



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Del Carmen Sánchez García, Eva Reyes Gilabert, Gracia Bejarano Ávila, Luis Gabriel Luque Romero.

mamensangar80@gmail.com

Trastornos somatomorfos, enfermedad estomatognática, ansiedad, depresión.

Somatoform Disorders, stomatognathic disease, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos somatomorfos (TS) se caracterizan por pacientes que acuden con un promedio mayor a lo habitual a las consultas médicas generales o especializadas con alguna somatización de una enfermedad o síntoma físico o funcional, a veces no específico, recurrente y sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido; por ello suelen relacionarse con trastornos psicológicos, dificultades emocionales o estresantes (1).

La comorbilidad entre algunos trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de somatización es frecuente. En un estudio encontraron que el 42.7% de los pacientes que acudían a las consultas de Atención Primaria (AP) sufrían desórdenes psiquiátricos incluidos depresión (22.9%), ansiedad (17.7%), y somatización (33.4%). La comorbilidad encontrada entre los tres desórdenes fue del 20,4% de la muestra, el 11% tenían 2 y el 10,4% los tres desórdenes (2).

El Manual de Diagnóstico y Estadística para Trastornos (DMS) y la Clasificación Internacional De las Enfermedades (CIE) divide tales síntomas que no se pueden explicar médicamente en distintas categorías somatomorfas.

En líneas generales para diagnosticar los TS, al menos se requieren de 6 a 13 síntomas médicamente inexplicables con al menos dos años de duración (dependiendo del manual).

Las principales formas diagnosticadas según DMS, cuarta edición (DMS, IV) (3) son:

- Trastorno de somatización
- Trastorno de conversión
- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno por dolor
- Trastorno somatomorfo indiferenciado

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A modo de ejemplo el *Trastorno por Somatización* o "*Síndrome de Briquet*" trataba de recoger una amplia variedad de síntomas físicos que no estuvieran médicamente explicados ni fueran simulados de al menos un año de duración; o el *Trastorno Somatomorfo Indiferenciado* que era más flexible en el recuento de síntomas. Sin embargo el DMS, quinta edición (DMS-V)(4) engloba estos dos trastornos reduciendo la cantidad de síntomas a uno o dos, siempre que estén relacionados a factores psicológicos, que resultan clave para ser diagnosticados, con una persistencia superior a 6 meses y especificando si existe dolor, denominándolos *Trastornos de Síntomas Somáticos*. De esta manera el *Trastorno por dolor* también desaparece.

Por otro lado, el término "Síntomas Médicos Inexplicables" (SMI) se ha utilizado como una categoría diagnóstica para describir los síntomas que no pueden clasificarse de acuerdo con una enfermedad específica y que son indicativos de un trastorno mental (como un desorden somatoforme) (5). El SMI se utiliza a veces como hipótesis hasta que se pueda hacer un diagnóstico definitivo. Debido a estos problemas, algunos grupos de investigación a menudo desarrollan sus propias maneras de evaluar a estos pacientes, que en última instancia, dificulta la comparación diagnóstica. Aunque DSM-V puede aliviar algunas de estas dificultades, como la eliminación del requisito SMI, es poco probable que sea capaz de resolver todas las barreras diagnósticas (6).

Los TS son frecuentes, estimándose que constituyen el 20 % de las consultas de Atención Primaria (AP) (7), y un 11% de la población general (8), pero debido a que los pacientes lo atribuyen a una causa orgánica y no a un problema psicoemocional, suelen infradiagnosticarse por ello los basados en criterios correctos constituyen sólo un 5% de los pacientes ambulatorios (9) y en España tan sólo un 1% (10). Respecto al género es más frecuente en las mujeres y es más raro en los hombres, con una proporción de 5 a 1.

Cuando los pacientes presentan TS en la AP, varias circunstancias impiden el manejo adecuado del paciente. En primer lugar, algunos médicos de familia (MDF) y los pacientes son escépticos sobre este concepto; en segundo lugar, hay enormes variaciones (3-33%) en la conciencia del fenómeno entre los médicos. Además, ni el término común, ni el método de investigación de uso frecuente de simplemente contar los síntomas para identificar estos trastornos, se basan en criterios diagnósticos y se ha demostrado que los recuentos de síntomas no son fiables en la práctica clínica debido a la escasa sensibilidad y especificidad de este enfoque (11) (12).

A todo ello se une el debate intenso impulsado por una creciente demanda de categorías diagnósticas mejoradas de dichos trastornos que se desencadenó con la publicación DMS quinta edición (DMS-V) (4) versus DMS-IV y su relación con la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades undécima versión (CIE-11), de tal manera que existe una baja concordancia de dichos trastornos que impide la comparabilidad de los estudios en los que se hayan utilizado distintas clasificaciones.

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Los TS no sólo son comunes, sino están asociados con alguna discapacidad, suponiendo un alto coste anual debido a que a menudo los pacientes son remitidos a AP con "síntomas inespecíficos" que pueden suponer un círculo vicioso difícil de romper debido a la incertidumbre de los médicos que deben equilibrar la necesidad de descartar una enfermedad grave y la creciente cronicidad contra el costo y la angustia de solicitar pruebas médicas extensas para descartar una enfermedad orgánica grave (13) (14).

Por otro lado los pacientes pueden crear barreras para el adecuado diagnóstico si se muestran reticentes a revelar los problemas psicosociales por sentirse socialmente incómodos o como si la práctica familiar no fuese el ajuste apropiado, de tal manera que dejan a los médicos hacer continuas suposiciones.

Esta utilización de recursos puede impedir una atención adecuada y exacerbar aún más las quejas de los pacientes, por ello es importante que se realice un adecuado diagnóstico de los TS (6).

Por último, los trastornos sensitivos dolorosos en el área orofacial muchas veces reflejan la presencia de alteraciones sistémicas y somatizaciones psicológicas que pueden influir en la calidad de vida del paciente. Presentamos un caso clínico al respecto.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo principal de consulta

Mujer de 77 años que acude reiteradamente a la consulta de odontología de AP por presentar, desde hace un año, ardor bucal, xerostomía, disgeusia, dolor en músculos masticatorios y dolor referido a los músculos occipitales y temporales al realizar movimientos mandibulares, cancerofobia. Este disconfort generalizado a nivel oral continuamente lo relaciona con casi todos los tratamientos realizados por su dentista particular hace años consistente en: varias obturaciones y endodoncias, prótesis fijas con coronas de recubrimiento total en el sector anterosuperior y posteroinferior izquierdo y derecho y prótesis parcial removible superior.

Anamnesis: en su historia clínica vemos, en los antecedentes médicos personales, que desde la muerte de una hija por cáncer hace aproximadamente un año, hiperfrecuenta a MDF, quien le solicita pruebas específicas descartando enfermedad neurológica (TAC y RMN craneal) y prescribe diversos tratamientos farmacológicos. Finalmente es diagnosticada de fibromialgia, síndrome de colon irritable, síndrome dolor miofascial, cefaleas, depresión severa (de Yesavage > 10) y ansiedad severa (Hamilton = 45%)

No presenta reacciones adversas medicamentosas y el tratamiento médico de uso crónico son antidepresivos tricíclicos (ADT) y otros fármacos con efecto anticolinérgico como protectores estomacales, además de haber realizado varias pautas de tratamiento antibiótico que solicitó a su MDF.

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Exploración intraoral: dolor y ardor en lengua que se encuentra roja y depapilada; además presenta manchas rojas y blancas en la mucosa palatina coincidente con la zona de apoyo de la prótesis parcial removible superior. Además presenta el puente fijo anterosuperior descementado evidenciando el mal estado de los muñones dentarios con extensas caries blandas. Obturaciones en buen estado de varios dientes anteroinferiores sin filtración.

Pruebas complementarias:

Ortopantomografía: algunos dientes pilares de las prótesis fijas del sector anterosuperior y posteroinferior presentaban endodoncias con imágenes radiolúcidas en los ápices dentarios compatibles con la imagen típica de un granuloma crónico apical postendodoncia.

Se prosiguió al rapado de las lesiones intraorales en lengua y paladar duro y de las prótesis removibles para su cultivo en medio azucarado, viéndose colonias de *Cándida Álbicans*. También se realizó un frotis con hidróxido de potasio para ver las hifas tabicadas confirmándose el diagnóstico de candidiasis eritematosa en lengua y candidiasis protésica.

Realizamos un test de calidad de vida oral usando el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) obteniéndose una baja percepción de la misma (GOHAI= 33).

A continuación hicimos una interconsulta con su MDF y solicitó una analítica detectándole un déficit de vitamina B12.

Una vez instaurada una terapia combinada para el alivio sintomático consistente en: sustitución de ADT por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), retirada de anticolinérgicos con mejora de la xerostomía; nistatina, vitamina B12, extracciones de dientes inviábiles y rehabilitación con prótesis nuevas, la paciente mejoró levemente aunque siguió manifestando molestias similares de menor intensidad, sintiéndonos desolados y haciéndonos sospechar, además de las enfermedades fisiológicas y psiquiátricas encontradas y tratadas, de otros trastornos psicológicos de fondo como un trastorno somatomorfo.

Diagnósticos diferenciales

Según criterios de clasificación se puede hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos somatomorfos (DMS-IV): "hipocondría", "TS no especificado", "trastorno por dolor", "de conversión" y/o "indiferenciado".

Siguiendo los diagnósticos del DMS-V puede tratarse también de: "trastorno de ansiedad hacia la enfermedad", "trastornos de síntomas somáticos específicos y trastornos relacionados", "trastornos facticios" y/o el "trastorno de síntomas somáticos no específicos y trastornos relacionados".

Por último se puede hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos clínicos en el eje I siendo los más frecuentes la "depresión" y la "ansiedad"; o trastornos en el eje II de la personalidad como el obsesivo-convulsivo" o "paranoide".

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diagnóstico definitivo

Trastorno somatomorfo de síntomas somáticos (DMS-V) o trastorno por somatización (DMS-IV).
A nivel oral Síndrome de la Boca Ardiente.

Tratamiento, terapias aplicadas

Fue derivada a la Unidad de Salud Mental. Le mantuvieron la pauta con los ISRS por su acción antidepressiva y analgésica. Se estableció unas sesiones de psicoterapia de larga duración consiguiendo una relación intensa con el psicólogo, ahondando y reparando las distorsiones en las relaciones interpersonales que le impedían desarrollar relaciones y le producían síntomas. También se le realizó una terapia psicológica cognitiva-conductual individual y en grupo consiguiendo eliminar el convencimiento de que era una persona débil, fomentando más actividades y sobretodo placenteras, desfocalizando la atención en el problema de la boca y haciendo más hincapié en disfrutar de lo positivo en su vida.

Evolución

Las primeras revisiones después de acudir al psicólogo la persona venía notablemente más receptiva, animada, se notaba más arreglada físicamente y, a nivel intraoral, hubo una disminución de la sintomatología orgánica; en las revisiones posteriores se notó un estancamiento en los dos niveles donde la paciente notaba algo de sequedad oral, quemazón y se encontraba débil físicamente. Finalmente a los tres meses de la terapia psicológica la paciente intraoralmente se notaba mayor humedad en las mucosas sin signos de enrojecimiento, más sabor en las comidas, etc. y emocionalmente más estable y animada, con más vida social y fuerte anímica y psicológicamente para afrontar los problemas diarios de la vida.

Actualización sobre el tema

Existe una destacada comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos con los síndromes de somatización siendo aproximadamente del 42,7% de los casos.

En el DMS-V los trastornos somatomorfos sufrieron múltiples modificaciones como el cambio de nombre a "Trastornos por Síntomas Somáticos", englobando varios trastornos somatomorfos que se solapaban en el DSM-IV y haciendo una nosología más simplificada con posibilidad de etiquetar como enfermos mentales a muchos individuos con enfermedades médicas que manifiesten una preocupación y sufrimiento más allá de lo esperable, que en sistemas de salud como el nuestro, puede ser simplemente la consecuencia de una falta de atención oportuna. El DMS-V parece optar por un acercamiento dimensional, en el que los factores psicológicos son clave (15).

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112(16):279-87.
2. Alkhadhari S, Alsabbri AO, Mohammad IH, Atwan AA, Alqudaihi F, Zahid MA. Prevalence of psychiatric morbidity in the primary health clinic attendees in Kuwait. *J Affect Disord.* 2016; 195:15-20
3. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DMS-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
5. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G: Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care a systematic review and meta- analysis of prevalence. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112: 279–87.
6. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of Psychosomatic Research.* 2016; 80: 1–10.
7. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P: Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int.* 2012; 109: 803–13.
8. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.* 2004; 34:597–611
9. Taylor, Robert B. (2006). *Medicina de familia: principios y práctica* (6ta edición). Elsevier, España. p.325. ISBN 844581298X.
10. García-Campayo J. Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Rev. esp. sanid. penit.* [online]. 2007, vol.9, n.3 [citado 2009-08-11], pp. 34-41. ISSN 1575-0620.
11. Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract.* 2015; 16:180.
12. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. *Syst Rev.* 2013; 2:99.
13. Gustavsson, M. Svensson, F. Jacobi, C. Allgulander, J. Alonso, E. Beghi, et al., Cost of disorders of the brain in Europe 2010, *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2011; 21 (10): 718–779

MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

14. A.J. Barsky, E.J. Orav, D.W. Bates, Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity, Arch. Gen. Psychiatry. 2005; 62 (8): 903-910.
15. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos?. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (125), 111-121.