



## **CASO CLÍNICO: OPTIMIZAR RECURSOS EN PACIENTE HIPERCONSULTADOR POR SOMATIZACIONES**

Margarita Guerrero Jiménez, Jose Angel Rodrigo Manzano, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro

Servicio Andaluz de Salud

[marlliguerrero@gmail.com](mailto:marlliguerrero@gmail.com)

### **RESUMEN**

Enfermedad Actual: Mujer, 29 años, derivada a USMC por MAP: crisis de ansiedad durante las últimas semanas. 13 visitas a urgencias el año previo a la derivación por “dolor abdominal”, “vómitos” “lumbalgia” y el último mes “ansiedad. Por esta causa es derivada a seis especialistas entre ellos neurología por cefalea resistente a tratamiento analgésico. Estudiada en digestivo por diarrea y vómitos “crónicos”: estudio para celiaquía y Crohn negativos.

Exploración y pruebas complementarias: Desde la infancia somatizaciones en situaciones de malestar: vómitos, diarrea, cefaleas, palpitaciones... se han extendido a situaciones cotidianas en las que no maneja la incertidumbre. Fatiga, anergia, clinofilia, ánimo triste, llanto frecuente, expresión emocional contenida, pensamiento minusvalorante, dicotómico e insomnio. Afrontamiento de situaciones a través del síntoma físico. Baja autoestima.

Diagnóstico: EPISODIO DEPRESIVO LEVE y TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Tratamiento: Sertralina 100mg, lorazepam 1mg -Al mes, valorando el beneficio de fármaco dual para tratamiento de cefaleas que seguían sin controlarse, cambiamos a venlafaxina 150mg. En neurología: TAC y RMN craneal normales: diagnóstican cefalea vascular con componente tensional. - Hipotiroidismo controlado (levotiroxina 75 mg). -Desestimado uso de ACO para SOP (cefaleas). - Alta todos los servicios médicos salvo salud mental.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno somatización Episodio depresivo leve

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: -Trastorno somatización -Episodio depresivo leve -Síndrome ansioso-depresivo -T. personalidad dependiente -Migraña/cefalea otra causa orgánica: no datos clínicos/imagen -Crohn/celiaquía: pruebas negativas

COMENTARIO FINAL: Se incluye en grupo de relajación y realiza psicoterapia de apoyo que junto con la medicación hacen que el cuadro de somatizaciones se resuelva y también el afectivo.

# **CASO CLÍNICO: OPTIMIZAR RECURSOS EN PACIENTE HIPERCONSULTADOR POR SOMATIZACIONES**

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Mujer de 29 años que acude a USMC derivada por su MAP por crisis de ansiedad durante las últimas semanas. Lo relaciona con inicio de tratamiento con Topiramato por parte de neurología por cefalea que no ceden al ser retirado.

Cuenta con 13 visitas a urgencias en el año previo a la derivación por "dolor abdominal", "vómitos", "lumbalgia" y durante el último mes "ansiedad". En la última de ellas (por ansiedad) hacía una semana, se pauta medicación ansiolítica y desde entonces no ha tenido más crisis. Además en éste mismo periodo de tiempo es derivada a endocrinología, rehabilitación, ginecología, traumatología y neurología para control de hipotiroidismo, lumbalgia, descartar SOP y cefalea que no cede a tratamiento analgésico y comienza tratamiento con Topiramato (previamente amitriptilina 12 mg que retiran por taquicardia). Estudiada anteriormente en digestivo por diarrea crónica y frecuentes vómitos. Se realizó estudio para celiaquía y Crohn, ambos negativos.

## **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Verbaliza que desde la infancia viene presentando somatizaciones en situaciones de malestar en forma de vómitos, diarrea, cefaleas, palpitaciones... que se han extendido a situaciones cotidianas en las que no es capaz de manejar cierto nivel de incertidumbre. Refiere fatiga y anergia, tendencia a la clinofilia, ánimo triste, llanto frecuente, expresión emocional contenida, pensamiento minusvalorante y dicotómico e insomnio de conciliación. Afrontamiento de las situaciones a través del síntoma físico. Baja autoestima.

Se diagnostica de EPISODIO DEPRESIVO LEVE y TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- Comienza tratamiento con Sertralina 100 MG 1-0-0, más lorazepam 1 mg 1-1-1
- Al mes, valorando con neurología el beneficio de un fármaco dual al tratamiento de la cefalea que seguía sin controlarse, cambiamos a venlafaxina 150 mg. En neurología el TAC y RMN craneal sin alteraciones y se diagnostica de cefalea vascular con componente tensional.
- El hipotiroidismo controlado con levotiroxina 75 mg.
- Se desestima uso de ACO para el SOP por las cefaleas.
- Alta en todos los servicios médicos salvo salud mental.

## **JUICIO CLÍNICO**

Trastorno por somatización

Episodio depresivo leve

## **CASO CLÍNICO: OPTIMIZAR RECURSOS EN PACIENTE HIPERCONSULTADOR POR SOMATIZACIONES**

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastorno por somatización
- Episodio depresivo leve
- Síndrome ansioso-depresivo
- Trastorno de personalidad dependiente
- Migraña o cefalea de otra causa orgánica: no concuerdan los datos clínicos ni por imagen.
- Enfermedad de Crohn y celiaquía: pruebas negativas

### **COMENTARIO FINAL**

Se incluye en grupo de relajación y se realiza psicoterapia de apoyo individual (trabajando medidas de afrontamiento de las situaciones problema y flexibilización de pensamiento dicotómico) que junto con la medicación hacen que tanto el cuadro de somatizaciones como el afectivo se resuelvan. La paciente recupera una buena funcionalidad (trabajo, relaciones sociales y familiares) y es dada de alta.

Vemos cómo tras la intervención realizada por el equipo de salud mental, se resuelven las múltiples somatizaciones y es dada de alta por el resto de especialistas. Una vez que se dota a la paciente de las herramientas necesarias y se trabaja el insight, conseguimos una recuperación completa y excelente funcionalidad con reincorporación a la vida laboral y mejora de las relaciones sociales y familiares.

Enfermedad Actual: Mujer, 29 años, derivada a USMC por MAP: crisis de ansiedad durante las últimas semanas. 13 visitas a urgencias el año previo a la derivación por "dolor abdominal", "vómitos" "lumbalgia" y el último mes "ansiedad. Por esta causa es derivada a seis especialistas entre ellos neurología por cefalea resistente a tratamiento analgésico. Estudiada en digestivo por diarrea y vómitos "crónicos": estudio para celiaquía y Crohn negativos.

Exploración y pruebas complementarias: Desde la infancia somatizaciones en situaciones de malestar: vómitos, diarrea, cefaleas, palpitaciones... se han extendido a situaciones cotidianas en las que no maneja la incertidumbre. Fatiga, anergia, clinofilia, ánimo triste, llanto frecuente, expresión emocional contenida, pensamiento minusvalorante, dicotómico e insomnio. Afrontamiento de situaciones a través del síntoma físico. Baja autoestima.

Diagnóstico: EPISODIO DEPRESIVO LEVE y TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Tratamiento: Sertralina 100mg, lorazepam 1mg -Al mes, valorando el beneficio de fármaco dual para tratamiento de cefaleas que seguían sin controlarse, cambiamos a venlafaxina 150mg. En neurología: TAC y RMN craneal normales: diagnóstican cefalea vascular con componente tensional. - Hipotiroidismo controlado (levotiroxina 75 mg). -Desestimado uso de ACO para SOP (cefaleas). - Alta todos los servicios médicos salvo salud mental.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno somatización Episodio depresivo leve

## **CASO CLÍNICO: OPTIMIZAR RECURSOS EN PACIENTE HIPERCONSULTADOR POR SOMATIZACIONES**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: -Trastorno somatización -Episodio depresivo leve -Síndrome ansioso-depresivo -T. personalidad dependiente -Migraña/cefalea otra causa orgánica: no datos clínicos/imagen -Crohn/celiaquía: pruebas negativas

COMENTARIO FINAL: Se incluye en grupo de relajación y realiza psicoterapia de apoyo que junto con la medicación hacen que el cuadro de somatizaciones se resuelva y también el afectivo.