

Tics

Emilio Fernández-Álvarez

Hospital Sant Joan de Déu. Servicio de Neuropediatría, Barcelona

CONCEPTO

Los tics son movimientos estereotipados, involuntarios, inoportunos, no propositivos, absurdos, irresistibles, de los músculos esqueléticos o faringo-laríngeos. Estos últimos son los responsables de la emisión de sonidos o ruidos.

Su carácter involuntario no es total. Los pacientes pueden ejercer algún tipo de control sobre el movimiento. Generalmente el paciente los vive como una pulsión cuya ejecución produce sentimiento de paz.

En el niño los tics son polimorfos (adoptan muchas formas) y proteomorfos (cambian de forma) y a lo largo de su evolución varían en su localización como en su intensidad. Pueden ser divididos en:

- a) *tic motor simple*, que implica un solo músculo o un grupo muscular.
- b) *tic motor complejo*, que provoca un movimiento elaborado implicando varios grupos musculares.
- c) *tic fónico*, cuando se expresa con vocalizaciones, ruidos simples o, incluso, lenguaje articulado (ecolalia, palilalia o coprolalia).

ETIOPATOGENIA

Los tics pueden ser *primarios* o ir asociados (raramente en el niño) a otras enfermedades (por ej neuroacantocitosis) o ser favorecidos

por medicamentos. En estos últimos casos se les denomina *tics secundarios o touretismo*.

Los tics son expresión de un trastorno orgánico aunque factores emocionales puedan jugar un papel en su expresión. La etiología de los tics primarios es desconocida. Hay consenso acerca de que los factores genéticos juegan un papel importante. Se postulan, bien una herencia autosómica dominante con variable expresividad, bien una herencia multifactorial. Hasta el momento de escribir esta nota no se ha identificado el o los genes implicados.

Es motivo de debate si algunos de los tics considerados como primarios sean causados por infección estreptocócica dentro del grupo heterogéneo de trastornos denominado PANDAS (*paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection*).

En todo caso los tics serían efecto de un desequilibrio de neurotransmisores en el que jugaría un papel importante la hiperactividad dopaminérgica.

CLÍNICA

- Son el trastorno del movimiento más frecuente en el niño. En niños de 6 a 11 años se calcula una prevalencia entre el 3-6 por ciento.
- Predominio en el sexo masculino (3:1).

- Edad de inicio generalmente entre 5 y 10 años. 99% de los casos antes de los 15 años. Aunque muy raros, hay casos comunicados con inicio tan precoz como 1 año de vida.

Trastornos asociados

Son múltiples. Los mas frecuentes:

- trastorno por déficit de atención e hiperactividad (50-60%).
- trastorno obsesivo-compulsivo (26-67%).

Criterios para clasificación de los tics primarios (basado en el DSM IV-TR)

Criterios comunes:

- Los tics ocurren muchas veces al día (usualmente en brotes) casi cada día.
- Comienzo antes de los 18 años.
- El trastorno causa un disturbio acusado o repercute significativamente en la vida social, ocupacional, u otras áreas importantes de su actividad.
- El trastorno no es debido al efecto directo de una substancia o una enfermedad.

Enfermedad de Tourette:

- Múltiples tics motores y uno o más tics vocales durante la enfermedad, aunque no necesariamente concurrentes
- Durante mas de 1 año, periodo a lo largo del cual no hay más de 3 meses consecutivos sin tics.

Tics crónicos:

- Tic motor o vocal (pero no ambos) únicos o múltiples.
- Durante mas de 1 año, periodo a lo largo del cual no hay más de 3 meses consecutivos sin tics.

Tics transitorios:

- Tics motores y/o vocales únicos o múltiples
- Durante al menos 4 semanas pero menos de 12 meses consecutivos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dada su elevada prevalencia los tics deberán sospecharse en todo niño que entre los 5-10 años inicie movimientos involuntarios como único síntoma. Tomado un tic como fenómeno aislado puede confundirse con un movimiento coréico, distónico o mioclónico. Por eso deben ser interpretados con una visión espacial y temporal además de valorar cómo los vive el paciente. Importante para el diagnóstico diferencial de otros movimientos anormales *es que el tic es el único movimiento anormal que el paciente puede reproducir voluntariamente*. Otro dato es que no causan trastorno funcional (no perturban la escritura, no causan problemas de deglución etc.).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

No están indicadas más que cuando hay dudas diagnosticas razonables.

EVOLUCIÓN

Por definición los tics transitorios desaparecen espontáneamente antes de un año. Los tics crónicos y la enfermedad de Tourette desaparecen espontáneamente, en un 70 % de los casos antes de los 17 años de edad. En los tics crónicos y en la enfermedad de Tourette los pacientes presentan constantes variaciones en tipo, localización e intensidad de los tics ('los tics van y vienen').

TRATAMIENTO

No hay tratamiento causal. El manejo de los tics no consiste en la simple administración de fármacos. Una correcta información de las peculiaridades del proceso (no siempre puede considerarse una enfermedad) y valoración de los trastornos asociados son esenciales.

En los casos leves la información y el seguimiento evolutivo puede ser suficiente.

El tratamiento farmacológico debe reservarse (hay que considerar antes el beneficio del niño que las demandas de los familiares) a los casos en los que los tics crean problemas moderados o graves en el niño o en el entorno escolar (lo que ocurre mas frecuentemente con los tics fónicos). Tratamiento prolongado con *pimozide (Orap)* (dosis: de 1 mg/día hasta 8 mg/día) o *clonidina (Catapresan)* (de 0,05 a 0,3 mg/día por la mañana antes de ir al colegio) son recomendables en las formas moderadas. Aunque el riesgo de efectos sobre la conducción cardiaca es muy bajo, un ECG debe preceder su administración.

En las formas graves risperidona (Risperdal) a dosis de 0,5-3 mg/día (efectos secundarios: aumento peso, sedación) o aripipazol (Abilify) a dosis entre 2.5-10 mg/día pueden ser beneficiosas

En condicones de descompensación grave el medicamento mas efectivo es haloperidol, cuya dosificación es individual. Se recomienda iniciar el tratamiento con 0.25 mg/día, incrementandose 0,25-0,5 mg/día cada semana según beneficio y tolerancia hasta un máximo de 3 mg/día. Debe administrarse en una sola dosis diaria al acostarse.

Los trastornos asociados (defecto de atención con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo principalmente) deben ser identificados y tratados puesto que frecuentement tie-

nen peores consecuencias que los mismos tics.

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES

Los familiares (y el propio paciente según su edad) deben ser claramente informados de los siguientes aspectos:

- 1- que el trastorno no pone en peligro la vida y que en un % de los casos crónicos o Tourette son autolimitados.
- 2- que la base del trastorno no es psicológica, aunque la tensión, ansiedad etc. puedan tener una influencia.
- 3- que el tratamiento farmacológico es puramente sintomático y por lo tanto debe usarse sólo cuando la intensidad de los síntomas lo justifican.
- 4- que los tics son involuntarios y los padres, hermanos, maestros etc. deben aceptar el trastorno del niño.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental diseases. DSM IV-TR (4ª edición-texto revisado). Washington DC: Amer Psych Ass Press 2000. Traducción española: Barcelona: Masson, 2002.

Bruun RD, Budman CL Risperidone as a treatment for Tourette's syndrome J Clin Psychiatry 1996; 57: 29-31.

Carter AS, O'Donnell DA, Schultz RT, Scahill L, Leckman JF, Pauls DL Social and emotional adjustment in children affected with Gilles de la Tourette's syndrome: Associations with ADHD and family functioning J Child Psychol Psychiat 2000; 41: 215-223.

