

M. Sisteré Manonelles

TOC por PANDAS

Psiquiatra. Hospital de Día Infanto-Juvenil de Sant Joan de Déu.
Hospital Santa Maria. Lleida

OCD PANDAS-related

Correspondencia:
Miguel Sisteré.
Prat de la Riba, 51, 1º, 25008 Lleida.
E-mail: msistere@comll.es

INTRODUCCIÓN

La asociación entre infección por estreptococo β -hemolítico del grupo A y una sintomatología obsesiva y/o tics en niños se ha denominado PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections*).

Los criterios para un diagnóstico de PANDAS son:

1. Presencia de TOC y/o trastorno por tics.
2. Inicio en la infancia (desde 3 años a pubertad).
3. Curso episódico (aparición, remisión gradual y reaparición brusca).
4. Presencia de infección por estreptococo \leq -hemolítico del grupo A (por cultivo faríngeo o elevación del título de anticuerpos antiestreptocócicos).
5. Presencia de signos neurológicos anormales (movimientos, hiperactividad, ...).

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años que presenta una ideación de características obsesivas en relación con el aumento de peso, manteniendo un comportamiento congruente con tal ideación de tipo compulsivo.

Antecedentes personales

Neumonía a los 4 años.
Amigdalectomía a los 5 años.
Aparición de una conducta peculiar a los 6-7 años

en que debía apretarse mucho los cordones de los zapatos y el cinturón.

Muy tímido, inseguro, algo mentiroso y agresivo.
Con dificultades para relacionarse.

Antecedentes familiares

Madre TCA, epiléptica.
Tía materna epiléptica.

Enfermedad actual

Hacía 18 meses que el paciente había empezado a mostrar unas conductas excéntricas, que fueron evolucionando y cambiando en el tiempo.

Inicialmente no quería crecer, tenía miedo de levantarse una mañana y haber dado un estirón. Más tarde se mostró con toda la intensidad el problema actual: Obsesionado por comer y beber. Quiere sentirse lleno, que le crezca la tripa, "dice". Mira las calorías de las etiquetas, buscando alimentos ricos en ellas. La elevada ingesta también afecta a líquidos, bebe una cantidad superior a 4 litros/día. El beber agua de las fuentes públicas le ha ocasionado un eczema por el roce en la boca.

Procura permanecer en reposo, para aumentar más rápido de peso, rechazando hacer deporte y cualquier actividad física intensa, por el gasto calórico que representa.

72

Tiene la necesidad imperiosa de decir palabrotas, no puede evitarlo, a continuación pide perdón. No presenta movimientos involuntarios en cara o cuello que puedan ser diagnosticados de tics.

Le cuesta estar quieto y mantener largo tiempo la atención. En clase, dicen los profesores, que se despista fácilmente.

Desde hacía unos meses en tratamiento con psicoterapia individual y en las últimas semanas se había iniciado la administración de paroxetina, sin resultado alguno.

Ante la sospecha diagnóstica de TOC tipo PANDAS, se realizó una determinación analítica obteniéndose un título de ASLO de 1037, la titulación de ASLO realizada tres años antes era de 327.

Se inició tratamiento con amoxicilina 50 mg/Kg/día, manteniéndose el tratamiento durante 21 días.

A los 10 días de tratamiento apareció una ligera mejoría, que se hizo más importante al finalizar el tratamiento antibiótico, pero al no desaparecer completamente la sintomatología obsesiva, se reanudó el tratamiento con paroxetina (30 mg/24h).

Los títulos de ASLO al mes de dejar el antibiótico fueron de 907. No se volvió a repetir la administración de amoxicilina.

Pruebas secundarias:

TAC craneal normal.

EEG "brotes theta en área temporal derecha."

Durante el seguimiento la evolución hacia la mejoría se detuvo, al permanecer durante dos meses sin modificaciones, y en base a la alteración electroencefalográfica hallada, se inició tratamiento con ácido valproico 1000 mg/24h. además de paroxetina (20 mg).

Al cabo de tres meses, el paciente empezó a experimentar una mejoría clínica significativa, demostrándose por una adecuada integración social, un aumento del rendimiento escolar y una gran disminución de la sintomatología obsesivo-compulsiva. A pesar de todo, se alternaban algunos días realmente desagradables.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de un trastorno obsesivo-compulsivo de estas características, es difícil de realizar en la clínica diaria. En nuestro caso tal vez la sintomatología obsesiva de características poco habituales, el nulo resultado a un tratamiento inicial, la existencia de un episodio similar anterior y los antecedentes psiquiátricos familiares, nos acercaron a la sospecha clínica.

Las causas de trastorno obsesivo compulsivo por estreptococo se suponen mediadas por mecanismos

autoinmunes, actuando los anticuerpos sobre los ganglios basales del SNC^{1,2}, de forma parecida a la que ocurre en la corea de Sydenham.

Se ha mencionado la mayor prevalencia de tics y TOC en distintos miembros de una familia, cuando aparece un cuadro de este tipo. En nuestro caso, la madre del paciente sufrió un TCA, estando perfectamente reseñada la obsesividad de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

El diagnóstico de estos casos es básicamente clínico, siendo la solicitud de pruebas complementarias, el apoyo necesario, pero inespecífico. En nuestro caso no se ha encontrado una patología estreptocócica reciente, pero sí existe una relación entre la amigdalectomía a los 5 años y las obsesiones aparecidas con anudarse los zapatos y apretarse el cinturón. Pensamos que entonces se puso en marcha la sensibilización del paciente tras un primer contacto con el antígeno y en la actualidad se ha manifestado la clínica por haber vuelto a tener un nuevo contacto posiblemente subclínico.

La amigdalectomía podría tener un papel en el desarrollo de esta patología, en algunos casos sería la desencadenante, como describen Aróstegui et al.³, en Anales del Sistema Sanitario de Navarra (2003), y en otros podría estar la solución⁴. En nuestro paciente, la amigdalectomía posiblemente guarda relación con la aparición de la patología obsesiva, como referencian nuestros compañeros de Navarra.

Para evaluar la posibilidad de desarrollar un TOC o tics, después de una infección estreptocócica, se podría utilizar el antígeno linfocitario BD8/17. Antígeno que se muestra positivo en la corea de Sydenham y en PANDAS más frecuentemente que en casos control, sugiriendo un mecanismo autoinmune en ambas patologías^{5,6}.

El tratamiento de los PANDAS no está claramente definido, siendo los antibióticos los fármacos que podrían ocasionar una mayor mejoría clínica^{7,8}. Otros tratamientos efectivos deberían ser los de tipo inmunológico (plasmaféresis, inmunoglobulinas)^{9,10}.

Un tratamiento con antibióticos o inmunológico, debería mejorar o hacer desaparecer la clínica de TOC, tal como publican Arostegui et al.³, pero no sucede así en todos los casos. Al igual que los pacientes presentados por Kurlan R et al.¹¹, nuestro paciente, solamente experimentó una mejoría sintomatológica después de administrar antibióticos y paroxetina.

A diferencia de otras publicaciones, el caso que presentamos sufre una alteración electroencefalográfica (ondas lentas tipo theta en área temporal derecha), sien-

do éste el motivo por el cual nos inclinamos a administrar anticomiciales. La mejoría ha sido muy importante, pero hará falta un largo seguimiento para evaluar si realmente se ha modificado el curso del paciente y no aparecen nuevos episodios obsesivos en sucesivos contactos con un estreptococo.

Al igual que Kurlan R et al.¹¹, pensamos que hacen falta más estudios para diferenciar al TOC PANDAS de un TOC común. El TOC PANDAS podría ser simplemente una sintomatología secundaria a la infección estreptocócica. La infección estreptocócica actuaría exacerbando una patología obsesivo-compulsiva ya instaurada con anterioridad o facilitando la aparición de síntomas obsesivos en pacientes con cierta fragilidad constitucional.

La no uniforme respuesta al tratamiento convencional y la clínica poco habitual de estos casos de TOC inducen a pensar en que pueden estar otras causas implicadas en la etiología de las obsesiones (¿inmunología en el TOC?), abriéndose nuevas líneas de investigación.

CONCLUSIONES

- 1^a. El TOC por PANDAS, no está claro que sea una entidad diferente. Podría entenderse como la exacerbación de una sintomatología obsesiva previa.
- 2^a. La asociación entre clínica obsesiva, ASLO elevadas y alteraciones electroencefalográficas, decantarían el tratamiento del TOC PANDAS hacia el tratamiento con antiepilépticos.
- 3^a. Para el diagnóstico de TOC PANDAS, es preciso tener en cuenta esta patología en pacientes jóvenes, realizando las oportunas determinaciones analíticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 281-283.
2. Snider L A, Swedo S E. PANDAS: Current status and directions for research. *Mol Psychiatry*. 2004 Oct; 9(10): 900-7.
3. Aróstegui S., Agüero J.A., Éscar C. PANDAS tras amigdalectomía. *Anales Sis San Navarra* v.26 n.2 Pamplona mayo-ago. 2003.
4. Orvidas LJ, Slattery MJ. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders and streptococcal infections: role of otolaryngologist. *Laryngoscope* 2001; 111: 1515-1519.
5. Murphy TK, Goodman WK, Fudge MW, Williams RC Jr, Ayoub EM, Dalal M et al. B lymphocyte antigen D8/17: a peripheral marker for childhood-onset obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 402-407.
6. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, Allen AJ, Rapoport JL, Dow SP et al. Identification of children with paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 110-112.
7. Murphy ML, Pichichero ME. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 356-361.
8. Garvey MA, Perlmutter SJ, Allen AJ, Hamburger S, Lougee L, Leonard HL et al. A pilot study of penicillin prophylaxis for neuropsychiatric exacerbations triggered by streptococcal infections. *Biol Psychiatry* 1999; 45:1564-1571.
9. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL et al. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. *Lancet* 1999;354: 1153-1158.
10. Nicolson R, Swedo SE, Lenane M, Bedwell J, Wudarsky M, Gochman P et al. An open trial of plasma exchange in childhood-onset obsessive-compulsive disorder without poststreptococcal exacerbations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39: 1313-1315.
11. Kurlan R, Kaplan E L.: The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) etiology for tics and obsessive-compulsive symptoms: hypothesis or entity? Practical considerations for the clinician. *Pediatrics*. 2004 Apr; 113 (4): 883-6.