

**P. R. García Ramos (1), N. Freund Llovera (1),
A. Pelaz Antolín (2), S. De Cruylles de Peratallada
Jaumandreu (3)**

(1) Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

(2) Psiquiatra Infantil del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares, Madrid.

(3) Psicólogo Clínico Infantil del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia:

Antonio Pelaz Antolín

Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento
"Francisco Díaz". Centro de Salud Mental.

C/ Octavio Paz s/n

28806 Alcalá de Henares. Madrid. España

Mail: apelaz@gmail.com

*Trastorno obsesivo
compulsivo en un niño en
estudio por estreñimiento:
un caso clínico*

*Obsessive compulsive
disorder in a child being
studied for constipation:
case report*

RESUMEN

El estreñimiento es una enfermedad frecuente en la infancia cuya etiología, transcurrido el período neonatal, suele ser funcional. Presentamos el caso de un niño de siete años en estudio por estreñimiento crónico y sospecha de Enfermedad de Hirschsprung que es derivado por su pediatra a Salud Mental al presentar ideas obsesivas. En la evaluación clínica se objetiva el paralelismo existente entre ambos trastornos, intuyéndose un probable origen común. Con el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo tiene lugar una gran mejoría psicopatológica y desaparece el estreñimiento. En la población pediátrica, muchos síntomas físicos pueden tener un trasfondo psicológico, por lo que es imprescindible llevar a cabo una profunda exploración que permita esclarecer el diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE

Niños, trastorno obsesivo compulsivo, estreñimiento.

ABSTRACT

Constipation is a common disease whose etiology in children, after the neonatal period, is psychological usually. We report the case of a 7-years-old boy studied for chronic constipation and a suspected Hirschsprung disea-

se, who was referred by the pediatrician to Mental Health services because of his obsessive thoughts. Clinical evaluation showed a parallelism between the two disorders, guessing a common origin. A great improvement in his psychopathology arose with psychotherapy and pharmacological treatment of Obsessive Compulsive Disorder and the constipation disappeared. In pediatric population, many physical symptoms may have a psychological bias. Indeed it is necessary to carry out a deep exploration to clarify the diagnosis and perform an appropriate treatment.

KEY WORDS

Children, obsessive compulsive disorder, constipation.

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) afecta al 3% de la población, y se caracteriza por pensamientos intrusivos, perturbadores y recurrentes, clínicamente significativos (obsesiones), y por comportamientos estereotipados repetitivos, que generalmente se asocian con ansiedad o temor (compulsiones)¹. Las primeras descripciones clínicas del TOC observaron un inicio en la infancia en una proporción sustancial de los casos adultos, y en 1903 Janet describió por primera vez un caso de TOC pediátrico. Pero no fue hasta la década de los 80

cuando se identificó su alta prevalencia (entre el 2 y el 4%) en niños y adolescentes. El TOC de inicio pediátrico muestra algunas diferencias respecto al adulto: los niños y los adolescentes tiene tasas mucho más elevadas de obsesiones agresivas/lesivas que los adultos (temor a sucesos catastróficos como la muerte o la enfermedad de uno mismo o de los seres queridos), y las obsesiones religiosas están sobrerrepresentadas en los adolescentes, mientras que las sexuales están infrarrepresentadas en los niños. En cuanto a las compulsiones, acumular cosas y los rituales que incluyen a los padres (como asegurarse de que les miran) son especialmente comunes entre los niños y los adolescentes; además, presentan con mayor frecuencia compulsiones sin obsesiones. Particularmente, demuestran una escasa introspección en la naturaleza de sus obsesiones, lo que asociado a su expresión verbal limitada puede dificultar el diagnóstico². Sólo en el 15% de los sujetos pediátricos se identifican factores precipitantes claros, en comparación con el 29% de los adultos³. La edad media de inicio de los síntomas obsesivos es 10,3 años mientras que, en promedio, las compulsiones aparecen 2,5 años después. La mayoría de los estudios del TOC pediátrico muestran un discreto predominio masculino (3:2), al contrario que en los adultos, en los que hay una representación igual o un ligero predominio femenino.

Con respecto a la comorbilidad psiquiátrica, las tasas de depresión mayor son significativamente más bajas en los niños (39%), aumentando de forma marcada en los adolescentes (62%, similares a las tasas de los adultos). El Síndrome de Tourette es más frecuente en los niños, especialmente en el género masculino, así como los trastornos de conducta disruptiva en niños y adolescentes (51 y 36% para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, especialmente en el género masculino; 51 y 47% para el trastorno oposicionista desafiante). Por lo tanto, los niños que padecen TOC pueden ser impulsivos a la vez que compulsivos, una combinación muy problemática para los padres, cursando con un peor funcionamiento global y precisando, frecuentemente, tratamientos independientes. Los trastornos de ansiedad no TOC son altamente prevalentes en todos los grupos de edad, y sólo el trastorno de ansiedad por separación muestra una frecuencia significativamente más elevada en niños (56%) y en adolescentes (35%) que en adultos (17%). Como cabía esperar, los adultos tienen tasas superiores de abuso/dependencia de sustancias y de trastornos de la

alimentación comórbidos⁴.

Al igual que otros trastornos psiquiátricos, el TOC es una enfermedad compleja, y en su etiopatogenia es probable que influyan factores genéticos y ambientales¹. Los estudios familiares disponibles de niños y adolescentes encuentran que el TOC es un trastorno altamente familiar debido, en parte, a factores genéticos⁵. El inicio del trastorno en la infancia parece estar asociado con un riesgo marcadamente aumentado de transmisión familiar (especialmente en el par padre-hijo), trastornos de tics y TDAH. Históricamente se ha considerado que rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la firmeza y el orden juegan un papel importante en el desarrollo del TOC, y también se consideran como prototipo para el patrón de conducta de la personalidad obsesiva, pero, recientemente, se ha demostrado que el TOC se relaciona de forma más consistente con otros trastornos de la personalidad⁶.

En cuanto al tratamiento, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es el tratamiento inicial en los casos leves-moderados, y su combinación con medicamentos para los casos más graves, siendo esto lo más eficiente. La respuesta al tratamiento, incluyendo la especificidad serotoninérgica y la necesidad de una dosificación alta, es otro elemento compartido con el TOC de inicio adulto. La experiencia indica que la ausencia de trastornos comórbidos (especialmente tics y trastornos del comportamiento disruptivo) y una buena introspección aumentan las posibilidades de una TCC efectiva². La duración óptima del tratamiento es desconocida, recomendándose mantenerlo entre 6-12 meses después de la resolución de los síntomas o la estabilización y, posteriormente, una disminución gradual. La recaída tras la interrupción es frecuente, y se recomienda el mantenimiento del tratamiento a largo plazo después de dos o tres recaídas⁷.

Respecto al pronóstico, la tasa de remisión global es del 39% (en el 41% de los casos persiste el síndrome completo y en el resto de forma subumbral). El debut temprano, la duración del TOC, la ausencia de tics, la comorbilidad psiquiátrica y la mala respuesta inicial al tratamiento son factores de mal pronóstico. El TOC, tanto en adultos como en la infancia, ha sido asociado con un déficit funcional y una peor calidad de vida (se han descrito tasas elevadas de disfunción social, estado civil soltero y desempleo, estando los logros educativos relativamente respetados), aunque muchos jóvenes pueden adaptarse a su enfermedad y alcanzar una vida normal a pesar de estar sintomáticos^{2,6,8}.

Por otro lado, del estreñimiento pediátrico se sabe que, pasado el período neonatal, la causa más frecuente (90-95% de los casos) es la retención voluntaria de las heces en el recto, o estreñimiento funcional, debido a conflictos durante el aprendizaje del uso del inodoro. No obstante, en el diagnóstico diferencial del estreñimiento es esencial excluir la enfermedad de Hirschsprung dado el riesgo de complicaciones (proliferación bacteriana, enterocolitis y perforación intestinal). Representa el 20% de los casos de obstrucción intestinal del recién nacido, es tres veces más frecuente en los varones y puede asociarse a otras anomalías. En algunos casos, especialmente cuando el proceso afecta a un segmento corto (<5 cm), el diagnóstico pasa desapercibido hasta la niñez. La sospecha de esta enfermedad es máxima cuando hay heces palpables por todo el abdomen y el tacto rectal vacío. Finalmente, el diagnóstico de confirmación implica realizar una biopsia rectal, y el tratamiento es la extirpación quirúrgica del segmento agangliónico a través del recto⁹.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente de 7 años derivado por su pediatra a Salud Mental por ideas obsesivas.

Antecedentes Personales

Embarazo controlado, nace a los 8 meses por parto provocado (antecedente de desprendimiento de placenta en embarazo previo). Parto vaginal, no instrumental. Retención de meconio con extracción al segundo día de vida. Desarrollo psicomotor normal (control de esfínteres diurno y nocturno a los 18 meses). Lactancia materna hasta los 7 meses, alimentación adecuada. Sueño sin alteraciones. Buena adaptación socioescolar, con buen rendimiento académico. Vacunación correcta. Sin alergias medicamentosas conocidas. Sus padres le definen como un niño muy tímido, apegado, muy limpio y escrupuloso.

Presenta un estreñimiento crónico prácticamente desde el nacimiento (transcurriendo una media de 10 días entre cada defecación) junto con encopresis, requiriendo laxantes desde los 2 años de edad y enemas desde hace un año. En el momento de la derivación se encontraba en estudio especializado por sospecha de megacolon primario por Enfermedad de Hirschsprung (signos sugestivos en el enema opaco). Pendiente de colonoscopia y biopsia rectal que confirmara el diagnóstico.

Antecedentes Familiares

Madre y tía vía materna con rasgos de personalidad

obsesivos.

Exploración Psicopatológica

En la primera entrevista se objetiva el carácter apegado y ansioso del niño y, aunque durante la misma logra relajarse lo suficiente como para dibujar, no se acerca a los juguetes que se le muestran. Colaborador y abordable. Fenotipo asténico. Ideas obsesivas de contaminación y rituales de limpieza con conductas evitativas. Ansiedad generalizada con preocupaciones excesivas de temas cotidianos. Ánimo triste en algún momento de la evolución. No presenta alteraciones del curso del pensamiento. No presenta alteraciones de la sensorio-percepción. No tiene alteraciones en el sueño. No presenta ideas autolíticas.

Enfermedad Actual y Curso Clínico

A los 6 años de edad el paciente empezó a presentar temor a ensuciarse las manos y los pies, se incomodaba al acudir a lugares que consideraba poco higiénicos, como los centros comerciales, no podía caminar descalzo o en calcetines. En los tres meses previos a acudir a la cita en Salud Mental la clínica había empeorado notablemente (no soportaba rozar un coche o tocarse los pies al cambiarse los calcetines o ponerse los zapatos y si le obligaban se ponía sudoroso, alterado y empezaba a gritar), y había comenzado a lavarse compulsivamente las manos (más de 5 veces/día), todo lo cual interfería de forma significativa con su vida, pues se negaba, incluso, a acudir al colegio. Todo ello coincide con un empeoramiento claro del estreñimiento que estaba siendo motivo de estudio especializado para descartar enfermedad de Hirschsprung.

Desde el inicio se observó una relación en el curso de ambos cuadros (el estreñimiento y las obsesiones-compulsiones). Al principio, la Terapia Cognitivo-Conductual basada en exposición con prevención de respuesta logra una mejoría parcial de la clínica obsesiva y discreta del estreñimiento. Durante la evolución, el paciente presenta comorbilidad con clínica del espectro ansioso: síntomas físicos de ansiedad, autorreferencialidad, temores inespecíficos (a que le hagan daño, a morirse,...). Paralelamente, la biopsia descarta la Enfermedad de Hirschsprung, por lo que se sospecha que el estreñimiento esté siendo autoprovocado por el paciente ante su temor a ensuciarse. En este momento se decide iniciar tratamiento farmacológico (sertralina 40 mgr/día), y se logra una resolución completa del estreñimiento al mes, distanciamiento emocional de las obsesiones y consiguiente mejoría del ánimo y del funcionamiento general. Se aumenta la dosis de sertralina hasta 80 mgr/día con buena

tolerancia y respuesta clínica. Al cabo de unos meses de estabilidad se reduce la dosis, lo cual se acompaña de un empeoramiento de las obsesiones, reagudización de la ansiedad (aumento de la ingesta, aparición de placa de alopecia por tricotilomanía, preocupaciones hipocondríacas), tristeza, irritabilidad y comportamiento disruptivo ocasional con impulsividad y heteroagresividad. Se aumenta progresivamente la dosis de sertralina hasta 80 mgr/día, se añade clorazepato dipotásico pediátrico por la noche y se deriva a Psicología, objetivándose una clara y rápida mejoría. Con el transcurso del tiempo hay un empeoramiento clínico, reapareciendo las alteraciones conductuales en casa y en el colegio, tendencia a un pensamiento pesimista y cierta autorreferencialidad, con repercusión en la esfera social y académica (repite curso). Se decide aumentar de forma gradual la dosis de sertralina hasta 200 mgr/día, atendiendo a los cambios en el peso y edad del paciente. Remiten las obsesiones y rituales, produciéndose una mejoría global. Tras varios meses de estabilidad clínica se intenta una nueva disminución gradual de la dosis, apareciendo mayor ansiedad e irritabilidad y, finalmente, las obsesiones, rituales y comprobaciones. En esta ocasión, se sustituye la sertralina por fluoxetina, pues la madre refería había observado mayor ansiedad y tristeza con las dosis alcanzadas con dicha medicación. Se pauta fluoxetina hasta 40 mgr/día con mejoría evidente en un mes. Actualmente se mantiene el tratamiento farmacológico y psicológico, presentando el paciente una estabilidad psicopatológica que le permite un funcionamiento adecuado a su edad y estilo de vida.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de un varón de 7 años de edad con un trastorno obsesivo-compulsivo con ideas obsesivas caracterizadas fundamentalmente por el miedo a ensuciarse, con compulsiones de limpieza y conductas evitativas, con antecedentes familiares de personalidad con rasgos obsesivos en la madre y en una tía materna. No se identifica un factor desencadenante claro y evidente, y se acompaña en algún momento de la evolución de un trastorno de ansiedad. En principio parece un trastorno obsesivo-compulsivo clásico con una edad de inicio temprana^{2,3}, y cuya gravedad radica en las posibles complicaciones orgánicas derivadas del estreñimiento generado por dichas conductas evitativas.

Una máxima en medicina es sospechar siempre un origen común de todos los síntomas presentes en un pacien-

te, muy especialmente si éstos muestran cursos paralelos, como en el caso que nos ocupa. Conviene tener muy presente que no pocos síntomas físicos de aparente etiología orgánica pueden deberse, exclusivamente, a entidades psicológicas, y más aún en la población pediátrica, dada su limitación a la hora de analizar y expresar verbalmente sus conflictos emocionales. Y esto es importante porque las pruebas complementarias y los tratamientos que exigen los cuadros orgánicos no suelen ser livianos y, además, porque el diagnóstico precoz de las enfermedades psiquiátricas muchas veces resulta clave en el pronóstico a largo plazo.

Por ello, durante la evaluación de un caso en pediatría se debe realizar una exploración psicopatológica básica pero completa; y concretamente, si la clínica del menor sugiere la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, se debe explorar en profundidad el tiempo ocupado por los síntomas, el nivel de malestar subjetivo y sobre todo el deterioro funcional.

En el caso presentado el estreñimiento funcional tendría sus raíces en el temor obsesivo a ensuciarse. La retención voluntaria de las heces aumenta la distensión del recto, lo que disminuye la sensibilidad rectal, necesitándose cada vez una masa fecal más voluminosa para atender la necesidad de defecar. Las complicaciones de la retención de las heces podrían haber sido: la formación de fecalomas, el dolor abdominal, la encopresis por rebosamiento, fisuras anales, hemorragia rectal, e infección urinaria causada por la presión extrínseca sobre la uretra⁹.

Aunque la retención de meconio siempre debe hacer sospechar un trastorno orgánico subyacente (en este caso podría estar justificada por tratarse de un parto pretérmino), existían datos a favor de un origen psicológico: no presentaba distensión abdominal ni retraso ponderoestatural, desnutrición o anemia, y presentaba escapes fecales (encopresis), además de que el contenido del pensamiento obsesivo, un miedo irrazonable a todo acto que conllevara ensuciarse, era compatible con la retención voluntaria de las heces.

Por último, es importante destacar que aunque la biopsia rectal fue negativa, el tamaño del colon estaba tomando unas dimensiones tales que el servicio de Cirugía, con el que se mantenía una coordinación regular, se estaba planteando un abordaje quirúrgico para prevenir complicaciones. Dicha intervención quirúrgica se evitó gracias a la respuesta favorable al tratamiento psicoterapéutico y

psicofarmacológico.

CONCLUSIONES

- Ante la presencia de clínica obsesiva compulsiva en niños es importante llevar a cabo una exploración pormenorizada de todos los posibles síntomas y conductas acompañantes, ya que la escasa introspección en la naturaleza de sus obsesiones, los posibles sentimientos de vergüenza asociados y su expresión verbal limitada, pueden dificultar el diagnóstico y la comprensión global del cuadro.
- En la población pediátrica, así como en los ancianos, muchos síntomas físicos pueden tener un trasfondo psicológico, por lo que es imprescindible llevar a cabo una profunda exploración que permita esclarecer el diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O, Lange KW. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 227-35.
2. Lewin AB, Caporino N, Murphy TK, Geffken GR, Storch EA. Understudied clinical dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010; 41: 675-91.
3. Geller DA, MBBS, FRACP. Trastornos obsesivo-compulsivos y del espectro en niños y adolescents. *Psychiatr Clin N Am*. 2006; 29: 353-370.
4. Go FS, Malley EE, Birmaher B, et al. Manic behaviours associated with fluoxetine in three 12-to 18-year-olds with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1998; 8: 73-80.
5. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010; 12: 149-63.
6. Aelterman N, De Clercq B, De Bolle M, De Fruyt F. General and maladaptive personality dimensions in pediatric obsessive-compulsive symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011; 42: 24-41.
7. Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller DA. Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010; 20: 299-308.
8. Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, Mataix-Cols D. Long-term outcomes of obsessive compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2010; 197: 128-134.
9. Behrman RE, Kliegman RM. *Nelson Compendio de Pediatría*, 4ª edición. McGraw-Hill. Interamericana. 2002. capítulo 11, páginas 527-529, 543-544.