

NO PUEDO QUITARME EL ANDADOR. TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Palomo Monge¹, Alexandra Osca Oliver², M. Victoria López Rodrigo³, M. Fernanda Tascón Guerra⁴, Arantzazu Duque Domínguez⁵, Cristina García Montero⁶

INTRODUCCIÓN

El TEPT aparece cuando el paciente experimenta un evento traumático desarrollando una clínica determinada con duración superior a un mes. El DSM-V divide los síntomas en cuatro grupos: 1) Intrusión o reexperimentación, 2) conductas evitativas, 3) pensamientos negativos y ánimo bajo, 4) síntomas de hipervigilancia.

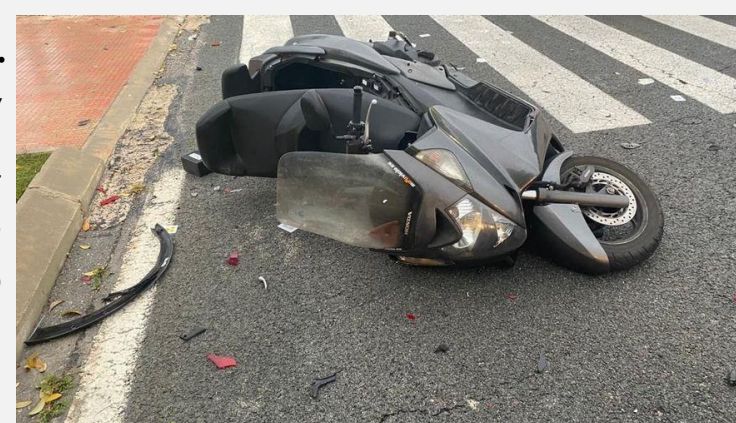
Se presenta el caso:

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 22 años, acude derivado desde urgencias, por T. adaptativo tras accidente de moto.

ANTECEDENTES

El paciente sufre **accidente de tráfico** en motocicleta a 50 km/h en septiembre de 2019. **Politraumatismo** con trauma torácico y neumotórax, fracturas vertebrales múltiples y trauma osteomuscular, precisando **ingreso en UCI y cirugía**. Al alta el paciente precisa **Marco de Jewett y corsé** hasta revisión por neurocirujano. En la revisión 3 meses después se aprecia fuerza 5/5 en miembros inferiores y se indica retirada de corsé y marco de Jewett.



Psiquiátricos: Valorado en urgencias 14 feb por ideación autolítica. **Tratamiento:** Sertralina 50mg I-0-0, Mirtazapina 15mg antes de acostarse

SITUACIÓN BASAL

Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Procedente de Rumanía.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TC DE TÓRAX: En vértices pulmonares incluidos neumotórax bilateral, acusado en el lado izquierdo, ver informe de TC torácico. Fractura de cuerpos vertebrales D12 y L3: Fractura de apófisis transversas izquierdas de D11, D12, L1 a L4, desplazadas en L2 y L3. **Resuelto.**

ENFERMEDAD ACTUAL

Anamnesis complicada por **barrera lingüística**. A la llegada a CEX de Psiquiatría presenta clínica compatible con **trastorno de estrés postraumático**: recuerdos angustiosos recurrentes del suceso traumático, pesadillas, ansiedad, ánimo bajo con malestar psicológico intenso, evitación de estímulos asociados al suceso, insomnio y disminución del interés en sus actividades.

Lo más llamativo es la percepción distorsionada de las consecuencias del accidente, haciendo que pasado un año y tras la insistencia de los neurocirujanos de retirar apoyos para deambulación, se ve incapaz de deambular sin ellos. Verbaliza: "que es una carga para su familia, que así no puede estar...". Refiere sensación mareo y náuseas al levantarse.

Comenta el familiar que se encuentra la mayor parte del tiempo aislado, sin luz, apenas se comunica.



EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Abordable, tranquilo, colaborador. Dificultad en la movilidad por dolor y porta un corset como inmovilizador externo. Ánimo bajo, apatía, anhedonia. Sentimientos de impotencia. Embotamiento emocional, desapego a los demás. Ansiedad psíquica en asociación con episodios reiterados de volver a vivir el trauma en forma de reviviscencias o sueños. Discurso parco, a demanda, monosilábico. No ideación autolítica, planificada ni estructurada. No auto ni heteroagresividad. No síntomas psicóticos. Memoria conservada. Insomnio. Apetito disminuido.

JUICIO CLÍNICO → TEPT

EVOLUCIÓN

Se realiza cambio de tratamiento a Venlafaxina Retard 225 I-0-0 y Quetiapina Prolong 50mg antes de acostarse, buena evolución durante un año en consultas, con mejoría de la clínica y retirada muy progresiva de medios de apoyo a la deambulación.

BIBLIOGRAFÍA

Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. Int J Psychiatry Med. 2014;47(4):337-46. doi: 10.2190/PM.47.4.h. PMID: 25084856.

Defrance J, Foucher S, Ramdani E, Guilloton L, Lefort H. État de stress post-traumatique et douleurs psychogènes [Post-traumatic stress disorder and psychogenic pain]. Soins. 2019 Dec