

---

# Caso Clínico

---

## PRESENTACION DE UN CASO DE SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Dr. García Prieto, A. Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Asturias.  
Dr. Ramos Polo, E. Pediatra. Hospital General de Asturias.  
Dra. Roza Suarez, M. Pediatra. Hospital General de Asturias.  
Dr. Diaz Mejido, L. Pediatra. Hospital General de Asturias.

Fecha de envío: Julio, 83.

Dirección del 1º autor: Angel García Prieto.  
Hospital Psiquiátrico.  
La Cadellada s/n.

OVIEDO

## INTRODUCCION

La infrecuente incidencia de este síndrome nos mueve a presentar el caso de un niño visto recientemente por nosotros, y que por la claridad, evolución y riqueza del cuadro clínico hemos diagnosticado, sin dudas y separadamente, de Guilles de la Tourette.

ABUZZAHAB y cols., en 1973, crearon en la Universidad de Minnesota, un Instituto de estadística para recoger todas las observaciones de la literatura mundial sobre este síndrome, y desde su descripción por Gilles de la Tourette, en 1885, hasta 1973 eran tan solo 430 los casos reseñados.

En nuestra casuística, que consta de unas 1800 historias en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Psiquiátrico de Oviedo y otros miles en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Asturias, se puede decir que es éste el único caso que de un modo claro e inequívoco podemos hacer un diagnóstico y una descripción de esta entidad.

No pretendemos hacer una revisión bibliográfica-teórica del síndrome —para otros enfermedad— porque nos parece que existen ya más que suficientes. Quizá lo exótico de la afección, y su propia infrecuencia, estimulan demasiado a escribir sobre ella y —caricaturizando un poco el planteamiento dá la impresión que existen más publicaciones sobre la cuestión que número de enfermos que la padezcan o hayan sufrido.

Por eso nos limitamos a reseñar dos revisiones de las consultas, que a nuestro juicio son buenas y una gran parte de la bibliografía existente; nos referimos a las de ALLIEZ y AUSON, 1975 y LUCAS, 1979.

Tan solo queremos añadir dos datos de interés que aparecen en los más recientes estudios. El primero se refiere

que la utilización de estimulantes (como la dextroanfetamina, pemolina y metilfenilato) para el tratamiento de éstos niños hiperactivos están contraindicados en los tics, e incluso pueden desencadenar la aparición de estos en los niños con antecedentes familiares de tics.

El segundo factor que reseñamos es de carácter genético: "los datos sugieren un modo de herencia dominante autosómico con variabilidad en la expresión y con penetrancia conocida en algunos casos. Como ésto en realidad no explica la predominancia masculina, también tiene que tomarse en cuenta la herencia poligénica como un posible modo de trasmisión". (Goldman y Hood, 1982).

## DESCRIPCION DEL CASO

### FILIACION

L.M.L.G., varón, de 10 años de edad. Natural y vecino de Lada (La Felguera). Vive con sus abuelos paternos. Escolarizado en 3º de E.G.B.

### MOTIVO DE LA CONSULTA

Remitido, el 20.VI.83, del Servicio de Pediatría del Hospital General, para evaluación. Había sido ingresado pocos días antes en el Centro, para estudio por presentar tics y coprolalia.

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Su madre, fallecida a los 23 años de edad de una colagenosis —posible Lupus Eritematoso— tuvo los últimos días una psicosis exógena y había tenido un tic facial.

Su padre tuvo tics de parpadeo hacia los 18 años de edad.

Abuela materna padeció de los 9 a los 11 años una corea, al parecer neumática.

No constan otros antecedentes psiquiátricos.

## HISTORIA PERSONAL

Nace de un parto normal, con ventosa, tras un embarazo igualmente normal y deseado. No tuvo anoxia, ni ictericia.

La lactancia fue artificial durante menos de un año, "tardó mucho en sujetar la cabeza", comienza a decir las primeras palabras hacia las 12 meses y de deambulación fue retrasada (aproximadamente a los 2 años).

Su madre falleció al año de edad del niño, y éste pasa a vivir con los abuelos. A los 18 meses de edad fue estudiado por presentar un deficiente estado de nutrición y vómitos, siendo normales los estudios realizados.

No recuerdan la "época del no". Tiene tics desde los 7 años, duerme con somnolientos y pesadillas. No tartamudez, dislexia, enuresis ni encopresis.

No enfermedades somáticas destacables.

## AMBIENTE Y DINAMICA FAMILIAR

El enfermo se ha criado y desarrollado con los abuelos paternos, desde el fallecimiento de su madre. Su padre se casa después de 1 año viudo y tiene dos hijos, varones de 5 y 6 años.

El niño está sobre protegido y mimado, no se le ha estimulado a la autonomía en vestirse, lavarse, comer alimentos escogidos y purés. Se muestra celoso de sus hermanastros, primos... y en la actualidad el nivel de relación y convivencia con sus padres y hermanastros (en fines de semanas) se

hace difícil por la diferente exigencia y educación establecida para él y la que hay en casa de su padre.

Es curioso observar que la madrastra también tuvo hermanastras. Y la abuela igualmente vivió con su padrastro. Quizá éstos hechos hayan favorecido esta situación de ruptura que el enfermo vive, por la pasividad de unos y otros para afrontar la conveniencia de reincorporar al niño a la vida de familia con sus padres y hermanastros.

El padre trabaja como perito, la madrastra tiene un nivel educacional medio, el abuelo es un obrero especializado y no hay dificultades económicas-sociales de relevancia.

## OTROS ASPECTOS

Los describen como retrasado escolarmente (repite 3º de E.G.B.), poco estable, inquieto, con rabieta. Cariñoso. Buen nivel de relación y juego con otros niños, que prefiere de menor edad.

Escrupuloso y obsesivo con la limpieza, olores, etc.

## ENFERMEDAD ACTUAL

A los 7 años comienza a presentar tics de cara y ojos, que son diagnósticados como secundarios a corea menor y mejoran, e incluso desaparecen con Haloperidol.

Hace 1 año, sin razones externas a los que se puede atribuir el desencadenamiento, comienza a presentar Tics faciales, cambiantes y que se van generalizando. En la actualidad predomina un movimiento repetido, compulsivo de protrusión de labios, lengua, parpadeo y cabeceo hacia adelante. Desde hace unos 3 ó 4 meses se añade **coprolalia**: retahilas compulsivas de pequeñas frases y palabras soeces,

que se repiten varias veces al día, durante 2 ó 3 minutos.

También se ha observado **ecolalia**: la maestra le ha llamado la atención varias veces por "repetir lo que oía", y la hemos visto manifiesta —musitada— en algunas frases de nuestra conversación con él.

## EXPLORACION FISICA Y COMPLEMENTARIA

Atento, colaborador. Buen estado general. Paladar ojival. Hiperlaxitud ligamentosa generalizada. Inquieto y con frecuencia tics violentos que afectan a todo el cuerpo. Marcha y equilibrio: normales. Coprolalia. Fuerza, tono, coordinación y reflejos: normales.

Resto de exploración general sin particularidades.

### Analítica:

Hemograma: normal, Glucemia, Urea, Iones, Gases, Ca, P, Mag, FA, Pruebas hepáticas. Colesterol. Triglicéridos, Fe y Prot T: normales. Proteinograma: normal. Bioquímica de orina y sedimento: normales. Cu y Zinc: normales. Rx de craneo: normal. F. de O: normal. Scanner cerebral: normal. E.E.G.: Trazado que muestra un ritmo de base normal, en el que se intercalan escasos brotes paroxísticos bilaterales.

El enfermo establece una buena relación interpersonal, es espontáneo,

abierto, cariñoso. Muestra unas formas verbales y de educación que traducen su convivencia habitual con personas añasas (los abuelos): frases hechas de forma adulta, que no corresponden a su personalidad de base.

Tiene conciencia de su problema y se autoacusa, con posteriores excusas de sus "tacos".

El nivel de aspiraciones —a través de pruebas de conversación y lúdicas— parece normal. Su C.I. es bajo, en el nivel de 75-80. aunque nos parece que la prueba está artefactada por el bajo rendimiento escolar-estimulativo.

## EVOLUCION

Durante su estancia en el Hospital General se instauró un tratamiento con Haloperidol, aumentando progresivamente la dosis hasta (XV-XV-XV) gotas día.

Por otro lado se ha tenido una primera sesión con la familia: abuelos, padre y madrastra intentando que varién y mejoren sus pautas y actitudes hacia el niño, lo que parece aceptarse con buena crítica.

Ha mejorado la sintomatología, y se le concede alta, para continuar un tratamiento ambulatorio farmacológico y de terapia familiar.

En la última bibliografía consultada, varios autores refieren el éxito del tratamiento con Clonidina, en dosis de 0,10 a 0,15 mgs. diarios (Schowalter, 1980).

---

## BIBLIOGRAFIA

- ABUZZAHAB, F. S. Gilles de la Tourette's syndrome: international registry. *Min. Méd.* 1973. 56. 492-496.
- ALLIEZ, J. et AUDON, S. La maladie des tics de Gilles de la Tourette. *Annales Médico-psychologiques.* 1975. 2. 3. 489-522.
- GERALD, S. GOLDEN y O.J. HOOD. Tics y temblores. *Pediatr. Clin. North. Am.* 1982. 1. 95-103.
- LLUCAS, A.T. *Basic Handbook of Child Psychiatry.* Joseph D. Noshpitz (Ed.). Basic Books. Inc. USA. 1979. 667-684.
- SCHOWALTER, J.E. J. E. *Pediatrics in Review* 1980. 2. 55.