



Clinetovet

Revista clínica
de etología
veterinaria

16

Identificación de trastornos antes no clasificados

La etología como herramienta para entender la sintiencia y las emociones en los reptiles



Multimédica
ediciones
veterinarias

n **16**

Clinetovet

Revista clínica
de etología
veterinaria

Índice

- Identificación de trastornos antes no clasificados** 2
Rubén E. Mentzel
- La etología como herramienta para entender la sintiencia y las emociones en los reptiles** 10
Vanessa Cadenas, Albert Martínez-Silvestre

Comité científico: Marta Amat y Xavier Manteca



**Multimédis
ediciones
veterinarias**

Identificación de trastornos antes no clasificados

Rubén E. Mentzel

Facultad de Ciencias Veterinarias y Ambientales, Universidad J. A. Maza, Mendoza. Carrera de Veterinaria, Universidad del Salvador, Pilar. Argentina

INTRODUCCIÓN

A medida que mejoramos nuestros conocimientos sobre los patrones de comportamiento normal y sus alteraciones en caninos y felinos domésticos, y perfeccionamos los métodos de observación, descripción y registro de las conductas problemáticas, identificamos cuadros clínicos de incidencia variable pero repetida que no se adecuan a los criterios diagnósticos ya establecidos. Pese a contar con una amplia gama de entidades nosológicas ya clasificadas, encontramos pacientes con algunos signos en común con los trastornos ya establecidos, pero que no reúnen los criterios mínimos necesarios para identificarlos como tales en las evaluaciones clínicas sistematizadas. Resultado de ello es que hemos identificado tres entidades clínicas, que si bien mencionadas vagamente o referidas solo a algunos comportamientos anormales por otros autores, deben ser consideradas como cuadros específicos entre los diagnósticos diferenciales. Ellas son la “agresividad explosiva intermitente”, el “trastorno del control de los impulsos” y, el “trastorno disociativo”. El objetivo de este artículo es entonces describir los signos clínicos más frecuentes y su relación con los conocimientos actuales sobre su etiología, fisiopatología y etopatología, así como proponer criterios diagnósticos y medidas terapéuticas apropiadas.

AGRESIVIDAD EXPLOSIVA INTERMITENTE

Antecedentes

Este trastorno se presenta tanto en perros como en gatos. En perros se encuentran varias menciones del problema en la bibliografía internacional, pero con muy diferentes nombres y sin un marco teórico que permita identificarlo como una entidad nosológica específica, sino más bien desde un enfoque meramente descriptivo. Así encontramos denominaciones como: “agresión idiopática o resabio idiopático”, “colera o descontrol episódico o disfuncional”, “síndrome de furia (Rage Syndrome)” especialmente referido al Cocker Spaniels y Springer Spaniels, “síndrome de falla, error o lapsus mental” y “agresión explosiva o hiperagresividad primaria”.

Definición

Podemos definir esta patología del comportamiento como un cuadro clínico caracterizado por agresión anormal (instrumentalizada/explosiva), inapropiada (desproporcionada) y fuera de contexto, dirigida a individuos u objetos, que no puede ser explicados por otras causas o trastornos. Esta situación sería análoga a la patología psiquiátrica del ser humano denominada “trastorno explosivo intermitente”.



F.1



F.2

Fisiopatología

Hasta el momento la información que tenemos sobre las alteraciones funcionales de determinadas áreas cerebrales corresponden a la activación de un interruptor o “switch” en uno de los circuitos noradrenérgicos encefálicos, respaldada esta hipótesis por los signos típicos de activación del sistema nervioso simpáticos, caracterizados principalmente por midriasis, que anteceden por segundos al ataque (Figura 1). Las personas que conviven con el animal describen esta situación mencionando que el animal parece “poseído”. Experimentalmente se han relacionado este tipo de reacciones agresivas con lesiones en el hipotálamo ventromedial en roedores. También hay reportes aislados de cambios en el electroencefalograma (EEG) consistentes en la presencia de puntas aisladas en el trazado de las ondas rápidas de bajo voltaje de la corteza temporal, que se relacionan con los registros eléctricos del EEG de los carnívoros silvestres (“trazado silvestre”).

Etopatología

En estos casos la secuencia del comportamiento agonístico está desestructurada desde el primer ataque, con ausencia de las fases de amenaza y de apaciguamiento, y con la fase consumatoria hipertrofiada (hiperagresividad primaria). Todos los ataques se presentan de la misma manera y con excesiva intensidad, mostrando entonces una rigidez conductual sin organización secuencial.

Signos clínicos

Los pacientes caninos o felinos presentan una agresión violenta, impredecible, descontrolada y repetida, sin estímulos disparadores ni especificidad de respuesta, es decir no se puede identificar señales, contextos o eventos característicos que justifiquen la reacción (Figura 2). Cuando se asocian a una intensión de contacto por una persona o animal, este no tiene características amenazantes que se relacionen con la reacción. Los ataques, de concretarse, pueden producir heridas múltiples y severas (Figura 3).

Diagnóstico clínico

El diagnóstico es exclusivamente clínico y debe ser realizado por un veterinario especialista, en base a la historia, contexto de presentación y los hallazgos clínicos antes mencionados, y que no puedan ser explicados por otras causas o trastornos. Hay que tener en cuenta que este problema pueden tener un solapamiento de mecanismos y diagnósticos neuroetológicos. Lamentablemente hasta el momento el EEG carece de especificidad de raza y de patología como método complementario confiable.

Diagnóstico diferencial

Por medio del examen clínico y los métodos complementarios correspondientes se lo debe diferenciar de varias patologías físicas, como ser: encefalitis, neoplasias ce-

FIGURA 1. Midriasis segundos antes del ataque.

FIGURA 2. Reacción agresiva explosiva en consultorio.

FIGURA 3. Herida ocasionada por agresión explosiva de un perro a su dueña.



F.3

rebrales, hidrocefalia, intoxicaciones, convulsiones psicomotoras e hipotiroidismo. Otros diferenciales se deben establecer con los diferentes tipos de agresiones afectivas y no afectivas, que si bien inaceptables, son características de estas especies: agresión por miedo, predatoria, redirigida, jerárquica o competitiva, asertiva, por dolor, irritativa, maternal, sexual, territorial, por juego, posesiva o protectora. También debemos diferenciarla de otros trastornos como la sociopatía, la disocialización primaria, la distimia unipolar, y el trastorno del control de los impulsos. La sociopatía se diferencia por presentar el perro prerrogativas jerárquicas, la característica tríada de la agresión (agresión jerárquica, irritativa y territorial), el proceso de instrumentalización con una hiperagresividad secundaria, y signos accesorios como monta de personas, marcación urinaria dentro de la vivienda y destrucción en las salidas. En la disocialización primaria se presenta una desregulación de las interacciones sociales por falta de los rituales de comunicación propios de la especie y la agresión es de tipo irritativa, jerárquica e intraespecífica. La diferencia con la distimia unipolar se fundamenta en que en esta última hay un cambio de humor de amistoso a furioso de mayor tiempo de duración, generalmente por días, con desobediencia, excitación, midriasis, taquicardia, taquipnea, hipervigilancia, hiperexcitabilidad, hiposomnias, estereotipias, inmovilidad, fijación ocular y agresión posesiva o por miedo, que no se presentan en la “agresión explosiva intermitente”. El trastorno del control de

los impulsos lo desarrollaremos a continuación y se podrán señalar las diferencias.

Criterio diagnóstico

Por lo tanto el diagnóstico actualmente solo puede ser clínico por medio del criterio correspondiente, consistente en hiperagresividad primaria sin proceso de desestructuración, un tiempo mínimo de evolución aún no establecido, y la ausencia de causas y signos correspondientes a otras patologías o trastornos.

Pronóstico

Por ser una agresión extremadamente peligrosa, el pronóstico es grave.

Tratamiento

Es exclusivamente farmacológico a base de fluoxetina a razón de 1 a 3 mg/kg cada 24 hs vía oral en caninos y 0,5 a 2 mg/kg cada 24 hs también vía oral en felinos. La fluoxetina es un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) con acción anti-impulsiva y anti-agresiva en pacientes no depresivos, y con un período promedio de latencia de 2 semanas. Lamentablemente por las implicancias que tiene para la salud pública, nuestra responsabilidad profesional nos obliga en algunos casos, según los factores pronósticos del animal y del entorno físico y social donde habita, a considerar la eutanasia o la reclusión definitiva del paciente en un santuario.

TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Este trastorno hasta el momento se ha identificado solo en caninos, y hay solo dos referencias bibliográficas que podrían estar relacionados, la “indocilidad canina” o la “personalidad explosiva”.

Definición

El trastorno del control de los impulsos es un problema caracterizado por respuestas conductuales desproporcionadas frente a estímulos identificables, que afecta a varios patrones de comportamiento.

Etiología

Por un lado habría una predisposición epigenética, ya que se ha identificado un polimorfismo en los genes que codifica para la síntesis de la tiroxinhidroxilasa y del receptor D_4 de la dopamina, con variantes alélicas asociadas a mayor impulsividad en caninos. Por otro lado también se lo ha relacionado con un inadecuado desarrollo comportamental por destete precoz y pobre socialización de los cachorros.

Fisiopatología

En la corteza frontal de varias especies se ha detectado experimentalmente niveles reducidos de serotonina y dopamina asociados a la impulsividad, así como menor concentración del ácido 5-hidroxi-indol acético (5-HIAA), principal metabolito de degradación de la serotonina, en líquido cefaloraquídeo y en orina. En un trabajo con 19 perros a los que se les midió por SPET (tomografía por emisión de fotón simple) la perfusión cortical (con tecnecio-99m etilcisteinato) y la sensibilidad del receptor $5-HT_{2A}$ de la serotonina (con radio-ligando $^{123}I-5-I-R91150$), se detectó mayor sensibilidad en los receptores $5HT_{2A}$ corticales, sin diferencias subcorticales y sin alteraciones en la perfusión, relacionada con la agresión impulsiva. Después de un tiempo de tratamiento con citalopram (un ISRS) en 9 de los mismos perros impulsivos, se repetió el estudio y se registro una disminución de la sensibilidad de los mismos receptores en la corteza cerebral, con mejora de la impulsividad.

Etopatología

Los mecanismos etológicos presentan una falta de control inhibitorio del comportamiento voluntario en respuesta a un estímulo, y la incapacidad de tolerar la demora en el refuerzo ofrecido. En otro trabajo con 17 perros se encontró correlación positiva entre los puntajes altos de impulsividad en la Escala de Evaluación de la Impulsividad en Perros (DIAS, por sus siglas en inglés), la menor tolerancia al retraso del refuerzo en pruebas conductuales, y la disminución en los niveles urinarios de 5-HIAA y su relación con el HVA (ácido homovainílico, principal metabolito de degradación de la dopamina) como parámetro fisiológico.

Signos clínicos

La signología de este cuadro se caracteriza por excitación y respuestas de intensidad desproporcionada frente a estímulos identificables. Ausencia de fase apetitiva con fase consumatoria hipertrofiada. Las conductas afectadas incluyen saltos, vocalizaciones, juego, escapar, tirar de la correa y agresión pero con control de la mordida (Figura 4). Hay una clara dificultades para esperar su turno frente a un estímulo o actividad gratificante, e interrumpe o invade las actividades o interacciones entre otros individuos humanos o animales. Puede aprender órdenes simples sin problemas en entornos controlados y se relaja en ambientes neutros. Presenta sueño y apetito normales.

Diagnóstico

Se propone como criterio diagnóstico la presencia de las conductas problemas antes mencionadas, y que interfieran significativamente con las rutinas del animal, sus tareas y sus actividades sociales. No deben ser consecuencia de falta de atención, ejercicio o educación. Y no pueden ser explicadas por otras causas (enfermedades físicas o ingestión de sustancias) u otros trastornos de comportamiento.

Diagnósticos diferenciales

Esta patología comportamental se debe diferenciar de otros trastornos que tam-



F.4

FIGURA 4. Vídeo 1

bién cursan con exceso de impulsividad, como ser la hiperactividad/hiperquinesia o síndrome de hipersensibilidad/hiperactividad, la sociopatía, la disocialización, la agresión explosiva intermitente y la distimia unipolar. Los hiperactivos se diferencian porque nunca están quietos, son hipersensibles a todos los estímulos de cualquier naturaleza, hay déficit de aprendizaje con falta de concentración y no se les puede enseñar nada, presentan agresión por juego, eliminación inadecuada, y no logran el reposo en ambiente neutro. Las características diferenciales de los demás trastornos fueron detalladas anteriormente.

Pronóstico

Si se diagnostica tempranamente y se trata correctamente en la etapa juvenil del desarrollo, el pronóstico es favorable. Si se presenta el paciente en la consulta en la etapa de adulto, con varios meses o años de evolución, es grave. Principalmente cuando convive con niños y personas mayores, por ser mayor el riesgo para esos grupos etarios.

Tratamiento

El psicofármaco de elección es la fluoxetina en dosis de 1 a 2 mg/kg cada 24 hs vía oral, con resultados mayormente satisfactorios. En los casos refractarios a este fármaco quedaría probar los efectos de la risperidona, un antipsicótico atípico que bloquea los receptores D2 de la dopamina y es agonista de la serotonina, con dosis

orientativa de 0,1 a 0,3 mg/kg cada 12hs vía oral, pero sin datos sobre su uso hasta el momento en estos cuadros. La terapia comportamental, una vez el fármaco haya logrado reducir la impulsividad, consiste en establecer un ambiente tranquilo, establecer una rutina diaria de ejercicio y juego controlado, un adiestramiento básico de obediencia, y contracondicionarlo a los estímulos más relevantes o difíciles de controlar. Sin la asociación con la medicación todas estas técnicas de modificación de conductas son ineficaces.

TRASTORNO DISOCIATIVO

Definición

Trastorno que se caracteriza por una alteración patológica de algunos patrones de comportamientos que se vuelven repetidos (estereotipados), con severidad en aumento y desconexión progresiva del entorno, que afecta a perros y gatos.

Etiopatogenia

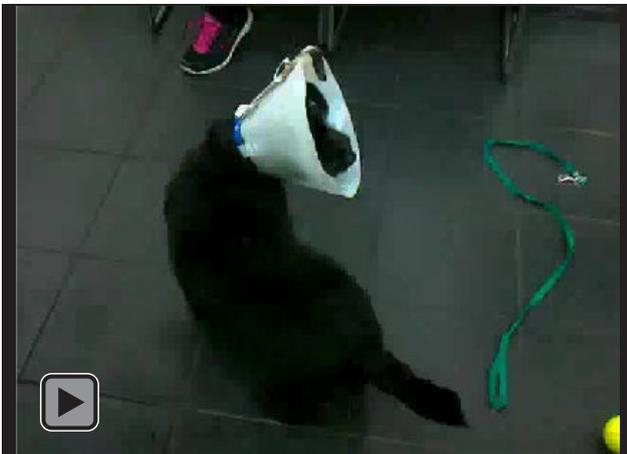
La mayor incidencia aparente de conductas disociadas en algunas razas o líneas familiares de perros, hace sospechar una predisposición epigenética del problema. Las razas más representadas según diferentes fuentes bibliográficas y la casuística del autor serían: Ovejero Alemán, Bull Terrier, Setter Irlandés, Rottweiler, Doberman y Pastor de los Pirineos. Pero también se presenta en otras razas y más frecuente-



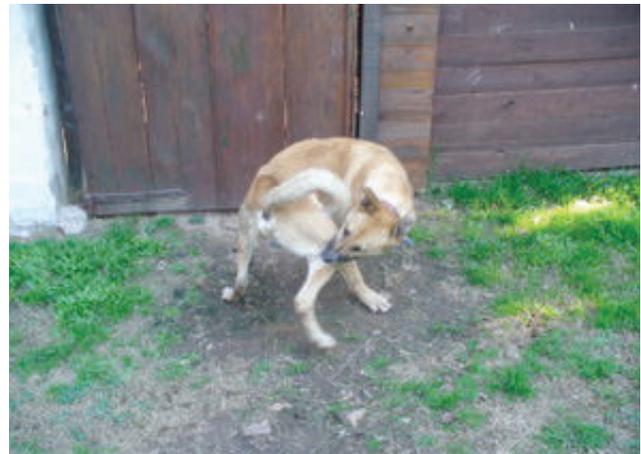
F.5



F.6



F.7



F.8

mente en mestizos. En gatos no se reporta hasta el momento una mayor incidencia en determinadas razas, siendo la misma mucho menor en general en esta especie. El comienzo de la patología se da en forma espontánea con o sin antecedentes de trauma o estrés violento físico o emocional.

Fisio-Etopatología

La observación y descripción de varios casos clínicos nos ha llevado a considerar que podríamos estar frente a episodios “alucinatorios” o “disociativos”, con manifestaciones agresivas afectivas o predatorias, de peligro para los demás y marcado sufrimiento del paciente. Los mecanismos neurobioquímicos afectados no están del todo aclarados, pero estarían relacionados con una alteración del sistema dopaminérgico, en función de la analogía que encon-

tramos entra esta alteración en caninos y felinos y la esquizofrenia del ser humano, y la respuesta a los antipsicóticos. Aunque actualmente también se le atribuye un posible rol al sistema serotoninérgico y glutamatérgico.

Signos clínicos

La clínica se caracteriza por conductas repetitivas (estereotipias) de severidad en aumento, que se presentan en episodios o “crisis” diarias. Parecen respuestas estimuladas por elementos inexistentes como cazar moscas o roedores (supuestas presas) que desencadenan secuencias predatorias en vacío (Figuras 5-7), o por elementos no reconocidos de su propio cuerpo como el apéndice caudal, miembros o flanco que desencadenan conductas autoagresivas (supuestas amenazas) (Figuras 8 y 9), en ocasiones con automutilación (Figuras 10-12).

FIGURA 5. Vídeo 2.

FIGURA 6. Vídeo 3.

FIGURA 7. Vídeo 4.

FIGURA 8. Autoagresión a los miembros posteriores.



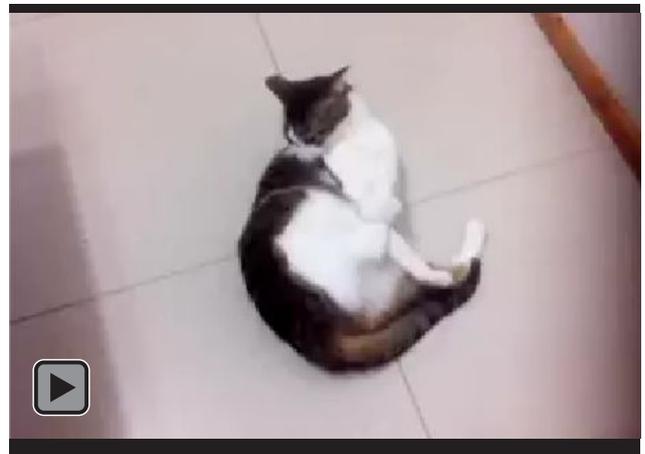
F.9



F.10



F.11



F.12

FIGURA 9. Vídeo 5.

FIGURA 10. Automutilación de varias falanges de los miembros posteriores.

FIGURA 11. Vídeo 6.

FIGURA 12. Vídeo 7.

Durante estos episodios se evidencia una clara desconexión con el entorno físico y social del animal.

Criterio diagnóstico

Los datos mínimos necesarios para establecer el diagnóstico serían: Pérdida creciente de la relación con el entorno, estereotipias alucinatorias o autoagresivas del mismo patrón y en aumento, y no ser consecuencia directa de un problema físico o de la ingestión de una sustancia (por ej. medicación).

Métodos complementarios

En los casos que se pudo realizar una resonancia magnética (RMN) cerebral se detectó dilatación uni o bilateral de los ventrículos laterales, aumento del espacio subaracnoideo, edema cerebral o esclero-

sis cortical. En la bibliografía también se menciona la presencia de puntas aisladas en la actividad eléctrica de la corteza occipital en el EEG.

Diagnóstico diferencial

El principal diferencial de estos casos es el trastorno compulsivo, ya que son actualmente diagnosticados y tratados como tales. Sin embargo las características de los comportamientos observados son diferentes y no responden al uso de anti-compulsivos solos o asociados. Una compulsión, definida como una conducta excesiva, fuera de contexto y sin beneficio para el individuo, persigue un objetivo real (por ejemplo acicalarse) que podría responder a una supuesta obsesión. En cambio una conducta disociada consiste en una acción dirigida a un objeto no real (presa inexistente) o a un objeto percibido como

extraño o diferente (su propia cola o un miembro), como resultado de una percepción distorsionada de la realidad. Los otros diferenciales serían las estereotipias de encierro, convulsiones psicomotoras, hidrocefalia, y fotodistrofia de los receptores, los cuales no ofrecen dificultades semiológicas o complementarias para su diferenciación.

Pronóstico

Es un trastorno severo con pronóstico de reservado a grave debido a que no tiene cura. En algunos casos hay una falta total de respuesta al tratamiento y el animal puede resultar peligroso para su entorno social, por el riesgo de agresión redirigida.

Tratamiento

El único tratamiento que ofrece alguna mejoría es el farmacológico a base de antipsicóticos atípicos como la risperidona de por vida, lo que reforzaría la hipótesis neuroetopatológica. La dosis es de 0,1 a 0,3 mg/kg cada 12 hs o 1 mg/m² cada 24 hs vía oral. Otra opción para los casos más leves o en gatos sería comenzar con fluoxetina a las dosis ya mencionadas. En los casos refractarios al uso de monodrogas, el recurso de la polimedicación combinando fluoxetina más risperidona podría ser una opción a considerar. Una vez logrado el control de los signos con la medicación se debe garantizar la permanencia del animal en un ambiente tranquilo, con una rutina diaria de ejercicio y juego controlado, reforzar con gratificaciones la obediencia y las interacciones controladas, y no implementar ningún tipo de castigo o estímulo desagradable.

Bibliografía

1. Beaver, B.V.: Feline Behavior: A Guide for Veterinarians. Philadelphia, Saunders, 1992.
 2. Beaver, B.V.: Canine Behavior: A Guide for Veterinarians. Philadelphia, Saunders, 1999.
 3. Dehasse J. Le chien agressif. Paris, Publibook, 2002.
 4. Dodman, N. H.; Shuster, L.: Psicofarmacología de los Trastornos del Comportamiento Animal. Buenos Aires, Inter-médica, 1999.
 5. Houpt, K.A.: The Veterinary Clinics of North America, Small Animal Practice. Progress in companion animal behavior. Philadelphia, Saunders, 27: 3, 1997.
 6. Landsberg, G.; Hunthausen, W.; Ackerman, L.: Handbook of Behavior Problems of the Dog and Cat. 2ª ed., Philadelphia, Saunders, 2003.
 7. Mentzel, R. E. y col.: Manual de trastornos comportamentales en caninos y felinos domésticos. Buenos Aires, Agrovet, 2017.
 8. Peremans, K. and col.: Estimates of regional cerebral blood flow and 5-HT_{2A} receptor density in impulsive, aggressive dogs with ^{99m}Tc-ECD and ^{123I}-5-I-R91150. Eur J Nucl Med Mol Imaging, Vol. 30, No. 11, November 2003
 9. Peremans, K. and col.: The effect of citalopram hydrobromide on 5-HT_{2A} receptors in the impulsive-aggressive dog, as measured with ^{123I}-5-I-R91150 SPECT. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 32:708-716, 2005.
 10. Wright, H. F.; Mills, D. S.; Pollux, P. M. J.: Behavioural and physiological correlates of impulsivity in the domestic dog (*Canis familiaris*), Physiology & Behavior, 105, 676-682, 2012.
-