

**C. Puig Rovira**

Dificultades diagnósticas en el  
síndrome de Gilles de la  
Tourette: estudio de tres casos

Barcelona

*Difficulties when diagnosing  
Gilles de la Tourette syndrome*

**RESUMEN**

Se exponen tres casos clínicos de Síndrome de Gilles de la Tourette. Ambos casos tienen en común la aparición de un trastorno de ansiedad previo a la aparición de los síntomas que permitieron dicho diagnóstico.

En el primer caso, un rechazo escolar, y posteriormente un trastorno obsesivo, precedieron a los síntomas de tics.

En el segundo y tercer caso, fue una fobia escolar con y sin ansiedad de separación.

Se revisan en la literatura, las formas de aparición del Síndrome de Gilles de la Tourette, confirmándose la aparición de trastornos de ansiedad precediendo a los tics simples o complejos. En tales casos el diagnóstico no es posible hasta la aparición de dicha sintomatología.

**PALABRAS CLAVE**

Gilles de la Tourette; Sintomatología de inicio;  
Trastornos de ansiedad

**ABSTRACT**

*This is a work on two clinical cases of Gilles de la Tourette Syndrome. Both cases have in common the appearance of a previous anxiety disorder to the symptoms that led us to the diagnostic.*

*In the first case, tics were preceded by, firstly, school rejection and afterwards by an Obsessive Disorder. In the second case, an hypochondriac disorder went before the tics.*

*It is confirmed the presence of Anxiety Disorders preceding both simple or complex tics when it is reviewed the bibliography on the various ways of onset of the Gilles de la Tourette Syndrome. In such cases, diagnosis can not be made until it appears such symptomatology.*

**KEY WORDS**

*Gilles de la Tourette; Anxiety Disorder; Onset Symptomatology.*

## 250 INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Gilles de la Tourette es un síndrome complejo, por la gran variedad de síntomas que puede presentar conjuntamente con los tics (Tolosa, Kalisevski, en prensa).

En la tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos del síndrome

Bayes y Tolosa<sup>(2)</sup>, en una muestra de 50 pacientes muestran la existencia de otra sintomatología acompañante: los síntomas obsesivo-compulsivos<sup>(2,3)</sup> (Tabla 2).

En la misma muestra describen la presencia de impulsiones que se parecen a los actos compulsivos, pero que son realizados de forma automática, sin la finalidad específica de reducir la ansiedad propia de las compulsiones del obsesivo (Tabla 3).

El síndrome de la Tourette, en ocasiones, va asociado a trastorno por déficit de atención con hiperactividad<sup>(4)</sup>, trastorno autoagresivo, trastorno explosivo intermitente y otros trastornos de conducta, que pueden llevar a estos enfermos a realizar actos peligrosos para ellos mismos o para los demás<sup>(2)</sup>.

En la misma muestra antes mencionada, aparecen los siguientes síntomas por orden de frecuencia (Tabla 4).

## MATERIAL

A continuación se describen tres casos de Síndrome de la Tourette que iniciaron el trastorno sin la presencia de tics, por lo cual el diagnóstico inicial fue distinto al diagnóstico final de síndrome de la Tourette.

### Caso 1

Varón de 14 años de edad que acude a la consulta por presentar un trastorno hipocondríaco grave con dolor torácico, sensación de pinchazo y de falta de aire por lo que respira profundamente. Con esta sintomatología había acudido en dos ocasiones a un servicio de urgencias, desde donde lo remitieron a un servicio de psiquiatría.

En el momento de la consulta, presenta:

- *Sintomatología ansiosa*: boca seca, taquicardia, sudoración.....

- *Miedo intenso* a oír hablar de enfermedades fundamentalmente de infartos.

**Tabla 1** Criterios diagnósticos en el síndrome de Gilles de la Tourette

- Inicio de la enfermedad entre los 2 y los 15 años de edad.
- Presencia de movimientos motores sin finalidad recurrentes, involuntarios, rápidos y repetitivos, que afectan multitud de grupos musculares.
- Tics vocales múltiples.
- Posibilidad de suprimir los movimientos de unos minutos a unas horas.
- Variaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo de semanas o meses.
- Más de un año de duración

**Tabla 2** Síntomas obsesivo-compulsivos más frecuentes en una serie de 50 pacientes estudiados en Cataluña

Síntomas	Número de pacientes
Revisión de actos	15
Temor irracional	9
Preocupación por la limpieza/contaminación	4
Ideas repetitivas incontrolables	19
Otros rituales asociados a duda/ansiedad	12

- *Conductas de evitación*: no consumir alimentos con colorantes, conservantes, latas, de las que comprueba la fecha de caducidad; no ver películas sobre temas de salud; evitar la asignatura y el libro de ciencias naturales (concretamente los capítulos relacionados con el cuerpo humano).

*Diagnóstico inicial*: trastorno obsesivo-compulsivo.

*Tratamientos*: pactos con el chico, para favorecer la exposición a las situaciones ansiógenas, y dejar de realizar progresivamente todas las conductas de evitación. Tratamiento farmacológico con Clomipramina 75 mg/día y alprazolam 0,25 mg tres veces al día.

*Evolución*: se observa una mejoría en los cuatro meses siguientes, apareciendo posteriormente tics como arrugar la nariz, hacer muecas con la cara, respirar entrecortadamente y abrir la boca de forma forzada.

La madre en aquel momento dice recordar que de pequeño ya había tenido algunos tics.

Aparecen, también comportamientos reiterativos: ecolalias, dificultad para decidirse y comprobar repetidamente que las puertas están cerradas, presionándolas varias veces. Al mismo tiempo aparece coprolalia, dice palabrotas y las piensa.

**Tabla 3 Impulsiones más frecuentes**

Síntomas	Número de pacientes
Toquetear	30
Escupir	5
Oler	5
Revisión de actos (sin ansiedad/duda)	3
Lavarse repetidamente	2
Leer carteles	2
Aritmomanía	1
Otros rituales	4

*Diagnóstico final:* síndrome de Gilles de la Tourette.

*Tratamiento:* haloperidol, y asesoramiento a los padres para tratar los problemas de comportamiento asociados.

## Caso 2

Varón de 12 años, entre cuyos antecedentes familiares se encuentran: la madre que padece crisis de ansiedad y claustrofobia (fobia a los ascensores) y el padre con insomnio de conciliación desde hace meses y que se halla en tratamiento con ansiolíticos.

*Motivo de consulta:* ha dejado de asistir a la escuela desde hace 15 días, se ha mareado en dos ocasiones y teme que le vuelva a ocurrir, fundamentalmente en las clases de ciencias naturales, en los temas relacionados con el cuerpo humano.

*Antecedentes personales:* a los ocho años, abdominalgias antes de ir al colegio. A los 10 años temor a la asignatura de ciencias naturales en temas del cuerpo humano. Unos meses antes de la consulta, manifestó miedo a morir a raíz de una faringitis. Miedo a la oscuridad, siempre ha dormido con una luz encendida. Claustrofobia, que se manifiesta con miedo al ascensor y a meterse en la bañera. Tics simples: parpadeo y torcer el cuello.

*Diagnóstico inicial:* fobia escolar.

*Tratamiento:* desensibilización en vivo de la fobia al cuerpo humano, la fobia escolar y la ansiedad por separación. Entrenamiento en relajación. Entrenamiento encaminado a controlar la reacción vagal cuando se marea, mediante contracción muscular. Asesoramiento a los padres con el objetivo de incrementar los hábitos de autonomía propios de su edad. Desaparece la sintomatología fóbica en los cinco meses siguientes.

**Tabla 4 Frecuencia de síntomas en 50 pacientes observados**

Síntomas	Número de pacientes	%
Tics motores simples	50	100
Tics verbales	50	100
Tics motores complejos	34	68
Coprolalia	23	46
Palilalia	20	40
Ecolalia	17	34
Ecopraxia	12	24
Copropraxia	13	26
Autoagresión	34	68
Trastorno obsesivo-compulsivo	22	44
Conducta compulsiva	41	82
Trastorno del control de los impulsos	10	20

Al cabo de un año consultan de nuevo por presentar: insomnio de conciliación, que la madre trata con cloracepato dipotásico, por iniciativa propia. Miedos: a tirarse por la ventana porque cree que es sonámbulo, a estar enfermo, a que no le llegue oxígeno a la cabeza. Problemas de comportamiento: esconde comida, esconde paquetes con heces dentro de la habitación. Conducta obsesiva compulsiva, se cambia de calzoncillos tres o cuatro veces al día.

Coincidiendo con las vacaciones de verano, dejan de asistir a la consulta, volviendo en septiembre con la misma sintomatología anterior, más:

- Otros problemas obsesivos: pensamientos reiterativos de que se tragará objetos pequeños mientras duerme (cochecitos, monedas), preguntas reiterativas, fundamentalmente a la madre; coger y dejar un mismo objeto varias veces; volver a escribir encima de lo que ya había escrito; coger cualquier cosa de comida, siempre con una servilleta de papel; oler cosas como zapatos, jerseys y cada cucharada de comida que se lleva a la boca.

- Tics: además de los descritos en la primera visita, aparecen otros nuevos como carraspeo y ruidos con la garganta.

*Diagnóstico final:* síndrome de Gilles de la Tourette.

*Tratamiento:* prevención de respuestas para los comportamientos obsesivos, que lleva a la práctica la madre. Tratamiento farmacológico con clomipramina 75 mg/día, con lo que mejoró la sintomatología obsesiva pero no los tics.

**252 Caso 3**

Varón de 11 años, entre cuyos antecedentes familiares se encuentran: madre agorafóbica y obsesiva; abuela materna y dos hermanos de la madre en tratamiento por trastornos de ansiedad.

*Motivo de consulta:* desde hace dos meses presenta cefaleas en la escuela, por lo que llama a sus padres y vuelve a casa. Cuando va al cine, sale tres o cuatro veces para ir a su casa y ver a sus padres. Hacía una semana, había presentado una crisis de ansiedad, después de llamar a su casa y no encontrar a nadie. Sale a jugar con los amigos con menos frecuencia que antes de iniciar el cuadro. Se niega a asistir al colegio, y si lo hace presenta sintomatología ansiosa con quejas, lloros, palidez y sudoración.

*Antecedentes personales:* siempre fue un niño miedoso, con insomnio de conciliación y mantenimiento cuando duerme solo. Acostumbra a dormir con la madre. Fobia a los ascensores. Miedo a quedarse solo en casa. Miedo a la oscuridad.

*Diagnóstico:* ansiedad por separación con fobia escolar.

*Tratamiento farmacológico:* con cloracepato dipotásico 15 mg/día repartidos en tres dosis e imipramina 75 mg/día.

- Asesoramiento a los padres en los siguientes aspectos: obligar al niño a ir al colegio todos los días. Hacer extinción ante las quejas y no hacer preguntas sobre cómo se encuentra. El niño puede llamar a casa desde la escuela a media mañana. Dejar de dormir con la madre, aunque al principio se le permite dormir con el padre, luego con el hermano y finalmente solo. Por ser la ansiedad al ir a la escuela mayor si sabe que la madre no estará en casa, inicialmente se le garantiza que esto no ocurrirá, posteriormente se le va informando de las salidas que irá haciendo la madre. Ir a comer a casa

de los abuelos, para conseguir pasar el día entero fuera de casa. Favorecer que los padres hagan salidas nocturnas y él permanezca en casa con el hermano.

*Evolución:* desaparece la sintomatología de ansiedad por separación y fóbica en los cuatro meses siguientes y posteriormente aparecen comportamientos obsesivos: lavado de manos, cambiarse de calzoncillos cada vez que va al baño, tocar las cosas primero con una mano y luego con la otra, también con un pie y luego con el otro, ponerse los dos zapatos al mismo tiempo, arrastrar los pies, dar unos pasos hacia adelante y otro hacia atrás, coprolalia -dice palabrotas e insultos-, huele objetos que toca, escupe, chasquea la lengua. Toda esta sintomatología aparece de forma progresiva y simultáneamente se evidencia un trastorno de hiperactividad con déficit de atención. Hasta el momento de diagnóstico de Gilles de la Tourette, el tratamiento siempre había sido sintomático, mediante extinción de conductas compulsivas, ahondando escolarmente debido al problema atencional y dando soporte y asesoramiento a los padres.

**DISCUSIÓN**

Se han escogido estos tres casos de Síndrome de Tourette porque son ilustrativos del problema que se plantea al principio: la dificultad para diagnosticar un trastorno cuyo síntoma fundamental descrito en el DSM-III R son los tics.

En unos casos este síntoma no aparece desde el principio del trastorno. En otros casos pueden aparecer desde el inicio del cuadro, pero con una importancia mucho menor a lo que es el motivo de consulta, y sin que en aquel momento los tics tengan ninguna relevancia para el paciente, que no suele mencionarlos si no se interroga insistentemente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Shapiro AK, Shapiro ES, Bruun, RD, Sweer RD. *Gilles de la Tourette Syndrome*. New York: Raven Press, 1978.
- 2 Bayés S, Tolosa E. *Tics i malaltia de Gilles de la Tourette*. Col·lecció Punt de Referència. Barcelona, Edicions de la Generalitat de Catalunya, 1992.
- 3 Grad LR, Pelcovitz D, Olson M. Obsessive-Compulsive Symptomatology in children with Tourette Syndrome. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;16(1).
- 4 Scerif J, Curley AD, Jardorf L, Volkensz L. Behavior Disorder and attention deficits in boys with Tourette Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27(4).
- 5 Bayés A, Tolosa E. Los tics. *JANO* 1985:2-13.