

ESTEREOTIPIAS PRIMARIAS



1 DEFINICIÓN

Las estereotipias se consideran una alteración hipercinética del movimiento, es decir, un exceso de movimientos en el que puede estar implicada cualquier parte del cuerpo. Se trata de un movimiento involuntario, coordinado, no propositivo, rítmico y que se realiza de forma idéntica en cada repetición. Pueden suprimirse con la distracción del paciente y no impiden la realización de una actividad motora.

Entre estos movimientos se encuentran los balanceos, rascarse, bruxismo, dar cabezazos, lanzar objetos, vocalizaciones repetitivas, morderse labios o dedos, aplaudir sin motivo o cualquier reacción motora que siempre presente el mismo patrón.

1.1 ¿QUÉ FRECUENCIA TIENE?

Se calcula que entre el 3 y el 9% de niños entre los 5 y 8 años presentan estereotipias primarias. La incidencia es mayor en el caso de estereotipias secundarias, hasta del 40-45%.

2 SINTOMATOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

Las estereotipias se dividen en primarias y secundarias. Las estereotipias primarias son aquellas que ocurren en niños con un desarrollo psicomotor normal. Las secundarias se dan en pacientes con trastornos neurológicos asociados, como discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o déficits neurosensoriales.

Las estereotipias primarias suelen comenzar en los primeros años de vida, mayoritariamente antes de los 3 años. Suelen aparecer en racimos (clusters) o salvas, de segundos a minutos de duración, varias veces al día, durante actividades que generen una excitación (jugar a la consola, ver dibujos animados, ir a la piscina, etc.), y con menor frecuencia ante situaciones de estrés o ansiedad, cansancio o aburrimiento. En prácticamente la totalidad de los casos se pueden inhibir con la distracción del niño o con un estímulo, como llamarlo por su nombre.

Existen estereotipias relacionadas con el sueño, que conforman un ritual que el niño ejecuta para facilitarse el sueño, como balanceo del cuerpo (body rocking) o golpeteo cefálico contra la almohada (head banging o jactatio capitis nocturna).

Cada niño tiene su propio repertorio de estereotipias motoras, que repite de forma idéntica prácticamente a diario. En ocasiones se observa una evolución del patrón del movimiento en un mismo niño, y con la edad suelen añadir mayor expresividad y complejidad al movimiento, asociando muecas, ruidos o posturas diversas. También es frecuente observar más de una estereotipia en un mismo niño.

Además, las estereotipias pueden ser comunes y complejas.

Se definen como **estereotipias comunes** aquellas que afectan a una proporción elevada de la población infantil (hasta un 20% de los niños sanos) y que persisten con frecuencia en la

adolescencia y edad adulta. Las complejas consisten en movimientos o actividades motoras más complejas y coordinadas o de vocalizaciones.

Las estereotipias comunes más frecuentes en lactantes y preescolares son balancear el tronco (body rocking) o chuparse el dedo. Ejemplos de estereotipias en escolares son morderse las uñas, enroscarse el pelo, balancear el tronco y golpear o repiquetear con los dedos de las manos y los pies. Es frecuente la transición de unas estereotipias comunes a otras con la edad en un mismo niño.

En cuanto a las **estereotipias primarias motoras complejas**, se trata de movimientos en los que van a estar implicados los miembros superiores, que pueden ser rítmicos (clásico aleteo o dar palmas) o contracciones musculares sostenidas que pueden simular distonías posturales. Con frecuencia son asimétricos, con tendencia a realizarlos siempre en un mismo hemicuerpo. Suelen coexistir movimientos distales en forma de rotación de muñecas, frotamientos de las yemas de los dedos, etc. También es frecuente observar muecas faciales asociadas a los movimientos de miembros, así como la emisión de sonidos guturales o gritos. Pueden estar implicados los miembros inferiores, que de igual forma que los brazos, pueden manifestar rigidez o movimientos rítmicos (dar patadas, saltar, caminar en círculo, correr, etc.)

Es importante la detección de otros trastornos neuropsicológicos que pueden estar asociados (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tics, trastorno obsesivo-compulsivo).

3 RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

La gran mayoría de los casos, no precisan tratamiento, ya que no suelen ser perjudiciales y con frecuencia remiten con el tiempo.

En los de mayor gravedad (como en casos de conductas autolesivas), o en los que exista repercusión psicosocial, se puede realizar un abordaje terapéutico bien a través de intervención psicológica o a través de tratamiento farmacológico.

Existe una gran variedad de terapias específicas, que han resultado ser eficaces, como la terapia de contención mecánica o la terapia de inversión de hábitos, en la que el niño aprende a identificar e inhibir la estereotipia.

Finalmente, a pesar de que se ha demostrado que el tratamiento farmacológico presenta una menor tasa de éxito, en ciertos casos se puede recurrir a la administración de fármacos como benzodiacepinas, agonistas adrenérgicos, antagonistas opiáceos, bloqueantes β , antiepilépticos, neurolépticos atípicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, etc.

Es importante identificar y tratar los trastornos comórbidos.

4 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Las estereotipias suelen comenzar en la lactancia o primera infancia, alcanzando su máxima incidencia en el tercer año de vida y disminuyendo de intensidad posteriormente. No es habitual su persistencia más allá de la adolescencia.

En ocasiones, son tan frecuentes que pueden interferir con las actividades escolares. En estos casos, es importante descartar otros trastornos comórbidos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos etc.

Enlace de interés:

- <http://www.apcontinuada.com/es/estereotipias-primarias-pediatria>
- <https://metabolicas.sjdhospitalbarcelona.org/noticia/estereotipias-infancia>
- <http://neuropedwikia.es/content/definicion-y-clasificacion-estereotipias-primarias-y-secundarias>