

Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte

Luis Alberto Vargas Álvarez¹, Lino Palacios Cruz², Guillermo González Thompson²,
Francisco de la Peña Olvera³

Artículo original

SUMMARY

During the last years obsessive-compulsive disorder (OCD) has been reported with increased prevalence in pediatric population; this is due to the development of more specific assessment methods. This evolution in the evaluation tools has given rise to the possibility of characterizing OCD presentation in children and adolescents. In childhood, OCD is a chronic and distressing disorder that can lead to severe impairments in social, academic and family functioning. Current diagnosis criteria for pediatric OCD are the same than those used in adults. During all life span, obsessive and compulsive symptoms are necessary to establish the presence of the disorder. There are several different clinical manifestations among age groups, different evolution among children, adolescents and adults; all these represent a diagnostic and therapeutic challenge for the clinician.

Several classifications incorporate pediatric OCD, especially those related to the familiar presentation form and patterns of comorbidity, mainly with tics disorders. At least 50% of children and adolescents with Gilles de la Tourette syndrome develop obsessive-compulsive symptoms or OCD in adulthood and almost a half of early-onset OCD subjects have a tics history. These findings support the notion that tics disorders are the comorbidity more closely related with early-onset OCD, giving elements to consider this association as a specific pediatric OCD subtype.

In this age group population, comorbidity has been reported as high as in adulthood; some diagnoses are especially prevalent during childhood and others during adolescence. On the whole, anxiety disorders are frequent with OCD, generalized anxiety disorder, panic attack, social phobia and anxiety separation disorder.

Comorbidity related with affective disorders is high too. The OCD association with major depressive disorder (MDD) in childhood is low but increases in adolescence; MDD reaches similar adult comorbidity rates in adolescence. Higher comorbidity prevalence of MDD has been found more related to the duration of OCD-illness than early-onset.

Bipolar disorder (BD) is another frequent comorbid entity with great clinical relevance. When BD is the main diagnosis, comorbidity with OCD shows a prevalence of 16%; when OCD is the main diagnosis, comorbidity with BD shows a prevalence of 44%, showing an unidirectional relation. Some studies have shown even higher comorbidity prevalence of BD when considering bipolar spectra

dimension as hypomania and cyclothymic disorder (30% and 50%, respectively) in OCD samples. Adults with OCD and BD comorbidity have more frequent episodic form, a greater number of concurrent major depressive episodes and a higher rate of religious or sexual obsessions. Adults with OCD without BD comorbidity show more rituals and compulsions.

A recent study in pediatric population with BD and OCD found that BD type II was the most common related diagnosis, when age was considered, subjects with bipolar disorder resulted to have an earlier onset of OCD.

Other comorbid diagnoses frequently reported in this early-onset OCD population are externalizing disorders as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). Children and adolescents with OCD have high rates of comorbid ADHD; this co-occurrence seems to be bidirectional.

There is a consistent preponderance of males in most epidemiological studies. The onset of ADHD preceded the onset of OCD and the onset of OCD was earlier when ADHD was comorbid. Children with OCD plus ADHD compared with peers with OCD without ADHD show higher attentional and social problems, as well as aggressive high scores. ADHD is a risk factor for ODD.

A valid and reliable clinical interview is needed to establish differential diagnosis among OCD and other compulsive behaviors and intrusive thoughts present in disorders like anorexia nervosa, body dysmorphic disorder, hypochondrias, tics disorders and impulse control disorders. All these categories have been considered as part of the obsessive-compulsive disorders spectrum.

It is important to establish the difference between obsessions with poor insight common in early-onset OCD and overvalued ideas or delusions. Pervasive disorders as autism and Asperger syndrome frequently show stereotyped behaviors which may be considered as obsessive-compulsive symptoms.

The diagnostic evaluation of children and adolescents with OCD includes a careful assessment and review of current and past obsessive-compulsive symptoms and comorbid conditions. This evaluation requires interviewing both child/adolescent and parents and usually requires more than one session. For children who do not regard their symptoms as excessive, information from parents, and if possible from teachers, is essential to identify the range of symptoms, severity and context. Many children and adolescents feel confused and embarrassed

¹ Clínica de Trastornos Obsesivos-Compulsivos, Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

² Clínica de la Adolescencia, Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

³ Departamento de Fomento a la Investigación, Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Correspondencia: Dr. Luis Vargas Álvarez. Clínica de la Adolescencia. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México D.F. Tel: 56 55 28 11 ext 509, Fax: 55 13 37 22. E-mail: dr Luisvargasalvarez@yahoo.com.mx

with their symptoms. It is important to dedicate time to build a true clinical alliance to elicit the story of their symptoms, as well as the impact on a child's thoughts and feelings.

There are several useful instruments to establish OCD diagnosis and severity in children and adolescents. Self-report questionnaires have been used to identify the presence and severity of OCD symptoms. The most used self-rated measures for pediatric OCD are the 44-item Leyton Obsession Inventory-Child version (LOI-CV) and its shorter version, the 20-item LOI-CV Survey Form, and the Maudsley Obsession-Compulsion Inventory (MOCI). Clinician-administered interviews may be a more reliable method to identify obsessive-compulsive disorders in youth. The Childs Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) is a commonly used Clinician-Rated measure of OCD symptoms derived from the Adult Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

CY-BOCS Spanish version was translated in México and as the original version it must be applied to parents and children/adolescents separately; the clinician establishes then the best clinical information with all the data. The initial CY-BOCS section consists of a symptom checklist covering a comprehensive array of obsessions and compulsions. The severity score is derived from the second section of the measure in which global rating of time spent, interference, distress, resistance and control associated with obsessions and compulsions are generated. Separate scores are obtained for obsessions and compulsions, which, when combined, yield a total severity score of a maximum 40 points. Scores greater than or equal to 16 indicate clinically significant OCD in children and adolescents.

The knowledge we now have about pediatric OCD pharmacotherapy is better. Several studies have demonstrated the efficacy of clomipramine. This was the first agent approved for use in pediatric populations with OCD. Subsequent multisite randomized, placebo-controlled trials of selective reuptake inhibitors (SSRIs) have also demonstrated significant efficacy in pediatric population. Almost all meta-analysis with SSRIs studies in children and adolescents with OCD have proved their efficacy. The most common adverse effects of SSRIs are nausea, insomnia, activation and headache. These effects are transient and most children tolerate them.

The availability and effectiveness of SSRI have changed dramatically the OCD treatment, and neurobiological and neuroimaging advances have supported their use.

Many children and adolescents with OCD need multiple treatments including cognitive behavior therapy (CBT), pharmacologic treatment, parental, family and teachers training. These interventions need to be applied by experts in order to be effective. CBT is a well-documented and effective intervention for adults with OCD. The potential usefulness of CBT for pediatric OCD has been valued and the results report that combined CBT and pharmacotherapy have proved high and sustained response in children and adolescents with OCD.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, children and adolescents, comorbidity, assessment, treatment.

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha reportado en los últimos tiempos con mayor prevalencia en la edad pediátrica que lo reportado anteriormente gracias a una mejor caracterización de su presentación en niños y adolescentes y al desarrollo de mejores métodos de evaluación.

Por sus características en la infancia el TOC ha dado pauta a diversas clasificaciones, una de estas formas de clasificación está condicionada por la coexistencia o comorbilidad con otros trastornos.

Los tics o Trastorno de Gilles de la Tourette están fuertemente relacionados con un inicio temprano y con agregación familiar; la mitad de los niños y adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette desarrollan TOC. El 60% de los niños y los adolescentes que acuden a buscar tratamiento por TOC han tenido historia de trastornos por tics a lo largo de la vida.

La comorbilidad del TOC con otros problemas ansiosos durante la infancia y la adolescencia es alta, en especial con el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas.

El trastorno depresivo mayor (TDM), es frecuentemente comórbido, más en los adolescentes que en los niños, el TDM comórbido se ha vinculado más con la duración del TOC que con la edad de inicio temprano.

Con respecto al trastorno bipolar (TB), los reportes también muestran importante relación con el TOC. Las investigaciones de comorbilidad han estudiado el impacto del TB sobre el curso del TOC y encontraron mayor frecuencia de: curso episódico, episodios depresivos, deterioro funcional, hospitalizaciones y uso de polifarmacia. Otras investigaciones sobre esta comorbilidad TB/TOC vs. TOC han reportado mayor frecuencia del diagnóstico de TB tipo II y mayor asociación con inicio temprano del TOC.

También se ha reportado frecuentemente la comorbilidad con los trastornos externalizados y particularmente con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que se ha asociado con un inicio más temprano del TOC, disfunción social y académica. Este patrón comórbido TOC/TDAH está vinculado a mayores problemas de inatención y conductas agresivas y se presenta más frecuentemente en hombres. El TDAH es un factor de riesgo para presentar trastorno negativista y desafiante o trastorno disocial en la adolescencia. Otras comorbilidades importantes a considerar son los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo como los trastornos del control de los impulsos, trastorno dismórfico corporal y de la conducta alimentaria y trastorno sexual compulsivo. La comorbilidad con trastornos psicóticos como la esquizofrenia debe ser tomada en cuenta.

En la evaluación de niños y adolescentes con TOC se requiere una investigación exhaustiva sobre los síntomas obsesivos-compulsivos actuales y pasados, así como su comorbilidad e historia familiar. Las entrevistas con los niños requieren de la participación de los padres y profesores. Muchos niños y adolescentes se sienten avergonzados por sus síntomas por lo que es importante dar tiempo necesario para lograr la confianza del chico para hablar de sus síntomas. Existen diversos instrumentos útiles para establecer la severidad del TOC en niños y adolescentes. Entre los cuestionarios auto-aplicables se encuentra el Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI) y el inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI). La Escala de Yale-Brown para Niños (CY-BOCS) es de los instrumentos más frecuentemente utilizados en la clínica e investigación, que evalúan los tipos de obsesiones y compulsiones así como su severidad.

La mayoría de los niños con TOC requieren múltiples tratamientos, por ejemplo: terapia cognitivo-conductual, fármacos, entrenamiento conductual para los familiares, etc. La disponibilidad de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ha cambiado sorprendentemente el tratamiento del TOC con efectividad basada en evidencia. Hasta el momento, se reconoce que la combinación de terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico con ISRS es la estrategia con mayores resultados y mejoría sostenida.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, niños y adolescentes, comorbilidad, evaluación, tratamiento.

INTRODUCCION

El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha sido un tema de interés dentro de la psiquiatría infantil y de la adolescencia, ya que al igual que para la edad adulta representa un padecimiento con importantes implicaciones en el funcionamiento social, escolar y familiar. Las características clínicas propias de los niños, la alta comorbilidad psiquiátrica, los pocos instrumentos validados y la limitada evidencia científica de algunas opciones terapéuticas, constituyen un reto diagnóstico y terapéutico en los pacientes con TOC pediátrico.

COMORBILIDAD

Definitivamente un aspecto necesario al hablar de TOC es la coexistencia actual y a lo largo de la vida con otros trastornos psiquiátricos, fenómeno denominado comorbilidad. La relación del TOC con otros trastornos y las diferencias clínicas de acuerdo con la edad de inicio del padecimiento, han planteado diferentes hipótesis etiológicas, pues la comorbilidad y el inicio temprano son retos en el tratamiento y en el diagnóstico diferencial.¹

La edad de inicio tiene un impacto en la duración del TOC y su comorbilidad: los tics se han asociado más frecuentemente a un inicio temprano así como otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo como los trastornos de la conducta alimentaria, la cleptomanía y la tricotilomanía.^{2,3} Se ha reportado que por lo menos el 50% de los niños y adolescentes con Síndrome de Gilles de la Tourette desarrolla síntomas obsesivos-compulsivos o bien TOC en la edad adulta. Cerca de 60% de los niños y adolescentes con TOC cuenta con historia previa de tics.⁴⁻⁷

Se ha reportado alta comorbilidad del TOC, durante la infancia y la adolescencia, con otros trastornos de ansiedad. De un tercio a la mitad de los niños y adolescentes con TOC tiene una historia previa de algún trastorno de ansiedad, siendo el trastorno de ansiedad por separación y la fobia social entidades comórbidas frecuentes en el TOC de inicio temprano.^{8,9} Recientemente, un estudio de seguimiento en niños con TOC reportó una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad. Del total de los niños evaluados, 46.8% presentó trastorno de ansiedad generalizada; 17%, trastorno de pánico; 36.2%, fobia social y 19.1%, fobias específicas.¹⁰ Este estudio de seguimiento también reportó importante comorbilidad con trastornos afectivos donde 29.8% presentó trastorno depresivo mayor (TDM) y 24.5% trastorno bipolar (TB).¹⁰ En estudios de niños y adolescentes con TDM y TB, la comorbilidad con TOC es de 35%.¹¹ La comorbilidad del TDM con el TOC se ha asociado significativamente con una mayor duración del TOC, más que con su inicio temprano.^{8,12} Recientemente, la Asociación Francesa de TOC reportó mayor prevalencia de TB en sujetos con TOC, en una muestra de 628 adultos con TOC de inicio en la adolescencia 30% había

presentado episodios hipomaniacos y cerca de 50%, ciclotimia.¹³ Cuando se explora la comorbilidad en pacientes con TB la prevalencia del TOC a lo largo de la vida es de 44%, sin embargo cuando se explora la comorbilidad en pacientes con TOC la prevalencia del TB a lo largo de la vida es de 16%. El impacto de la comorbilidad TOC/TB en adultos se relaciona con un curso episódico del TOC, con más episodios depresivos e intentos suicidas, con obsesiones religiosas y sexuales, con hospitalizaciones y con mayor uso de polifarmacia.^{13,14} En particular la asociación TOC/TB, en la interfase infancia y adolescencia, ha reportado mayores índices de TB tipo II e inicio más temprano del TOC; aquellos con sólo TOC mostraron mayor frecuencia de compulsiones.¹⁵

Para los trastornos externalizados en niños y adolescentes con TOC, se ha reportado una prevalencia de 25.5% con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 13.8% para el trastorno negativista y desafiante (TND) y 11.7% para el trastorno disocial (TD).¹⁰ La comorbilidad TDAH y TOC ha generado especulaciones para establecer una fisiopatología común. Un estudio prospectivo y longitudinal para valorar la relación entre TDAH, TOC y tics, con 798 sujetos, reportó que la persistencia sintomática del TDAH en la adolescencia se asoció con más síntomas obsesivos y compulsivos en la adultez temprana, mientras que el inicio de TOC en la adolescencia se asoció con persistencia sintomática del TDAH en la vida adulta.¹⁶ Geller et al. reportaron TDAH en 51% de los niños y 36% de los adolescentes de una clínica especializada para TOC pediátrico; más recientemente mostraron que aquellos sujetos con TOC de inicio temprano y TDAH requieren mayor apoyo extracurricular en clases y presentan más obsesiones de tipo somático a diferencia de aquellos con TOC sin TDAH.¹⁷ Además, la comorbilidad TDAH/TOC se ha asociado significativamente con los hombres, además de presentar mayor deterioro psicosocial y mayor comorbilidad con otros trastornos como TB y tics.¹⁸ Los estudios en familiares de primer grado (n=1533) de niños con TDAH sin y con TOC sugieren una co-segregación entre ambos trastornos, pues el riesgo de TOC en familiares con TDAH es de 7.4% y en familiares sin TDAH, 1.3%.¹⁹

Otros trastornos comórbidos con el TOC son los de la conducta alimentaria, el trastorno dismórfico corporal y los psicóticos como la esquizofrenia.^{2,7} Los trastornos generalizados del desarrollo como el autismo y el síndrome de Asperger, manifiestan frecuentemente comportamientos y rutinas estereotipadas así como preocupaciones inusuales, los que son catalogados equivocadamente como «obsesivo-compulsivos».²⁰

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se basa en una adecuada semiología psiquiátrica, con caracterización de las obsesiones y com-

pulsiones, particularmente para diferenciarlas de otras conductas compulsivas, sobre todo en lo que concierne a los distintos padecimientos que recientemente se han considerado dentro del espectro obsesivo compulsivo, como la anorexia nerviosa, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría, el trastorno por somatización, la tricotilomanía y otros trastornos del control de los impulsos.² También es importante diferenciar el TOC de la psicosis. Cuando el TOC tiene una temprana edad de inicio las ideas obsesivas tienen una pobre introspección y la diferenciación entre ideas sobrevaloradas e ideas delirantes puede ser complicada.^{1,21}

Evaluación

Es importante obtener todos los datos de la historia clínica del paciente sobre síntomas obsesivo-compulsivos actuales y pasados, así como sobre la comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica. Se debe buscar información acerca de la historia familiar incluyendo también antecedentes de riesgo en los padres y familiares sobre la presencia del TOC. Se puede completar la información por medio de reportes de los profesores acerca de otras áreas y del deterioro académico. Se debe informar y educar a los familiares y los maestros sobre los síntomas. Cuando la reacción de los familiares frente al problema del paciente es negativa o de rechazo, se pueden producir retrasos en la evaluación y en el tratamiento. Los padres pueden retrasar el tratamiento pensando, con una falsa esperanza, que los síntomas desaparecerán, ya que es muy difícil que reconozcan que su hijo está enfermo y ha perdido el control de sus acciones y de sus pensamientos. Frecuentemente los propios padres participan en los rituales del niño, lo que favorece el fenómeno negativo de adaptación a los síntomas.^{1,21}

Los niños frecuentemente se sienten avergonzados por sus síntomas y pueden no evidenciar deterioro significativo. Con frecuencia temen que sus síntomas sean estrambóticos o «locos» y tienden a describir mejor sus síntomas a los médicos que evitan la confrontación, que transmiten aceptación y que respetan la privacidad. Es importante recordar que puede llevar tiempo el que el niño revele por completo sus miedos, obsesiones y compulsiones.^{1,20,21} La relación del psiquiatra con el paciente es crucial por diversas razones. Primero, la gran mayoría de los niños y los adolescentes con TOC son aprensivos e introvertidos; ansiosos sobre el tratamiento y sobre sus síntomas. La relación con el psiquiatra puede absorber la ansiedad en un modo en el cual se promueva la discusión y se acepte el tratamiento. Segundo, muchos pacientes no mencionan sus pensamientos y rituales por culpa, o debido a su contenido sexual, blasfemo o escatológico, particularmente los adolescentes. Tercero, debido a que el tratamiento no es completamente efectivo, muchos pacientes tienen un curso crónico, de ahí que la relación médico-paciente deba ser fuerte y capaz de perdurar durante varios años.

INSTRUMENTOS CLINIMÉTRICOS

Una vez hecho el diagnóstico de TOC es importante utilizar instrumentos que cuantifiquen la severidad del padecimiento y permitan evaluar la respuesta al tratamiento y los diversos cambios en los síntomas a lo largo del tiempo. Existen diversos instrumentos auto-aplicables o aplicados por el clínico, útiles para establecer la severidad del TOC en niños y adolescentes. Entre los auto-aplicables se cuenta con el inventario de obsesiones de Leyton, versión para niños (LOI-CV), versión larga de 44 reactivos y versión corta para tamizaje de 20 reactivos, el LOI-CV cuenta con versiones para padres y profesores. El inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI) es también muy usado. La Escala de Yale-Brown para Niños (CY-BOCS) es aplicada por el clínico pero se ha desarrollado una versión auto-aplicable. Existe también la escala adaptada por Scahill et al. que se basó en la versión para adultos del Yale-Brown (Y-BOCS), desarrollada por Goodman et al.²²

La introducción de la Y-BOCS constituyó un avance en la evaluación de la severidad del TOC y un número considerable de estudios ha verificado su validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio en la severidad de los síntomas. Estos estudios se han logrado tanto en su versión original en inglés como en la versión traducida al español en nuestro país.²³ La CY-BOCS consiste en una entrevista semiestructurada de 10 reactivos que se compone de cinco secciones principales: 1. instrucciones, 2. listado de obsesiones, 3. severidad de las obsesiones, 4. listado de compulsiones, 5. severidad de las compulsiones. Las listas de obsesiones y compulsiones describen los síntomas más comunes, documentando su presencia en el presente y en el pasado. La severidad de las obsesiones y compulsiones se califica a través de seis reactivos donde se pregunta el tiempo ocupado por los síntomas, la interferencia de los síntomas con las actividades del sujeto, el estrés asociado a los síntomas, la resistencia y el grado de control sobre ellos. Cada uno de estos reactivos se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 equivale a ausente y 4 a los síntomas más severos. La calificación total de la escala puede ser de 0 a 40 puntos y se debe de aplicar por separado tanto al paciente como a su padre. El especialista establece el mejor estimado clínico basándose en los datos recabados de los padres y el paciente. Se requiere de entrenamiento para aplicar la CY-BOCS.^{22,23}

TRATAMIENTO

El tratamiento de los niños y de los adolescentes con TOC, como en el caso de los adultos, se basa en las características individuales de cada sujeto que incluyen la severidad de los síntomas, la comorbilidad, la personalidad, el impacto del padecimiento en el chico y en la familia, en parti-

cular en este grupo de edad, así como el nivel de desarrollo y funcionamiento adaptativo. De estas consideraciones depende una adecuada planeación del tratamiento.²⁴

La mayoría de los niños con TOC requiere múltiples tratamientos, por ejemplo: psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, psicofármacos, entrenamiento conductual para los familiares, etc. Usualmente, dicha variedad de tratamientos será más efectiva si está integrada e impartida por múltiples profesionales.^{25,26}

En cuanto a la psicoeducación acerca del trastorno, existen tres metas básicas para niños y adolescentes con TOC. La primera es explicar que el TOC es una enfermedad, no una debilidad en el carácter o una fase en el desarrollo del niño o del adolescente. La segunda es educar al niño o al adolescente y a la familia acerca del TOC, ofreciéndoles estrategias de afrontamiento efectivo contra los síntomas. La tercera meta consiste en inspirar confianza y esperanza, ya que la desesperanza es el sentimiento principal que presentan los familiares después de escuchar y enfrentarse con el diagnóstico.

La terapia cognitivo-conductual se basa fundamentalmente en la modificación de emociones y conductas a través de cambios en la forma de pensar, específicamente en el TOC a la exposición del estímulo y la respuesta preventiva. Este tipo de terapia es considerado el tratamiento psicosocial de elección para el TOC. La terapia cognitivo-conductual individual es el formato más común de terapia, aunque la terapia de este tipo en forma grupal tiene numerosas ventajas especialmente en la población pediátrica.^{24,27}

El tratamiento psicofarmacológico se basa fundamentalmente en los ISRS como la clorimipramina, la sertralina, la fluvoxamina, la paroxetina, la fluoxetina y el citalopram. Estos productos han cambiado espectacularmente el tratamiento del TOC y se han generado rápidos avances en la evidencia de su efectividad. Han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) en los Estados Unidos de Norteamérica, con base en estudios doble ciego, placebo controlado y meta-análisis; la evidencia de su efectividad se extiende para adultos, adolescentes y niños.

Revisaremos a continuación los distintos fármacos utilizados en el trastorno obsesivo-compulsivo con las consideraciones pertinentes para niños y adolescentes.²⁶

Clorimipramina

Está aprobada por la FDA para el tratamiento de niños con TOC de 10 años de edad en adelante. Los efectos adversos pueden disminuir mediante administración de dosis bajas en el inicio del tratamiento. La dosis máxima recomendada es de 5 mg/kg/día o 250 mg/día. Se deberán tomar electrocardiogramas y pruebas de función hepática en intervalos de tres meses durante el período de ajuste de dosis y de mantenimiento de tratamiento durante el primer

año; posteriormente se deben realizar dichos estudios cada seis meses. Aunque hay estudios que muestran la superioridad de la clorimipramina sobre otros ISRS, no implica que deba ser utilizado de primera elección considerando la alta presencia de efectos secundarios, especialmente cardiológicos con su uso. Pero sí es posible considerar a este fármaco como una alternativa importante como manejo anti-obsesivo en casos severos o resistentes.^{1,20,21,28}

Fluvoxamina

Es un ISRS aprobado por la FDA para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes con edades entre los 8 y los 17 años.²⁹ La dosis de inicio que se recomienda es de 25 mg/día, con incrementos graduales de 50 mgs., hasta alcanzar una persistente disminución de los síntomas, la interferencia de efectos secundarios o hasta una dosis total de 300 mg/día. Sus efectos adversos son mínimos, y entre ellos destacan la hipotensión ortostática y la náusea.

Fluoxetina

El primer estudio que utilizó un ISRS como tratamiento para TOC se realizó con fluoxetina, demostrando una alta eficacia.³⁰ Otros estudios han confirmado estos hallazgos.^{31,32} En general es un fármaco bien tolerado por los niños y los adolescentes con TOC, especialmente si las dosis iniciales son bajas y el aumento de las mismas se realiza de forma gradual. Dentro de los efectos adversos más frecuentes están la náusea, el dolor abdominal, diarrea y vómito. Afortunadamente estos efectos son dosis dependientes y transitorios. La dosis de inicio debe de ser de 5 mg/día, con aumentos graduales hasta 60 mg/día.^{1,26}

Sertralina

La sertralina es eficaz para el tratamiento del TOC en niños y tiene efectos adversos mínimos. En un estudio aleatorizado, doble-cego, controlado con placebo, en niños y adolescentes con TOC, se mostró una importante remisión de los síntomas en los pacientes que recibieron sertralina como tratamiento. Los efectos adversos más observados fueron insomnio, náusea, agitación y temblor.³³ Otro estudio realizado en niños y adolescentes (n=137) con TOC y que habían recibido sertralina durante 12 meses mostró que 47% presentó remisión total y 25% presentó remisión parcial de los síntomas.³⁴ Se recomienda iniciar con dosis de 50 mgs/día e incrementos graduales hasta de 300 mgs/día.

Paroxetina

Existe un estudio abierto con paroxetina para la evaluación de la respuesta, la seguridad y la eficacia a corto plazo,

en niños y adolescentes. Otros autores han presentado evidencia de eficacia y seguridad a largo plazo. Más recientemente, un estudio aleatorizado, doble-ciego, controlado con placebo, con duración de 10 semanas, en donde se estudiaron niños (n=115) y adolescentes (n=88) con TOC, mostró que los pacientes con puntuaciones más altas en la escala CY-BOCS basal mostraron una remisión mayor en dicha escala que aquellos con puntuaciones bajas. También se observó que los niños presentaron mayores cambios en dicha escala comparados con los adolescentes, evidenciando que la paroxetina es efectiva para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes.³⁵ Se recomienda iniciar con dosis de 10 mgs/día e incrementar gradualmente hasta los 60 mgs/día.

Citalopram

Un estudio abierto de ocho semanas de duración (n=15) mostró la eficiencia y la tolerabilidad del citalopram como tratamiento farmacológico de niños y adolescentes con TOC.³⁶ Se requieren estudios controlados para recomendar de forma más amplia este producto.

Recientemente un estudio meta-analítico de estudios farmacológicos aleatorizados y controlados (12 estudios con n=1044), en niños y adolescentes con TOC, mostró una diferencia altamente significativa entre medicamentos y placebo. La clorimipramina fue superior al resto de los ISRS. Aunque la magnitud del efecto de los medicamentos en general fue modesta, la diferencia clínica ofrece mejor calidad de vida a quienes reciben tratamientos.²⁸

Es importante, además, considerar que la administración de tratamientos conjuntos y combinados es una alternativa frecuentemente usada en la clínica ante la respuesta insatisfactoria de la monoterapia o la presencia de diagnósticos comórbidos. Masi et al. describieron que 50% de los pacientes con TOC recibió monoterapia, mientras que 47% recibió además algún tratamiento conjunto, de éstos, 28% tomaban estabilizadores del ánimo (valproato, litio) por comorbilidad con trastorno bipolar o trastorno de conducta disruptiva; 9.6% tomaba antipsicótico típico (pimozide, haloperidol) por comorbilidad con tics y 26% antipsicótico atípico (risperidona, olanzapina) por algunos de los diagnósticos comórbidos ya mencionados. Se observó, además, que aquellos con polifarmacia eran frecuentemente hospitalizados y con mayor disfunción de acuerdo con el índice clínico global (CGI) y la escala de evaluación global de niños (CGAS).¹⁰

CONCLUSIONES

El TOC pediátrico es un trastorno mucho más frecuente de lo que se pensaba. Se ha reportado mayor asociación entre el TOC de inicio temprano y trastornos comórbidos como el TDAH, el TDM o el TB; mayor distribución en hombres

y mayor carga familiar. La edad de presentación temprana da forma al contenido y la manifestación de los síntomas obsesivos y compulsivos entre niños, adolescentes y adultos; por lo anterior, las estrategias de estudio, evaluación y tratamiento deben ser ampliadas en esta población y ajustadas a estas diferencias. El tratamiento es multimodal e incluye intervenciones psicosociales como la psicoeducación, la psicoterapia cognitivo-conductual y los psicofármacos como los ISRS. Este trastorno continúa representando un importante problema de salud pública por ser de los trastornos ansiosos más incapacitantes en cualquier grupo de edad.

REFERENCIAS

1. King R, Leonard H, March J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(supl 10):27s-45s.
2. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Ann* 1993;23:355-358.
3. Riddle M, Scahill L, King R, Hardin M, Towin K et. al Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:766-772.
4. Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, Hoen-Saric R, Liang K et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: A results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000;48:287-293.
5. Du Toit P, Van Kransenburg J, Niehas D, Stein D. Comparisons of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorder used a structured clinical interview. *Compreh Psychiatry* 2001; 42:291-300.
6. Grados MA, Riddle M, Samuels J, Liang K, Hoen-Saric R et al. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: The Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry* 2001;50:559-565.
7. McDougle C, Goodman W, Price L. Dopamine antagonists in Tic-related and psychotic spectrum obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(3):24-31.
8. Diniz J, Rosario-Campos M, Shavitt R, Curi M, Hounie A et al. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1,22-27.
9. Goodwin R, Lipzits J, Chapman T, Manuzza S, Fyer A. Obsessive-compulsive disorder and separation anxiety co-morbidity in early onset panic disorder. *Psychol Med* 2001;31:1307-1310.
10. Masi G, Millepiedi S, Mucci. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:673-681.
11. Krueger S, Cooke R, Hasey G, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1995; 34:117-120.
12. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs M, Demonfaucon F et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disor* 2004;79241-246.
13. Hantouche E, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrénon S et al. Cyclothymic OCD: a distinct form?. *J Affect Disord* 2003;75:1-10.
14. Perugi G, Toni C, Frare F, Travierso M, Hantouche E et al. Obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: A systematic exploration of clinical features and treatment outcome. *J Clin Psychiatry* 2002;63(12):1129-1134.
15. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M et al. Obsessive-compulsive bipolar comorbidity focus on children and adolescents. *J Affect Disord* 2004;78:175-183.
16. Peterson B, Pine D, Cohen P, Brook J. Prospective, longitudinal study of tics, obsessive-compulsive disorder, and attention-deficit/hyperactivi-

- ty disorder in a epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(6):685-695.
17. Geller D, Coffey B, Faraone S, Hagermoser L, Zaman N et al. Does comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder impact the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder?. *CNS Spectrums* 2003;8(4):259-264.
18. Masi G, Millepiedi S, Muci M, Bertini N, Pfanner C et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in referred children and adolescents. *Compreh Psychiatry* 2006;47:42-47.
19. Geller D, Petty C, Vivas Fe, Johnson J, Pauls D et al. Examining the relationship between obsessive-compulsive disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: A familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 2007;16:316-321.
20. Riddle M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescent. *Br J Psychiatry* 1998;173(supl 35):91-96.
21. Piacentini J, Bergman L. Obsessive-compulsive disorder in children. *Psychiatry Clin North Am* 2000;23:519-533.
22. Scahill L, Riddle M, Hardin M, Ort S, King R et al. Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: Reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:844-852.
23. Ulloa R, De la Peña F, Higuera F, Palacios L, Nicolini H et al. Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de Yale-Brown del Trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:216-221.
24. McCellan J, Werry J. Evidence-based treatment in child and adolescents psychiatry: An inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1388-1400.
25. Hollander E. Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorder with SSRIs. *British J Psychiatry* 1998;173:7-12.
26. McDonough M, Kennedy N. Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: A Review for clinicians. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10:127-137.
27. Himle J, Van Etten M, Fischer D, Jeneck A, Henna G. Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review. Brief treatment and crisis intervention. *Innovations in the treatment of obsessive-compulsive and spectrum disorders* 2003;3(2):217-29.
28. Geller D, Biederman J, Steward S. Wich SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160: 1919-1928.
29. Riddle M, Reeve, Yaryura-Tobias J, Yang H, Claghorn J et al. Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:222-229.
30. Riddle M, Scahill L, King R, Hardin M, Anderson G et al. Double-blind placebo crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1062-1069.
31. Geller D, Hoog S, Heiligenstein J, Ricardi R, Tamura R et al. Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A placebo control trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:773-779.
32. Liebowitz M, Turner S, Piacentini J, Beidel D, Clarvit S et al. Fluoxetine in children and adolescents with OCD: a placebo controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1431-1438.
33. March J, Biederman J, Wolkow R, Safferman A et al. Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *JAMA* 1998;280:1752-1756.
34. Wagner K, Cook E, Chung H. Remission status after long-term sertraline treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13(s1):s53-s60.
35. Geller D, Wagner K, Emslie G. Paroxetine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(11):1387-1396.
36. Mukkades N, Abali O, Kaynak N. Citalopram treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A preliminary report. *Psychiatry Clin Neurociencias* 2003;57:405-408.

RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación

1. C
2. D
3. A
4. B
5. B
6. E
7. E
8. D
9. A
10. E
11. A
12. C
13. D
14. E
15. C