



## Trastorno obsesivo compulsivo en población pediátrica: una actualización en identificación e intervención temprana

### Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno mental que, en población adulta, llega a tener un curso crónico y puede ser muy incapacitante. Esto ha llevado a buscar intervenciones para prevenir su desarrollo y, sobre todo, a investigar este trastorno en población pediátrica para lograr, a largo plazo, mejor desenlace en la población afectada. Los autores de este estudio propusieron una revisión enfocada a la identificación y a las intervenciones tempranas que existen para el TOC pediátrico.

En el TOC se ha descrito un promedio de inicio bimodal, con un pico a los 12-14 años y otro a los 20-22 años. Algunos estudios sugieren que el TOC pediátrico tiende a un curso episódico en vez de crónico como en los adultos. Se presume que la prevalencia de TOC de inicio en la infancia es de 2% a 4%; sin embargo, en México no se han realizado estudios epidemiológicos que nos permitan conocer su impacto en la población. Aunque se estima que el TOC pediátrico no llega, por lo general, a ser tan grave, es posible que llegue a generar dificultades en el desarrollo, y persistencia si no se recibe tratamiento. La duración de un TOC no tratado es de las más largas entre todos los trastornos psiquiátricos (7 a 10 años en adultos y más de 2 años en niños), y esto es alarmante ya que a mayor duración de la enfermedad peor desenlace a largo plazo.

### Características de TOC pediátrico

La patogénesis y trayectoria del TOC pediátrico sigue sin poder ser establecida definitivamente y se cree que resulta de una combinación de varios factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicológicos. La heredabilidad del TOC pediátrico resulta tener mayor carga genética que el TOC en adultos; los estudios para genes candidatos han apuntado al sistema glutamatérgico. En la neurobiología se señala que los circuitos cortico-estriado-tálamo-cortical (CCETC) son los más implicados en TOC pediátrico; en neuroimagen se han notado diferente actividad y volumen en corteza cingulada anterior, corteza orbitofrontal lateral y medial, ganglios basales y cuerpo calloso. Se han resaltado diferencias comparando con adultos (por ejemplo, el tálamo parece tener mayor relevancia en población pediátrica); el desarrollo de TOC no necesariamente es lineal, por lo que hace mucha falta estudios longitudinales de neuroimagen. Se han descrito componentes inmunes incluyendo asociación con inflamación de bajo grado, neuroinflamación,

enfermedades autoinmunes y anticuerpos neuronales (especialmente dirigidos a ganglios basales). Aunque estas asociaciones no han sido estables, algunos autores proponen que el "TOC autoinmune" se considere como un subtipo diferente. No se han demostrado, hasta el momento, causalidad entre los factores de riesgo psicológicos y ambientales estudiados; sin embargo, la interacción gen-ambiente podría ser una causa, ya que se ha observado mayor agregación familiar e influencias epigenéticas en TOC pediátrico.

El estudio del TOC pediátrico se ha realizado principalmente usando la escala infantil obsesiva-compulsiva de Yale-Brown (CY-BOCS, por sus siglas en inglés) que se ha revelado insuficiente para las necesidades de investigación, ya que a veces es difícil diferenciar en situaciones normales y patológicas porque existe un continuo entre rituales normativos y síntomas obsesivos. Resulta interesante constatar que los niños que realizan consistentemente altos niveles de rituales y/o rutinas tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas obsesivos. Por otra parte, el TOC de inicio en la infancia no se asocia con depresión y ansiedad. Las comorbilidades son importantes ya que predicen un curso más complejo y peores desenlaces de tratamiento, y se ha observado que el TOC de inicio en la infancia es más común en niños y está más relacionado con el TDAH y el Trastorno por Tics.

### Prevención

La prevención primaria se enfoca en la identificación de población en riesgo de desarrollar síntomas obsesivos. Se ha reconocido que un puntaje de riesgo poligénico (PRS, por sus siglas en inglés) puede ser predictor de TOC, y que el rasgo de personalidad de evitación de hacer daño es el intermediador entre PRS y diagnóstico de TOC; pero aún faltan estudios que verifiquen y repliquen estos hallazgos. Se proponen endofenotipos como monitoreo de acción anormal, aumento de monitoreo de error, e inhibición post-error. En el estudio del TOC pediátrico no se han encontrado los déficits en flexibilidad cognitiva e inhibición de respuesta que se encuentran generalmente en TOC en adultos, lo que sugiere que la función cognitiva en población pediátrica no está afectada inicialmente. La psicoeducación para aumentar la consciencia del TOC pediátrico podría ayudar a identificar rasgos en edades tempranas, mas no se cuenta con evidencia de que sea efectiva en prevenir su desarrollo; a pesar de esto, parece ser la intervención más viable en la etapa de prevención primaria. Las intervenciones como dietas antiinflamatorias o hábitos de vida saludable no se han puesto a prueba empírica.

La prevención secundaria se enfoca en identificar y tratar individuos que tienen síntomas obsesivos para prevenir su progresión a TOC. Los síntomas de dimensión de simetría y orden son los que manifiestan un inicio más temprano. El tener padres con TOC, un estilo de crianza mal adaptativo, problemas de atención y trastornos depresivos y ansiosos son factores de riesgo descritos en población con síntomas obsesivos que desarrolla posteriormente TOC. Se han escrito libros a manera de biblioterapia con intención de identificar síntomas obsesivos y técnicas de autoayuda, pero aún faltan estudios que demues-

tren su efectividad. Los avances tecnológicos digitales permiten nuevas oportunidades como identificar patrones de uso de tecnología, cuestionarios de autorreporte, aplicaciones para intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), consultas por telemedicina, entre otros.

La prevención terciaria busca reducir las comorbilidades y minimizar el impacto del TOC cuando alguien recibe el diagnóstico. Los Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina (ISRS) se consideran tratamiento farmacológico de primera línea (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, escitalopram). La TCC con Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) es también recomendada. Se ha observado que un tercio de la población no responde a tratamiento farmacológico y que la existencia "síntomas de simetría y acumulación" tiene pobre respuesta a tratamiento farmacológico; si hay antecedentes familiares de TOC, sólo la TCC combinada con ISRS aporta una mejoría significativa. La Acomodación Familiar (AF) se asocia con mayor gravedad en sintomatología, mayor impacto en funcionalidad y peores desenlaces, por lo que su reducción resulta ser una intervención prometedora en los 3 niveles de prevención, aunque sólo se ha estudiado a fondo en población con diagnóstico de TOC y no en etapas previas. Las intervenciones de TCC basada en familia (TCCF) pueden proveer psicoeducación y técnicas para reducir la AF. Aún no hay evidencia respecto a la efectividad de posibles tratamientos transdiagnósticos (biomarcadores para predecir respuesta, terapias basadas

en emociones, estimulación auricular transcutánea del nervio vago) que siguen en investigación.

### Discusión y conclusión

Se requiere mayor atención en la patogénesis del TOC, para mejorar las posibilidades de identificación temprana y seleccionar indicadores de efectividad de tratamiento más adecuados. También se merece mayor investigación y estudio de técnicas de neuroestimulación no invasiva, que se han usado para tratar adultos, pero no la población pediátrica.

La evidencia detrás de la identificación e intervención temprana para TOC pediátrico aún es escasa. Las intervenciones de prevención secundaria son las más estudiadas, pero no se aplican lo suficiente. Se están generando propuestas para jerarquizar probables estrategias efectivas. En México no se cuenta con estudios epidemiológicos por lo que podrían ser un punto de inicio para atender adecuadamente a esta población.

*Saad Manzanera, Assad Daniel*

### Bibliografía

Liu, X., & Fan, Q. (2023). Early Identification and Intervention in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sciences*, 13(3), 399. doi: 10.3390/brainsci13030399

# TraDeA<sup>®</sup>

Metilfenidato



10 mg 30 tabletas



10 mg 60 tabletas

# TraDeA<sup>®</sup> LP

Metilfenidato



20 mg 30 tabletas



27 mg 30 tabletas



36 mg 30 tabletas



54 mg 30 tabletas

Concentración sin límites 

