

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Sara María Bañón González, Julia Martín Carballeda, Berta Elsa Pinilla Santos, Romina Vanesa Pastorelli, Fernando García Sánchez

Hospital General Universitario de Móstoles

saradoctora@hotmail.com

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de un varón de 12 años, que acude acompañado por su madre. Es un paciente con colon irritable derivado por digestivo de cara a evitar escalón en el tratamiento de la enfermedad de base (diagnosticada hace 2 años). En un principio los síntomas somáticos se atribuyen a una enfermedad orgánica, pero tras un examen no pueden explicarse por la presencia de dicha enfermedad médica conocida. Coincidiendo con ello su abuela materna que ha sufrido un proceso oncológico (adenocarcinoma de colon con metástasis hepáticas, tratándose en esta ocasión de una tercera recidiva tumoral), lo que supone además un cambio de domicilio y cambio de colegio para el niño. Se conoce mucho mejor la epidemiología de los síntomas somáticos funcionales en la población general pediátrica que la de los trastornos somatomorfos. Los síntomas más frecuentes en esta población son: cefaleas, fatiga/cansancio, dolores musculares, náuseas, dolor de estómago y dolor de espalda. Los dolores abdominales son los que más y mejor se han estudiado en la población infantil. De cara al diagnóstico es importante realizar una historia psiquiátrica detallada, una exploración psicopatológica del niño y un análisis de la dinámica familiar, además de explorar los síntomas somáticos. Los test psicométricos pueden ser útiles; siendo también crucial una historia detallada de la asistencia escolar. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con otros trastornos en los que también existen síntomas físicos de cara a abordaje terapéutico correcto.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso clínico de un varón de 12 años, que acude acompañado por su madre. Es un paciente con colon irritable derivado por digestivo de cara a evitar escalón en el tratamiento de la enfermedad de base (diagnosticada hace 2 años). En un principio los síntomas somáticos se atribuyen a una enfermedad orgánica, pero tras un examen no pueden explicarse por la presencia de dicha enfermedad médica conocida.

Coincidiendo con ello su abuela materna que ha sufrido un proceso oncológico (adenocarcinoma de colon con metástasis hepáticas, tratándose en esta ocasión de una tercera recidiva tumoral), lo que supone además un cambio de domicilio y cambio de colegio para el niño.

Se conoce mucho mejor la epidemiología de los síntomas somáticos funcionales en la población general pediátrica que la de los trastornos somatomorfos.

Los síntomas más frecuentes en esta población son: cefaleas, fatiga/cansancio, dolores musculares, náuseas, dolor de estómago y dolor de espalda. Los dolores abdominales son los que más y mejor se han estudiado en la población infantil.

De cara al diagnóstico es importante realizar una historia psiquiátrica detallada, una exploración psicopatológica del niño y un análisis de la dinámica familiar, además de explorar los síntomas somáticos. Los test psicométricos pueden ser útiles; siendo también crucial una historia detallada de la asistencia escolar.

Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con otros trastornos en los que también existen síntomas físicos de cara a abordaje terapéutico correcto.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente derivado por servicio de Digestivo del Hospital. Presenta dolor exagerado en relación a Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Este dolor conlleva secundariamente ausencias en colegio el último año.

Enfermedad actual

Varón de 12 años. Acude acompañado por su madre. Es derivado por Digestivo de cara a evitar escalón en tratamiento (biológico). Está diagnosticado de Enfermedad Inflamatoria Intestinal desde Abril de 2013.

Presenta ansiedad marcada en relación al dolor físico. Coincidente con el diagnóstico, en 2013 hubo varios estresores vitales: cambio de domicilio (de su casa del pueblo a las afueras de Madrid a Madrid capital por enfermedad de abuela materna, la cual pasó en primer hace 5 años por un cáncer de colon, hace 3 años se diagnosticaron metástasis hepáticas del mismo y

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

recientemente ha presentado recidiva de enfermedad de base), recaída clínica de la abuela materna con la que tiene un vínculo muy cercano y por último un cambio de colegio al trasladarse de domicilio (empezó en el nuevo colegio 6º Primaria, se cambió en Septiembre de 2013 y tuvo dificultades para la adaptación iniciales. Además, en Septiembre 2014 pasó al IES lo que supuso un segundo cambio de centro y nueva adaptación).

Cierta indiferencia del niño cuando relata lo sucedido.

Estructura familiar

Varón de 12 años. Natural de Madrid. Vive con padres y también abuelos maternos en la casa de éstos desde el año 2013. Hijo único. Cuidadores principales: padres, abuelos maternos con los que convive.

Madre: 43 años, la mayor de 3 hermanos que viven en Madrid. Buenas relaciones entre ellos. Ama de casa.

Padre: 45 años, hijo único. Abuelos paternos vivos, residen en un pueblo de Badajoz. Trabaja actualmente de diseñador web, de 10 a 19 horas (en un periódico digital por cuenta propia). Dificultades económicas a raíz de que el padre pierde el trabajo por fibromialgia.

Antecedentes personales

1. SOMATICOS

- NAMC. No alergias alimentarias.
- Enfermedad inflamatoria intestinal diagnosticada 2013.
- QX: no refieren.
- HOSPITALIZACIONES: en Mayo 2012 hospitalizado 4 días por síntomas digestivos previo a diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (coincidió que estaba Torrevieja de vacaciones con sus padres). En Agosto 2013 ingresa en Hospital General y es derivado para estudio y diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable al Hospital de referencia para este tipo de trastornos en población Infanto-juvenil.

2. PSIQUIATRICOS

Evaluación psiquiátrica por el Servicio de Interconsulta durante el Ingreso para estudio de Síndrome de Colon Irritable, le pautaron sertralina que no toleró por efectos secundarios gastrointestinales (exacerbación de los mismos).

Antecedentes familiares

1. SOMÁTICOS

FAMILIA DE LA MADRE

- Madre: sana.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

- Abuela materna: 75 años. Adenocarcinoma de colon diagnosticado hace 5 años, hace 3 años se diagnosticaron metástasis hepáticas del mismo y recientemente ha presentado recidiva de enfermedad de base.
- Abuelo materno: 78 años. Sano.

FAMILIA DEL PADRE

- Padre: fibromialgia.
- Abuela paterna: 86 años, sana.
- Abuelo paterno: 87 años, sano.

2. PSIQUIATRICOS

FAMILIA DE LA MADRE:

- Primo hermano materno (3 años mayor que él) evaluación psicológica hace unos años por alteraciones de conducta. Fue dado alta y posteriormente inicia tratamiento con su pediatra por enuresis nocturna (no llegó a ser derivado a Salud Mental).

FAMILIA DEL PADRE: sin interés.

Historia amnesica

EMBARAZO: sin alteraciones. Buscado, deseado. No dificultades de la madre en embarazo ni exposición a tóxicos durante embarazo.

PARTO: a término (39 semanas), parto vaginal instrumental (fórceps). Peso (3,990 Kg) y talla (65 cm) al nacer. No precisó incubadora. No separación de la madre en postparto inmediato.

LACTANCIA: lactancia materna exclusiva hasta los 8 meses.

POSTPARTO Y PUERPERIO: problemas físicos leves tras el fórceps. Por lo demás buen estado físico y emocional de la madre en los meses siguientes al parto. No síntomas de depresión de inicio en postparto ni signos de disfunción vincular precoz

ALIMENTACIÓN: no dificultades en destete, ni en la introducción de papillas, solidos, alimentos y texturas, tampoco dificultades para la masticación, aunque la madre reconoce que a partir de ahí "cada vez peor, actualmente no le gusta nada". No patología orgánica. No cólicos del lactante, no vómitos, ni regurgitaciones, ni anorexia ni atragantamientos. Alimentación actual variada. No ingesta de alimentos no comestibles. Come en comedor.

SUEÑO: no insomnio, ni terrores nocturnos ni sonambulismo, alguna pesadilla puntual, no bruxismo.

Le sacan de la habitación de los padres a los 8 meses, dormía en cuna en la habitación de sus padres, posteriormente en su cama al pasar a su habitación propia. Ahora con el cambio de domicilio (2013) ha vuelto a dormir en la habitación de los padres pero en una cama separada,

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

por problemas de espacio en la casa al convivir también con los abuelos maternos en la casa de éstos.

Buenos hábitos y horarios (en época escolar se acuesta a las 22.30 horas y se levanta a las 7.15 horas). No manías ni rituales antes de acostarse, no presento trasiegos nocturnos. Siesta: no. No presenta problemas para la conciliación del sueño. Se duerme en su cama directamente, él sólo (no se duerme en sofá ni con TV, nunca precisó que los padres estuvieran con él hasta que se quedase dormido, ni tampoco cuentos antes de acostarse...). No precisa luces encendidas, puertas abiertas...

No usó chupete. Objeto transicional "almohada para abrazarse desde muy pequeño".

DESARROLLO PSICOMOTOR: normal. Visitas pediátricas regladas sin alteraciones. Calendario vacunal completo. Sonrisa social: normal. Sostén cefálico: normal. Sedestación sin apoyo: normal. Sostenerse de pie: normal, 10 meses. Juegos y psicomotricidad fina: acorde a la edad. Gateo: no. Deambulación: 12 meses. Lenguaje: "balbuceo" a los 14 meses, a los 2 años "hablaba bastante".

Esfínteres: sin alteraciones, a los 2 años y medio controlaba orina y heces de día. A los 4 años empieza a controlarlo de noche. No antecedentes familiares de enuresis ni encopresis.

DESARROLLO EMOCIONAL/ORGANIZADORES DE SPITZ: normal. Sonrisa social sin alteraciones, al mes. No presentó angustia ante el extraño ni ansiedad de separación a los 8 meses. Sociabilidad, temperamento y carácter del niño: "inteligente, extrovertido, sociable aunque tímido, cariñoso".

ESCOLARIZACIÓN: no guardería. Empezó el colegio a los 3 años, en el 2º ciclo de Educación Infantil. Hasta entonces la cuidadora principal era la madre. No problemas de adaptación.

Cambio de colegio en 6º de Primaria al trasladarse a vivir la familia con abuela materna. Problemas de adaptación sólo al inicio. Sociable, con buena relación con pares y profesores.

Posteriormente nuevo cambio al pasar del colegio al IES. Describe más dificultades de adaptación al IES.

Rendimiento escolar bueno hasta ahora, ha cursado 1º ESO y sólo ha suspendido francés a pesar de haber faltado 2 días de cada 5. Nunca había suspendido.

Actividades extraescolares: no este año.

MIEDOS: "que me siga doliendo la tripa" "me incapacita para una vida normal".

SEXUALIDAD: desarrollo psicosexual normal.

AUTONOMÍA: en vestido, aseo, comida.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ACONTECIMIENTOS FAMILIARES: cambio de domicilio en 2013 (de su casa del pueblo a las afueras de Madrid a Madrid capital por enfermedad de abuela materna), recaída clínica reciente de abuela materna con la que tiene un vínculo muy cercano (la cual pasó hace 5 años por un cáncer de colon, hace 3 años se diagnosticaron metástasis hepáticas del mismo y recientemente ha presentado recidiva de enfermedad de base) y un cambio de colegio al trasladarse de domicilio (cursó en el nuevo colegio 6º Primaria que empezó en Septiembre de 2013 y tuvo dificultades para la adaptación iniciales. Además, en Septiembre 2014 pasó al IES lo que supuso un segundo cambio de centro con nuevas dificultades de adaptación).

JUICIO CLÍNICO

Trastorno somatomorfo. Trastorno de ansiedad.

DISCURSIÓN

Los **trastornos somatomorfos** constituyen un grupo de trastornos que, según el DSM-IV tiene como rasgos esenciales síntomas físicos para los que no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y sí presunción de que los síntomas estén vinculados a conflictos psicológicos.

El trastorno por somatización o Síndrome de Briquet tiene un curso crónico y fluctuante. Manifiestan quejas somáticas recurrentes y múltiples que incluyen síntomas orgánicos neurológicos, reproductores, gastrointestinales y cardiopulmonares.

En el trastorno por dolor (dolor psicógeno), el paciente se encuentra preocupado por el dolor, de al menos, seis meses de evolución, pero sin hallarse patología orgánica tras adecuada evaluación. Con frecuencia puede establecerse una relación temporal con un conflicto. El empeoramiento puede determinar una ganancia secundaria. El tratamiento de elección combina el abordaje farmacológico y psicoterapéutico.

El trastorno de conversión se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no obedecen a enfermedad médica. Es más frecuente en mujeres, en pacientes de nivel sociocultural bajo, inmigrantes procedentes de culturas no industrializadas. Los síntomas ceden en unos pocos días o al mes. Las manifestaciones más frecuentes son parálisis, amnesia y mutismo aunque variar entre los episodios. La presencia de la "belle indifference", es decir, de una actitud que expresa despreocupación, es un rasgo frecuente pero no invariable del trastorno. Se considera que los mecanismos para el desarrollo de los síntomas suponen una ganancia primaria (evitando un conflicto interno) o secundario (obteniendo recompensas ambientales: apoyo social, compensación económica...). Las seudocrisis son una de las formas más importantes de trastornos de conversión. Hay que tener en cuenta que un paciente puede

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

presentar seudocrisis y crisis epilépticas auténticas. Las manifestaciones clínicas más evidentes son la rigidez muscular generalizada, escasa cianosis, permanencia invariable de los reflejos, resistencia a la apertura de ojos, suelen evitar así mismo, la autolesión y la incontinencia. Pueden estar precedidas por estrés emocional fuerte, cefalea y suelen producirse varias veces al día. Los registros EEG no suelen ser concluyentes. El tratamiento óptimo está guiado por el diagnóstico correcto y exclusión de la presencia de crisis epilépticas. Las estrategias a seguir en urgencias deben tender a minimizar las ventajas de la enfermedad y orientar al paciente a tratamiento ambulatorio que incluya psicoterapia individual y técnicas de modificación conductual.

Otros trastornos somatomorfos menos frecuentes en el servicio de urgencias son el Trastorno dismórfico corporal y la hipocondría.

El trastorno dismórfico corporal se manifiesta como una preocupación exagerada por un defecto corporal imaginado o como una idea sobrevalorada acerca de una imperfección mínima capaz de interferir en la vida del paciente.

En la hipocondría, los pacientes interpretan equivocadamente manifestaciones corporales normales creyendo que estas constituyen síntomas de enfermedades graves. Suelen ser pacientes reacios al tratamiento psiquiátrico, es por lo tanto, recomendable llevar a cabo la intervención terapéutica en el ámbito médico y centrarse en identificar las situaciones estresantes. Lo más importante es confrontar, de forma progresiva con la idea de que lo central de su padecimiento es la interpretación equivocada de las manifestaciones corporales. La farmacoterapia no es eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Vázquez-Barquero JL, Herranz Gómez A. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. IV. Texto revisado. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Vallejo J. Introducción a las Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2006.