

A. Frías Ibáñez<sup>1</sup>  
R. Sierra Serrano<sup>2</sup>  
P. Llorens Rodríguez<sup>2</sup>

# Síndrome de Gilles de la Tourette conversivo. A propósito de un caso

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario La Fe  
Valencia

<sup>2</sup> Unidad de Media Estancia Pare Jofré  
Valencia

**Introducción.** El síndrome de Tourette es un trastorno neurológico de orden genético que se inicia en la infancia, caracterizándose por la presencia de múltiples tics motores y fónicos.

**Caso clínico.** Se expone el caso de un varón, con antecedentes psicopatológicos disociativos y conversivos, que inició en la adultez un cuadro de tics motores y fónicos en el contexto de diversos conflictos interpersonales e intrapersonales de evolución desde la infancia. Con la instauración del tratamiento farmacológico no se apreció mejoría alguna, obteniéndose una respuesta parcial a la psicoterapia centrada en el afrontamiento de las situaciones amenazantes.

**Conclusiones.** La psicopatología del espectro obsesivo-compulsivo que presenta naturaleza conversiva y disociativa es un fenómeno inusual, observable en sujetos predispuestos constitucionalmente. Los tics conversivos constituyen un reto nosológico, dadas las fluctuaciones y exacerbaciones ante el estrés que manifiestan también sus homónimos neurológicos. Se hacen necesarios unos criterios operativos más específicos para optimizar la validez diagnóstica de este «trastorno del movimiento psicógeno».

**Palabras clave:** Síndrome de Tourette. Trastorno de conversión. Inicio en la adultez. Trastorno del movimiento psicógeno.

*Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):115-117*

## Conversive Gilles de la Tourette syndrome. A case report

**Introduction.** Tourette's syndrome is a neurological disorder of genetic order that begins in childhood, being characterized by the presence of multiple phonic and motor tics.

**Clinical case.** A male with previous dissociative and conversion psychopathology initiated motor and phonic

tics in the adulthood in the context of several inter and intrapersonal conflicts beginning in childhood. No improvement was observed when drug treatment was established, there being partial response with psychotherapy oriented to coping with threatening situations.

**Conclusions.** The psychopathology of the obsessive-compulsive spectrum having a conversion and dissociative origin is an unusual phenomenon, this being observed in constitutionally predisposed subjects. Conversion tics are a nosologic challenge, given the fluctuations and exacerbations due to stress also manifested by their neurological homonyms. More specific criteria are necessary in order to optimize the diagnosis of this «psychogenic movement disorder».

**Key words:** Tourette syndrome. Conversion disorder. Adulthood onset. Psychogenic movement disorder.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno neurológico de origen genético que se inicia en la infancia, caracterizándose por la presencia de tics, fónicos y motores, no transitorios.

## CASO CLÍNICO

Se expone el caso de un varón de 24 años, que convive con su madre y hermana. Pasante en un bufete de abogados. Es remitido a consultas externas de psiquiatría por un cuadro de tics.

## MOTIVO DE CONSULTA

Según refería el paciente, desde hacía 4 meses, presentaba tics motores y verbales, ocasionándole quejas de vecinos y absentismo laboral. Señalaba que eran desencadenados por frustraciones «si algo no salía perfecto», comentarios críticos o presión laboral.

Correspondencia:  
Álvaro Frías Ibáñez  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario La Fe  
Av. Campanar, 21  
46009 Valencia  
Correo electrónico: alvarofrias66@hotmail.com

## HISTORIA PERSONAL

Fue fruto de un parto y puerperio sin incidencias. Presentaba torpeza psicomotriz, lo cual le generó burlas en la escuela. A nivel temperamental, era un niño introvertido y perfeccionista. En la infancia, la madre le exponía a continuos ejercicios escolares, sometiéndole a castigos físicos y críticas si no los cumplimentaba rigurosamente. El padre, militar de profesión, descalificaba continuamente el comportamiento del resto. Desde los 6 años, llevaba a cabo autoagresiones estereotipadas con el puño en la cabeza y el pecho cuando sentía ira. A nivel interpersonal, destacaba por una nula asertividad y alto gregarismo. En el instituto, los resultados académicos eran su única fuente de interés. A partir de la universidad, el temor al fracaso mermó su rendimiento. A los 23 años, el padre falleció por una reacción adversa a medicamentos; no volvió a experimentar emociones.

## ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Familiares: no consta patología (neuro)psiquiátrica.

Personales (16-23 años): seudoalucinaciones auditivas y alucinosis visuales pueriles de curso fluctuante (estrés por exámenes); mostraba indiferencia afectiva. Remitieron espontáneamente.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

Durante la entrevista se hallaba consciente y vigil. Actitud hipercordial. Orientado en tiempo, lugar y persona. Sin alteraciones atencionales o memorísticas. El discurso era fluido y coherente, con tendencia a la sistematización. El contenido estaba centrado en las preocupaciones por el rendimiento profesional, presentando autorreproches sobre un fondo de hiperresponsabilidad. A nivel afectivo, destacaba apatía acompañada de ansiedad somática. A nivel psicomotor, tics motores y vocales, tanto simples como complejos (palilalia y ecolalia), con frecuencia en episodios ultracortos. Se observaban también unas inconsistentes discinesias en extremidades inferiores. Mostraba distanciamiento afectivo de los tics. Aceptaba posible etiología psicógena.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Bioquímica, hemograma, hormonas tiroideas y orina: normales.

Electroencefalografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones: normales.

## Diagnóstico

El trastorno de conversión con síntomas motores (síndrome de Tourette) corresponde al código F44.4.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad corresponde al código F60.5.

## EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Durante los primeros 2 años recibió tratamiento ambulatorio, sin mostrarse respuesta a diversos antipsicóticos y anticonvulsivantes. Ingresó tres veces en la sala de psiquiatría del área, remitiendo los tics abrupta y espontáneamente con las hospitalizaciones. Posteriormente fue admitido en la Unidad de Media Estancia Pare Jofré, promoviéndose las habilidades sociales y la exposición a los contextos amenazantes; se obtuvo un control parcial de los tics con relajación.

## CONCLUSIONES

La sintomatología del espectro obsesivo-compulsivo de naturaleza «histérica» es un fenómeno apenas descrito en la literatura psiquiátrica<sup>1,2</sup>. Es característica de sujetos con una predisposición constitucional obsesivo-compulsiva<sup>3</sup>, los cuales también manifiestan otros mecanismos compensatorios (intelectualización, formación reactiva)<sup>4</sup>. Se sostiene que esta diátesis personal reflejaría un déficit en la autorregulación de la ira, al no haberse validado su expresión en la infancia por las figuras significativas. En dicho contexto, las estereotipias autolesivas constituirían un mecanismo disociativo (agresión desplazada), por el cual la ira es dirigida hacia un Yo que se castiga al vivenciar impulsos heteroagresivos intolerables<sup>5</sup>. Todo ello sería un ejemplo paradigmático de la convergencia entre los aspectos más biológicos (temperamento) y funcionales (mecanismos de defensa) en la génesis de la patología mental.

Respecto a los tics múltiples de inicio en la adultez, la mayoría se han constatado tras traumatismo craneoencefálico, abuso de cocaína, medicación neuroléptica, corea de Huntington, etc. Apenas hay casos etiquetados como «idiopáticos»<sup>6</sup>, y sólo excepcionalmente se ha documentado su naturaleza conversiva<sup>7</sup>. Con el fin de optimizar la validez diagnóstica, algunos intentos por operativizar las alteraciones motoras seudoneurológicas se han emprendido<sup>8,9</sup>, estableciéndose unos criterios para los «trastornos del movimiento psicógenos». Pese a ello, la posibilidad de referendar la naturaleza conversiva de los tics representa un desafío nosológico adicional, dado que los tics neurológicos fluctúan también por el estrés y pueden, en ocasiones, coexistir<sup>10</sup>.

En resumen, el síndrome de Tourette conversivo es un trastorno mental inusual, a veces considerado inexisten-

te<sup>11</sup>, que debe tenerse en cuenta ante la presencia de otros movimientos inconsistentes, episodios ultracortos, edad de inicio tardía, antecedentes histéricos y remisiones asociadas exclusivamente a psicoterapia o a modificaciones ambientales.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Agarwal Arun Lata. Compulsive symptoms in dissociative (conversion) disorder. *Ind J Psychiatry* 2006;48(3):198-200.
2. Bieniecka A, Sulestrowska H. Compulsive motor acts as a hysterical reaction caused by insurmountable fear of school. *Psychiatr Polska* 1982;16:201-3.
3. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Personality deviations and neurotic reactions. En: Slater E, Roth M, editores. *Mayer-Gross, Slater and Roth's clinical psychiatry*, 3rd ed. London: Bailliere Tindall; 1969. pp. 103-37.
4. Gabbard G. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002.
5. Menninger K. A Psychoanalytic Study of the Significance of Self-Mutilations. *Psychoanal Quart* 1935;4(3):408-66.
6. Chouinard S, Ford B. Adult onset tic disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68(6):738-43.
7. Araneta R, Magen J, Musci M, Singer P, Vann C. Gilles de la Tourette's syndrome symptom onset at age 35. *Child Psychiatry Hum Develop* 1975;224-30.
8. Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1998;50:431-55.
9. Thomas M, Jankovic J. Psychogenic movement disorders: diagnosis and management. *CNS Drugs* 2004;18(7):437-52.
10. Factor S, Podskalny G, Molho E. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;59:406-12.
11. Giménez Roldán S. *Histeria. Una perspectiva neurológica*. Barcelona: Masson; 2006.