sin finalidad aparente (salvo calmar la sensación de necesidad imperiosa de realizarlo que siente el sujeto). Pueden suprimirse periodos de tiempo cortos, tienen síntomas premonitorios y son variables (en localización, intensidad, duración, frecuencia, complejidad). Pueden ser simples o complejos (según afecten a uno o varios grupos musculares) y motores o vocales-fonatorios.

Se distinguen varios tipos de trastornos de tics:

- **trastorno de tics transitorios:** duración mayor de 4 semanas y máxima de 1 año; suelen ser tics motores de cabeza, cuello o miembros superiores, y a veces por su corta duración no llegan a diagnosticarse o se hace retrospectivamente.
- **trastorno de tics crónicos:** duración mayor de 1 año, con agravamientos en periodos de estrés o fatiga, y en general más raro el trastorno de tics vocales que el de tics motores crónicos.
- **síndrome de Gilles de la Tourette (SGT):** asociación de tics motores múltiples y tics vocales que pueden estar presentes simultáneamente o en diferentes periodos evolutivos del trastorno. Frecuente progresión rostro-caudal (comienzo de los tics en cabeza y posteriormente aparición de tics en cuello, hombros, brazos, tórax) y aparición de los primeros tics vocales 1-2 años después de los motores.

Etiológicamente, las teorías de origen psicoanalítico han perdido credibilidad dado su mínimo éxito en el tratamiento de los tics, y las conductuales han servido sobre todo para explicar los tics más simples. En cambio, han ganado terreno las teorías de tipo biológico, entendiéndose hoy día estos trastornos como interacción entre factores genéticos y ambientales.

Los factores genéticos tienen un peso aceptado, dada la concordancia para SGT entre gemelos monocigotos del 50% (frente a 10% en dicigotos), y al aumentar

las cifras al añadir los tics crónicos (90% y 30% respectivamente). Se sospecha una herencia autosómica dominante, sin identificar aún el gen responsable.

Las estructuras afectadas en estos trastornos son los ganglios basales (estriado, pálido) y las vías dopaminérgicas que enlazan tálamo con corteza prefrontal y límbica. Por último, el estrés (vías noradrenérgicas) se ha invocado como desencadenante en sujetos vulnerables, así como factor de mantenimiento y/o agravamiento en casos en que el entorno del paciente margina o castiga a éste por los tics.

El pronóstico de los tics en general es bueno: el trastorno de tics crónicos suele mejorar a la edad de 10-15 años, y el SGT al inicio de la vida adulta (haciéndose muy raros o incluso nulos los tics vocales y reduciéndose mucho la frecuencia y número de los tics motores, y pudiendo incluso haber remisiones completas del SGT). Los adultos que continúan con tics suelen corresponder a los casos más graves. El peor pronóstico se asocia a comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, enfermedades físicas crónicas, ambiente familiar inestable o punitivo y consumo de drogas estimulantes como cocaína.

Las complicaciones potenciales son: TOC, trastornos de personalidad secundarias al mal manejo del trastorno por parte del entorno, y lesiones físicas autoinfligidas en el transcurso del tic.

EPIDEMIOLOGÍA

Los tics transitorios son frecuentes en niños, con 12-24% de incidencia en la población general, siendo mayor en varones, con ratio 1,6:1 hasta 3:1.

Los trastornos de tics crónicos (incluido SGT) aparecen en 1-2% de la población general, variando la prevalencia entre 1-12%. Esta amplia variación tiene que ver con el curso fluctuante (de exacerbaciones y remisiones aparentes) de estos trastornos, y el tipo de población estudiada. Por ejemplo, se sabe que las tasas mayores se dan en niños de 7-11 años, sobre todo varones y residentes en ciudades, con un predominio en población de origen europeo y oriental.

El SGT tiene una prevalencia de 4-5/10.000, aunque un estudio con personal entrenado en estos trastornos y sobre niños de 13-14 años encontró cifras cercanas a 300 casos por 10.000 alumnos, lo que hace suponer que los casos más leves pasan desapercibidos.

POBLACIÓN Y EDADES DE RIESGO- DIANAS

El trastorno de tics transitorios es más frecuente en varones y la edad típica de presentación son los 3-8 años.

El trastorno de tics crónicos (incluido SGT) puede verse con frecuencia en pacientes con otros problemas psiquiátricos, como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y aunque suele verse en niños de 6-15 años (sobre todo varones), puede verse también, con menor prevalencia y gravedad, en adolescentes y adultos.

Se ha visto que 38% de niños con tics transitorios tenían padres con tics (rango de prevalencia de 36-40,5%).

NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS

En la CIE-10 los trastornos de tics son un capítulo aparte dentro de los trastornos de las emociones y la conducta de inicio habitual en la infancia y adolescencia. La CIE-10 distingue los tics transitorios (de duración máxima 12 meses), los crónicos (de duración superior a 12 meses, sean simples o complejos, motores o fonatorios) y el SGT (combinación de tics motores y fonatorios en el mismo sujeto aunque no necesariamente en el mismo momento de la enfermedad). Asimismo establece dos categorías residuales para otros trastornos de tics y para trastornos de tics sin especificar (que según el DSM-IV incluiría, por ejemplo, los tics de menos de 4 semanas o los de inicio en mayores de 18 años).

El DSM-IV requiere que para diagnosticar SGT o tics motores crónicos no haya periodos libres de tics mayores de 3 meses y que la duración mínima del trastorno de tics transitorios sea de 4 semanas (máximo 12 meses).

TABLA 1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETECCIÓN / DERIVACIÓN

Tradicionalmente se distingue entre tics simples y complejos según el movimiento involucre a uno o varios grupos musculares al tiempo.

- Los tics más frecuentes son motores. Entre los **tics motores** simples están: parpadeo o guiño de ojos, muecas faciales, sacudidas del cuello y encogimiento de hombros. Los tics motores complejos pueden consistir en gestos faciales complejos, conductas de cuidado personal (tocarse el pelo, alisarse la ropa), saltos, tocamientos, gestos obscenos (que se denominan copropraxia) o autoagresiones.
- Los **tics vocales o fonatorios** también pueden ser simples (tos, carraspeo, ruidos guturales, inspiraciones nasales ruidosas, siseos) y más raramente complejos: palabras o frases repetidas fuera de contexto, cambios bruscos y acusados en el volumen o ritmo del discurso, coprolalia (uso de palabras inapropiadas socialmente), palilalia (repetir los propios sonidos o palabras) y ecolalia (repetición de sonidos, palabras o frases acabados de oír).

Deben ser atendidos clínicamente según su duración, número, frecuencia, intensidad e interferencia en la vida diaria del sujeto.

TABLA 2. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

- Para la evaluación del trastorno de tics lo más importante es la observación de los movimientos anormales para describir su localización, frecuencia, intensidad y variabilidad con el tiempo, así como recoger historia familiar de tics. También se usan una serie de instrumentos para valorar la gravedad y los cambios en el tratamiento, como pueden ser la escala de Yale-Brown de Gravedad Global de Tics (YBGSS), la de Hopkins de Tics Motores y Vocales (HMTVS), valoradas ambas por el clínico, y la escala Tourette Syndrome Symptom List (TSSL), que puede ser usada por maestros y padres.
- También pueden usarse grabaciones en video para valorar mejor la gravedad de los tics y poder después medir el cambio terapéutico.
- En caso de sospecharse comorbilidad con otros trastornos pueden usarse escalas específicas para valorar gravedad y/o cambio en estos trastornos, como escalas de depresión o de TDAH.
- Hay que medir también el nivel de funcionamiento del sujeto para identificar áreas problemáticas (en relaciones con iguales o familiares, en el funcionamiento escolar o laboral), así como el impacto de los sucesos vitales estresantes.
- Hay que centrarse en el curso de la patología de cada individuo en concreto y no solamente en los síntomas del momento concreto de la evaluación.
- Conviene explorar si toma alguna medicación que puede provocar los tics o interferir en su mejoría terapéutica, así como conocer ensayos previos con fármacos que haya intentado para el tratamiento de los tics.

TABLA 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los tics simples motores deben distinguirse de patología neurológica como mioclono (epiléptico o no), temblor, corea (p. ej. Huntington), atetosis, distonías, acatisia, discinesias paroxísticas, balismo y hemibalismo. Debe descartarse también enfermedad de Wilson, donde los tics son sólo uno de los síntomas. La distinción se basa en la anamnesis de la historia natural y la exploración neurológica siendo infrecuente la necesidad de pruebas complementarias (EEG, TAC o RMN craneal, hemograma, perfil hepático, etc.).

Los tics motores complejos pueden también confundirse con estereotipias o rituales compulsivos, por ejemplo en psicosis hebefrénicas o en retrasos mentales importantes.

Los tics vocales deben diferenciarse de las vocalizaciones del corea de Huntington o de la coprolalia voluntaria.

Al menos 50% de pacientes con SGT tienen pródromos compatibles con TDAH: falta de atención y excesiva inquietud, si bien no siempre se trata de comorbilidad auténtica.

Alrededor de 40% de pacientes con SGT de más de 10 años de evolución presentan síntomas de TOC. En general se cree que los casos que asocian ambos trastornos son de base genética o PANDAS, y son una forma más grave.

También el SGT se ha asociado a trastorno de conducta, trastorno afectivo, trastorno de ansiedad, bajo rendimiento escolar y problemas visoespaciales con capacidades verbales adecuadas.

Es frecuente la aparición en SGT de problemas de aprendizaje, en concreto en aritmética e integración visual motora, asociados a la presencia de TDAH, lo cual condiciona con frecuencia fracaso escolar.

Asimismo hay que diferenciar si es un trastorno independiente o es un síntoma más de un trastorno generalizado del desarrollo (TGD), trastorno que tiene mayor riesgo de presentar trastornos de tics.

TABLA 4. ALGORITMO TERAPÉUTICO

A. Educación del paciente y su familia sobre: etiología, historia natural, gravedad del caso concreto, alternativas de tratamiento. Reduce la ansiedad y afianza la relación terapéutica (esencial en casos refractarios o en fases de empeoramiento).

B. Educación sobre tics en general y sobre el caso concreto, al profesorado, y al resto de alumnos para normalizar las relaciones con iguales. En casos con TDAH, reforzar la permanencia en la actividad, y en los tics graves: flexibilizar programas (p. ej. tiempo extra para consultar fuera de las clases o para examinarse).

C. En cuanto al tratamiento farmacológico, se usará a la menor dosis posible, con escalada gradual de dosis para instaurarlo y usando dosis suficientes durante un tiempo adecuado, evitando la polifarmacia. Los fármacos más usados son:

1.- Agonistas alfa-2 como clonidina 0,1-0,3 mg/día o guanfacina 0,5-2,5 mg/día.

Mantener mínimo 12 semanas, sedan en 10-20% de casos (disminuye en el uso continuado)

2.- Bloqueantes dopaminérgicos: los más usados haloperidol y pimozide, eficaces en 80% casos, a dosis de 0,5-6 mg/día y 1-8 mg/día respectivamente. Efectos adversos casi en 50% de casos (SEP, sedación, acatisia, distonía, discinesias tardías, cambios endocrinos). Risperidona (0,5-2,5 mg/día) durante un mínimo de 4 semanas, mostró buena eficacia y tolerancia. También se publicó eficacia en series de casos con olanzapina, quetiapina, amisulpiride, ziprasidona.

3.- Benzodiacepinas: clonacepam, a dosis 1-4 mg/día, pero puede sedar afectando el rendimiento escolar (sólo usar en casos refractarios).

4.- Antagonistas de opiáceos: hay publicados buenos resultados en casos esporádicos y algún ensayo con naltrexona, si bien se usan menos.

En caso de TOC comórbido: clomipramina 50-250 mg/día, paroxetina 20-60, fluoxetina 5-80, sertralina 25-200... mejoran el TOC con poco efecto en los tics.

En los sujetos con tics y TDAH comórbido, se describió inicialmente empeoramiento (o desencadenamiento) de tics con metilfenidato, proponiéndose entonces otras opciones: alfa2 agonistas a dosis usuales, o bien tricíclicos (en cuyo caso hay que monitorizar tensión arterial o arritmias). Actualmente se ha visto que este efecto sólo sucede en una minoría de pacientes, y que puede usarse metilfenidato como norma general en estos sujetos con tics y TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
- Caine ED, McBride MC, Chiverton P et al. Tourette's syndrome in Monroe County School children. *Neurology* 1988; 38: 472-5.
- Castellanos FX, Acosta MT. Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Rev Neurol* 2004; 38 (supl. 1): S124-S130.
- De Lucas Taracena MT, Montañés Rada F. El uso de los nuevos antipsicóticos atípicos en el síndrome de Gilles de la Tourette. *Anales de Psiquiatría* 2005; 21 (7): 331-9.
- Frankel M, Cummings J, Robertson MM et al. Obsessions and compulsions in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology* 1986; 36: 378-82.
- Gutiérrez Casares JR, Busto Arenas J, Galán Moreno F y cols. Derivaciones psiquiátricas infanto-juveniles a una unidad de salud mental (N= 1139). Muestra general. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 1993; 4: 208-15.
- Leckman JF, Hardin MT, Riddle MA et al. Clonidine treatment of Gilles de la Tourette's syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 324-8.
- Leckman JF, Peterson BS, Anderson GM et al. Pathogenesis of Tourette's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 119-42.
- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT et al. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 566-73.
- Mason A, Banerjee S, Eapen V et al. The prevalence of Tourette syndrome in a mainstream school population. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40: 92-296.
- Shapiro A, Shapiro E. An update on Tourette syndrome. *Am J Psychotherapy* 1982; 36: 379-90.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1.- Cohen DJ, Bruun RD, Leckman JF (eds): Tourette's syndrome and tic disorders. New York, Wiley, 1988.

Libro monográfico muy recomendable, en especial los capítulos sobre epidemiología (Zahner GEP, Club MM, Leckman JF et al. The epidemiology of Tourette's syndrome, pp. 79-90), sobre repercusión familiar de los trastornos de tics (Cohen DJ, Ort SI, Leckman JF et al. Family functioning and Tourette's syndrome. pp.179-96), o sobre clínica del SGT (Bruun RD. The natural history of Tourette's syndrome. pp. 21-39).

2.- Gálvez Borrero I. Trastornos de tics. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente; Madrid, Smith-Kline-Beecham, 2000; pp. 497-525.

Este texto español es una revisión bastante actualizada de clínica, epidemiología y tratamiento de los trastornos de tics.

3.- Leckman JF, Peterson BS, Cohen DJ. Tic disorders. En: Lewis M (ed.). Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook (3ª edición). Lippincott, Williams y Wilkins, Philadelphia, 2002; pp. 734-744.

Capítulo donde se resumen los principales conocimientos sobre SGT y otros trastornos de tics, realizado por los autores más reconocidos en estas patologías.

4.- Pauls D, Leckman J, Cohen D. Familial relationship between Gilles de la Tourette's syndrome, attention déficit disorder, learning disabilities, speech disorders, and stuttering. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 1044-50.

Este trabajo revisa las relaciones de comorbilidad y agregación familiar entre los trastornos de tics y diferentes trastornos mentales y neurológicos.