

Reporte de caso

Trastornos por tics en niños: un caso con retraso diagnóstico

Tics disorders in children: a case with diagnostic delay

Aura Marcela Nieto-Pico¹, Andry Rueda-Vargas¹, Victor Manuel Mora-Bautista²  [CvLAC](#)

Fecha correspondencia:

Recibido: julio 19 de 2018.

Revisado: marzo 18 de 2019.

Aceptado: marzo 20 de 2019.

Forma de citar:

Nieto-Pico AM, Rueda-Vargas A, Mora-Bautista VM. Trastornos por tics en niños: un caso con retraso diagnóstico. Rev CES Medicina. 2019; 33(2): 126-133.

[Open access](#)

[© Derecho de autor](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

DOI: [http://dx.doi.org/10.21615/](http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.33.2.6)

[cesmedicina.33.2.6](#)

ISSN 0120-8705

e-ISSN 2215-9177

Sobre los autores:

1. Médico de urgencias. Clínica Materno Infantil San Luis CMISL.

2. Médico pediatra. Pediatra urgencias Clínica Materno Infantil San Luis.

Comparte



Resumen

Un tic es un movimiento (tics motores) o sonido (tics vocal o fónico) breve, repentino y no rítmico. El DSM 5 define tres trastornos por tics: transitorios, vocales o motores persistentes y, el trastorno de la Tourette. Su diagnóstico es eminentemente clínico, siendo cruciales la historia clínica y la observación para realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otros trastornos hiperkinéticos del movimiento, tales como distonías, corea o atetosis, entre otros. Se presenta el caso de un niño de nueve años diagnosticado luego de dos meses de síntomas y de tratamientos inadecuados, quien mejoró luego de establecerse un diagnóstico correcto y ofrecerse terapia farmacológica dirigida.

Palabras clave: Tics; Síndrome de la Tourette; Discinesias; Niños.

Abstract

A tic is a movement (motor tics) or sound (vocal or phonic tics) that is brief, sudden and not rhythmic. The DSM 5 defines three tics disorders: transient tics disorder, persistent (chronic) vocal or motor tics disorder, and Tourette's syndrome. Their diagnosis is mainly made through clinical history and observation. It is crucial to make an adequate differential diagnosis with other hyperkinetic disorders as dystonias, choreas or athetosis. We present the case of a 9-year-old boy diagnosed after 2 months of symptoms and inadequate treatments, who improved after establishing a correct diagnosis and offering targeted pharmacological therapy.

Key words: Tics; Tourette syndrome; Dyskinesias; Children.

Introducción

Un tic es un movimiento (tics motores) o sonido (tics vocal o fónico) breve, repentino y no rítmico, que aparece de forma repetitiva, a menudo disruptiva, pero que puede ser inhibido bajo demanda. Los tics son el trastorno hiperkinético del movimiento más frecuente en niños (1-3) y se caracterizan por la sensación de "impulso premonitorio" que es una sensación no confortable que precede inmediatamente al tic y que mejora con su realización (4,5).

Los tics más comunes afectan la cabeza y el cuello, le siguen los que afectan los brazos y las manos. También suelen verse los que comprometen el tronco y los miembros inferiores. La coprolalia usualmente comienza en la adolescencia temprana y ocurre en un tercio de todos los casos (6-8).

Los tics ocurren por disfunción de vías dopaminérgicas en los ganglios basales (1,4,9). También, se han descubierto anomalías en vías del neuroinhibidor GABA, contribuyendo a la disfunción de los circuitos cortico – estriatal y talámico – cortical (10).

En niños suelen ser primarios, aunque se han asociado a trastorno pediátrico neurop-siquiátrico autoinmune asociado a estreptococo (por sus siglas en inglés PANDAS), autoinmunidad (enfermedad por anticuerpos anti NMDA), tóxicos (p.e., agonistas dopaminérgicos, cocaína), epilepsia y trastornos degenerativos (11,12).

Los tics se clasifican como *simples* o *complejos*. Los primeros implican un grupo muscular o sonido, mientras que los complejos son más lentos y más variados, involucran múltiples grupos musculares o sonidos, palabras o frases (ecopraxia, copropraxia, palilalia, ecolalia, coprolalia, tirar objetos, saltar, pedalear, tocar objetos o personas) (8,13,14).

También se agrupan como *transitorios* o *crónicos*, dependiendo de si duran menos o más de un año, respectivamente (8). Los crónicos se caracterizan por uno o múltiples tics motores o vocales que suben y bajan en severidad y son, a menudo, acompañados por problemas comportamentales, siendo los más frecuentes el déficit de atención e hiperactividad y el trastorno obsesivo compulsivo. Además, se hallan discapacidades a nivel de memoria, ejecución de funciones, lenguaje, funciones motoras y visuo-motoras (15).

El Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales en su quinta versión (por sus siglas en inglés, DSM-5) define tres trastornos por tics: trastorno de tics transitorios, trastorno de tics vocales o motores persistentes (crónicos) y el trastorno o síndrome de la Tourette (ST) (3,16).

La prevalencia estimada de estos trastornos en niños tiene un rango muy amplio; por ejemplo, los tics aislados o transitorios oscilan entre 11 - 20 % en la edad escolar (16). Incluso, hay reportes sobre preescolares de primer año con cifras tan altas como 47 %. La presencia de tics alguna vez en la vida ha sido calculada por diversos autores y es reportada alrededor del 2,6 % (14). El síndrome de la Tourette tiene una prevalencia mundial estimada en 1 % (5). Su prevalencia en niños en edad preescolar varía entre 1 y 8 % (17). La relación por sexos muestra un predominio masculino de 3 a 1 a nivel general y el 38 % de niños con tics transitorios tiene padres con tics (11,12).

Típicamente, los tics inician entre los cuatro a seis años y en la mayoría de los casos alcanzan un pico a los 10 a 12 años. En el síndrome de la Tourette, los tics muestran una disminución en la adolescencia y dos tercios de los niños experimentan marcada mejoría o remisión completa en la adultez (17).

Dado que no hay un test para los trastornos de tics, su diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y la exploración física (16). Podría necesitarse incluso la grabación de los tics. Las pruebas de neuroimagen suelen ser normales. Entonces, es fundamental conocer la semiología de los tics, para diferenciarlos adecuadamente de otros trastornos de movimientos hiperkinéticos (2,13).

Presentamos un caso de trastorno de tics transitorios enfatizando en el enfoque diagnóstico y de tratamiento, dado que esto facilita un diagnóstico temprano y menor

Los tics se clasifican como simples o complejos. Los primeros implican un grupo muscular o sonido, mientras que los complejos son más lentos y más variados, involucran múltiples grupos musculares o sonidos, palabras o frases (ecopraxia, copropraxia, palilalia, ecolalia, coprolalia, tirar objetos, saltar, pedalear, tocar objetos o personas).

morbilidad derivada de tratamientos inadecuados y del empeoramiento de las enfermedades acompañantes.

Reporte de caso

En junio de 2017 un niño de nueve años acude con su madre a urgencias por llevar dos meses emitiendo sonidos guturales y presentando parpadeos frecuentes, movimientos involuntarios del cuello y contracciones de músculos flexores en miembros superiores; todos de inicio súbito, breves y sin patrón identificable. Refería una sensación de malestar al intentar suprimir los tics.

Había asistido a múltiples consultas y se le había prescrito haloperidol y benzodiazepinas por diagnóstico de distonía. No había recibido valoración por psiquiatría o neurología hasta el momento.

Progresivamente, presentó empeoramiento de los síntomas con el estrés, insomnio de conciliación, tics durante el sueño y episodios de agresividad física hacia los padres, junto con dificultad para acatar sus órdenes. Era la primera vez en su vida con estos síntomas. No se reportaron antecedentes médicos personales y familiares relevantes.

Durante el examen físico se observaron tics motores (parpadeo, sacudidas de brazos y cabeza) y tics verbales (sonidos guturales, disfluencias verbales, coprolalia y ecolalia). No se hallaron otras alteraciones en la exploración neurológica.

En la valoración por pediatría se consideró síndrome de Gilles de la Tourette y se decidió hospitalizar y dar manejo con clonidina 0,05 mg cada noche y risperidona 1 mg diario. Para descartar causas orgánicas se ordenó tomografía simple y contrastada de cráneo, cuyo resultado fue normal. El servicio de Neurología infantil completó su estudio con un electroencefalograma que fue normal y excluyendo, además, crisis epilépticas que simularan los tics.

Tras 24 horas de tratamiento farmacológico se observó un patrón de sueño normal en el niño y una disminución significativa de los tics.

El servicio de Psiquiatría encontró, además, un historial de bajo rendimiento escolar, hetero-agresión, poca tolerancia a la frustración y oposición ante figuras de autoridad. Se documentó un examen mental con ánimo irascible, hipoprosexia, tics motores y vocales, pararrespuestas, lenguaje concreto, sin ideas de autoagresión, alucinaciones visuales y algunas ideas paranoides. Con base en lo anterior se diagnosticó, además del trastorno por tics, la coexistencia de un trastorno oposicional - desafiante y un trastorno psicótico, por lo que se le prescribió risperidona y quetiapina, acompañado de protección por riesgo de agitación.

El paciente estuvo hospitalizado en espera de verificar control de los tics y de asegurar tratamiento ambulatorio, egresando luego de 11 días de estancia. Al mes del egreso, en valoración por Psiquiatría infantil se prescribió monoterapia con risperidona. Hasta la fecha, se encuentra asintomático y asistiendo a sesiones de terapia cognitivo - conductual con entrenamiento de reversión de hábitos.

Dado que no hay un test para los trastornos de tics, su diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y la exploración física. Las pruebas de neuroimagen suelen ser normales. Entonces, es fundamental conocer la semiología de los tics, para diferenciarlos adecuadamente de otros trastornos de movimientos hiperkinéticos.

Discusión

A diferencia de los demás trastornos, los tics son irregulares, suprimibles durante periodos cortos de tiempo y son los únicos que se pueden reproducir a voluntad.

Los tics se incluyen dentro de los trastornos de movimientos hiperkinéticos junto con los temblores, las distonías, la corea, el balismo, la atetosis, tics, las mioclonías, la hiperekplexia (o enfermedad del sobresalto), el espasmo hemifacial, las estereotipias y la acatisia. Estos trastornos se caracterizan por un exceso de movimiento o movimientos anormales involuntarios (discinesias). A diferencia de los demás trastornos, los tics son irregulares, suprimibles durante periodos cortos de tiempo y son los únicos que se pueden reproducir a voluntad (11). En el [cuadro 1](#) se presentan las características de los diferentes movimientos hiperkinéticos (8,13). Estas características se evaluaron en el paciente y permitieron identificar el trastorno por tics.

Cuadro 1. Características de cinco trastornos de movimiento que pueden parecerse a los tics

Trastorno	Tics	Estereotipias	Distonías	Coreas	Balismo	Mioclonías
Características	Súbitos, repetitivos, estereotipados, no rítmicos, movimientos o sonidos	Rítmicos (con patrón), sin propósito	Contracción de músculos agonistas y antagonistas, que ocasiona torsión	Continuos, fluctuantes, no rítmicos, sin propósito	Forzados, arrojamiento, coreicos, pero de gran amplitud	Súbitos, rápidos, en latigazo
Edad de inicio	Usualmente mayores de 3 años, resuelven en la adultez	Usualmente menores de 3 años, resuelven en la adolescencia	Más comunes en adultos	Cualquier edad	Cualquier edad	Cualquier edad
Precipitantes	Disminuyen con la concentración, aumentan con el estrés, ansiedad, fatiga o aburrimiento	Ocurren con la ansiedad o excitación	Empeoran durante tareas motoras	Empeoran durante tareas motoras	Empeoran durante tareas motoras	Ninguno
Comorbilidades	TOC, TDAH	Discapacidad cognitiva o autismo	Ninguna específica	Puede ser posestreptocócica	Puede ser posestreptocócica	Ninguna específica
Urgencia premonitoria	Sí	Posible	No	No	No	No
Capacidad de supresión	Temporal	Sí	No	Parcial, puede aparecer cómo movimientos semiintencionados	Parcial	No

Tomado y adaptado de Harris et al. (13)

Los problemas de sueño se han referido como relacionados a las comorbilidades y a la farmacoterapia, pero hasta un 32 % de casos pueden tenerlos en relación primaria con los tics (17,18). En el caso presentado fueron un problema muy importante y uno de los primeros en resolverse luego de la medicación.

Las dificultades de rendimiento escolar se han asociado a matoneo y a la interferencia causada por los síntomas; en otros casos se han identificado trastornos de aprendizaje asociados. Sin embargo, un estudio reciente evidencia que, con tratamiento y apoyo escolar, los tics no influyen en la capacidad de aprendizaje (19).

El síndrome de la Tourette se refiere a un trastorno de tics crónico caracterizado por múltiples tics motores y al menos un tic vocal, no necesariamente concurrentes, con aparición antes de los 18 años (20). Fue descrita por primera vez en 1885 por el médico francés Georges Gilles de la Tourette (21,22).

En este síndrome se presentan frecuentemente comorbilidades: trastorno por déficit de atención cerca del 60%, trastorno obsesivo-compulsivo alrededor del 30% y trastorno oposicional desafiante hasta un 15% (5,17). En Colombia hay pocos estudios, siendo un hallazgo importante la ineficacia del tratamiento por un diagnóstico errado (22).

El síndrome de la Tourette se refiere a un trastorno de tics crónico caracterizado por múltiples tics motores y al menos un tic vocal, no necesariamente concurrentes, con aparición antes de los 18 años.

En el caso presentado hubo un retraso en el diagnóstico debido a la confusión con distonías y al difícil acceso a una atención especializada. La presencia de múltiples tics motores y vocales, junto con un trastorno conductual oposicional desafiante, hacen como diagnóstico más probable el síndrome de la Tourette. No obstante, su diagnóstico definitivo exige una duración superior a un año, lo que recalca la necesidad del seguimiento.

Es llamativa la severidad observada en el caso presentado y la comorbilidad con trastorno oposicional desafiante, que es infrecuente y más notoria en formas de aparición temprana, antes de los cuatro años (23). Los ataques de ira no son infrecuentes como comorbilidad, pudiendo presentarse hasta en el 37 % de los pacientes con tics y podrían alcanzar hasta un 80 % de los niños, siendo tratables con los antipsicóticos atípicos (8). En el caso referido no se volvieron a presentar luego del tratamiento.

Durante la evolución del caso no se cuantificó su severidad, pero según las escalas presentadas (13) se corrobora una gran afectación: la escala YGTSS del paciente fue: puntaje total de severidad de tics = 40/50, Puntaje de severidad global = 80/100 (cuadro 2) (24).

Cuadro 2. Escalas más comunes para establecer severidad de los tics y el impacto en la funcionalidad

Instrumento	Propósito	Descripción	Aplicación	Frecuencia de uso
Escala de severidad global de los tics de Yale (YGTSS)	Establece severidad de los tics	Revisión de tics motores y vocales. Califica número, frecuencia, intensidad, complejidad e interferencia en una escala de 1 – 5 puntos	Calificada por el médico	Anual y a necesidad según aumenten los tics
Escala de urgencia premonitoria para tics (PUTS)	Detecta la presencia de sensaciones molestas que preceden los tics	10 preguntas	Autorreporte	Anual y a necesidad según aumenten los tics
Escala de calidad de vida del ST (GTS-QOL)	Mide calidad de vida	27 preguntas, 4 subescalas: psicológica, física, obsesiva y cognitiva	Autorreporte	Anual y a necesidad según aumenten los tics

Tomado y adaptado de Harris et al.(13)

La psicoeducación es piedra angular del tratamiento y a menudo es la única intervención requerida de tratamiento. Dentro de las terapias conductuales el entrenamiento de reversión de hábitos y la intervención intensiva del comportamiento son las mejores, por sus efectos más sostenidos (1,7,8).

En el caso presentado, además de la psicoeducación, habían criterios para tratamiento farmacológico, dado que estaba causando problemas familiares, ausentismo escolar y problemas del sueño por su severidad ([1,13,25](#)).

En niños con tics el tratamiento con antipsicóticas (risperidona) y agentes noradrenérgicos (clonidina) es efectivo a corto plazo y su eficacia clínica no se afecta por la gravedad del tic o por la presencia de comorbilidades ([1,2,20](#)). Se recomienda usar primero los alfa-agonistas (clonidina o guanfacina) por dos o tres meses, luego los antipsicóticos atípicos (risperidona o aripiprazol) por el mismo tiempo y el uso de terapia combinada (alfa agonista + antipsicótico atípico) queda como tercera línea. Cómo último recurso se emplea la terapia triple, incluyendo un antipsicótico de primera generación ([2,5,13](#)).

Los antipsicóticos de primera generación, como haloperidol, tienen efectividad sobre los tics, aunque con más efectos secundarios ([2,8](#)). Es probable que en el caso presentado no funcionaran dado que se usaron sólo en el período de crisis. Por otro lado, combinar dos antipsicóticos atípicos, como sucedió con el paciente (risperidona y la quetiapina), no ofrecería un beneficio adicional sobre los tics, pero posiblemente sí sobre su trastorno conductual.

En conclusión, el diagnóstico de los tics es fundamentalmente clínico, siendo esencial conocer la semiología para evitar errores diagnósticos y retrasos terapéuticos. La asociación de múltiples tics motores y vocales en niños junto a comorbilidades psiquiátricas debe hacer sospechar el síndrome de la Tourette, a confirmarse si persiste durante más de un año. Su asociación con trastorno conductual oposicional desafiante, aunque infrecuente, está descrita.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no poseen conflicto de intereses respecto del caso presentado.

Bibliografía

1. Roessner V, Schoenefeld K, Buse J, Bender S, Ehrlich S, Münchau A. Pharmacological treatment of tic disorders and Tourette syndrome. *Neuropharmacology*. 2013; 68:143–9.
2. Ganos C, Martino D, Pringsheim T. Tics in the pediatric population: pragmatic management. *Mov Disord Clin Pract*. 2017;4(4):639–40.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Asociación Americana de Psiquiatría, editor. Arlington, VA: 2013; 2013. 43-44 p.
4. Serajee FJ, Mahbulul Huq AHM. Advances in Tourette syndrome. Diagnoses and treatment. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(3):687–701.
5. Shaw ZA, Coffey BJ. Tics and Tourette syndrome. *Psychiatr Clin N Am*. 2014;37(3):269–86.
6. García Valencia J, Vásquez R, Rosero NH. Trastorno por Tics: G de Tourette. *Rev Col Ped*. 1999;34(4).

La psicoeducación es piedra angular del tratamiento y a menudo es la única intervención requerida de tratamiento. Dentro de las terapias conductuales el entrenamiento de reversión de hábitos y la intervención intensiva del comportamiento son las mejores, por sus efectos más sostenidos.

7. Woods DW, Houghton DC. Chapter 9 – Behavior therapy for childhood tic disorders. *Clinical and organizational applications of applied behavior analysis*. Elsevier Inc.; 2015. 195-215.
8. Murphy TK, Lewin AB, Storch EA, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(12):1341–59.
9. Torres EE, Celeste M, Scromeda P, Adrián N, Cima B. Síndrome de Gilles de la Tourette en pediatría. *Rev Posg Vla Cat Med*. 2010; 201:18–23.
10. Jackson GM, Draper A, Dyke K, Pépés SE, Jackson SR. Inhibition, disinhibition, and the control of action in Tourette syndrome. *Trends Cogn Sci*. 2015;19(11):655–65.
11. Fernández Fernández MA, Morillo Rojas MD. Los tics en pediatría. *Pediatr Integr*. 2017;21(2):109–15.
12. Fernández-Álvarez E. Tics. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2008; 29:218–20.
13. Harris E, Wu S. Children with tic disorders: how to match treatment with symptoms. *Curr Psych*. 2015;9(3):29–36.
14. Black KJ, Black ER, Greene DJ, Schlaggar BL. Provisional tic disorder: what to tell parents when their child first starts ticcing. *F1000Research*. 2016;5(May):696.
15. Morand-Beaulieu S, Leclerc J, Valois P, Lavoie M, O'Connor K, Gauthier B. A Review of the neuropsychological dimensions of Tourette syndrome. *Brain Sci*. 2017;7(8):106.
16. Scahill L, Specht M, Page C. The prevalence of tic disorders and clinical characteristics in children. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(4):394–400.
17. Ferreira BR, Pio-Abreu JL, Januário C. Tourette's syndrome and associated disorders: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014;36(3):123–33.
18. Ghosh D, Rajan P V., Das D, Datta P, Rothner AD, Erenberg G. Sleep disorders in children with tourette syndrome. *Pediatr Neurol*. 2014;51(1):31–5.
19. Delgado EC, Deza CG, De la Fuente Anuncibay R. Los tics y su relación con las dificultades de aprendizaje: Estudio longitudinal de la prevalencia de los tics primarios y comorbilidad asociada en población escolar. *Univ Psychol*. 2016;15(5).
20. Hollis C, Pennant M, Cuenca J, Glazebrook C, Kendall T, Whittington C, et al. Clinical effectiveness and patient perspectives of different treatment strategies for tics in children and adolescents with Tourette syndrome: A systematic review and qualitative analysis. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2016;20(4): 1 - 450.
21. Ferreira R. Síndrome de Tourette. Salamandra, Centro Internacional de Entrenamiento. 2016.
22. Palacios Sánchez L, Vergara Méndez LD, Martínez Camacho AV, Canal Piñeros S, Mora Muñoz L. Gilles de la Tourette y su síndrome. *Acta Neurológica Colomb*. 2016;32(1):80–6.

23. Richer F, Daghfal R, Rouleau GA, Lespérance P, Chouinard S. Clinical features associated with an early onset in chronic tic disorders. *Psychiatry Res.* 2015;230(3):745–8.
24. Yale Child Study Center. YGTSS [Internet]. 1992. Disponible en: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/06/TIC-YGTSS-Clinician.pdf>
25. Gilbert DL, Jankovic J. Pharmacological treatment of Tourette syndrome. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2014;3(4):407–14.