

TRASTORNO SOMATOMORFO. CASO CLÍNICO: TODOS ME ENGAÑAN, ESTOY MUERTA POR DENTRO

Castillo Alarcón MP, Ziadi Trives M, García Bouza R, Dani R, García Núes C, Fenollar Ibáñez F, Martí Martínez A.

MIR de psiquiatría del Hospital General Universitario de Elche.

Trabajo supervisado por: Martínez Herrera MJ. Psiquiatra adjunta de USM del Raval, Elche.

pazcastillo7@gmail.com

RESUMEN:

La somatización se definió por Steckel, a principios del siglo XX para referirse al proceso en que una neurosis "profundamente asentada" producía trastornos corporales y no será hasta principios de los años 80 cuando aparecen los conceptos actuales de somatización ya desprovistos de reminiscencias psicoanalíticas. Actualmente una definición aceptada de somatización como proceso es la que lo describe como: un idioma de malestar en que los pacientes con problemas psicológicos y emocionales articulan sus quejas mediante síntomas físicos. Caso clínico: Mujer de 56 años enviada a USM por ánimo triste. La paciente presenta desde hace unos 15 años una serie de quejas inespecíficas en diversas zonas, como algias, dificultad respiratoria, problemas digestivos y quejas sexuales entre otras e inicia una demanda itinerante de atención médica y exploraciones diagnósticas repetidas, pasando por múltiples especialistas, sin resultados que justifiquen la sintomatología referida por la misma. En los tres últimos meses aparecen una ataxia de la marcha y distonía del habla muy invalidantes, siendo estudiadas y pendientes de filiar al ser todas las pruebas diagnósticas normales. En la evolución de la paciente se aprecia un estado de negación, no aceptando la contribución de los aspectos emocionales en sus síntomas somáticos. Finalmente la paciente es diagnosticada de un trastorno de somatización.

Introducción

La somatización se definió por Steckel, a principios del siglo XX para referirse al proceso en que una neurosis "profundamente asentada" producía trastornos corporales y no será hasta principios de los años 80 cuando aparecen los conceptos actuales de somatización ya desprovistos de reminiscencias psicoanalíticas. Actualmente existen dos definiciones aceptadas de somatización como proceso:

- La de Katon y cols., quienes la describen como "un idioma de malestar en que los pacientes con problemas psicológicos y emocionales articulan sus quejas mediante síntomas físicos", y
- La de Kleinman y Kleinman para quien somatización es "la expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica".

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Mujer de 56 años de edad enviada por su médico de cabecera por ánimo triste. La paciente refiere decaimiento, apatía, pesimismo y labilidad emocional relacionados con su cuadro orgánico de base.

Patobiografía

La paciente es la cuarta de 5 hermanos. Parto y desarrollo psicomotriz normal, infancia y adolescencia normales, escolarizada hasta los 14 años. Aún con corta edad, fallece su padre, la familia sufre problemas económicos y cambia de domicilio, entonces la paciente comienza a trabajar en una fábrica de calzado. A los 20 años sufre fiebre reumática. A los 22 años se casa y se dedica a las tareas de la casa y a sus tres hijos. Cuatro años después comienza a trabajar en un supermercado familiar como dependiente. Tras una situación económica difícil el supermercado se cerró y ella dejó de trabajar fuera de casa. En todos estos años tan difíciles la paciente se define como una persona perseverante, luchadora y emprendedora. Actualmente vive con su marido.

Desde hace unos 15 años, coincidiendo con su desempleo, la paciente presenta quejas inespecíficas como algias en diversas zonas, molestias visuales, sensación de plenitud abdominal, dificultad respiratoria, dolor torácico y quejas sexuales. Hace 9 años es diagnosticada de Síndrome de Sjogren.

Tras recibir este diagnóstico, la paciente reinicia con más empeño una demanda itinerante de atención médica y exploraciones diagnósticas repetidas en varios centros hospitalarios y pasando por múltiples especialistas (traumatología, reumatología, neumología, digestivo, ginecología, urología), sin resultados que justifiquen la sintomatología referida por la misma. Aunque los resultados negativos de las pruebas y las explicaciones de los especialistas no consiguen aliviar su preocupación, produciéndose en ocasiones deterioro de la relación médico-paciente.

A pesar de ello, fue recibiendo numerosos diagnósticos, como por ejemplo, pérdida de visión sin especificar, dispepsia, fibromialgia, disnea sin filiar.

Enfermedad actual

Durante los últimos 3 meses de seguimiento en salud mental aparece de forma brusca un cuadro de ataxia de la marcha y de distonía del habla, con pérdida de sensibilidad en varias partes del cuerpo, por este motivo es ingresada en dos ocasiones en el servicio de neurología para estudio siendo diagnosticada de trastorno del habla pendiente de filiar. Absolutamente todas las pruebas son normales: analítica con bioquímica, hemograma y coagulación, marcadores tumorales, ECG, radiografía de tórax, TAC cervical y torácico, EMG y potenciales evocados, Angio -RMN de TAS y polígono de Willis, RMN encefálica.

Tras estudio por ORL se descarta toda patología de las cuerdas vocales o tic fonatorio, y la paciente es enviada al logopeda sin ningún cambio durante este tiempo.

Hay que destacar la mejora de la distonía cuando la paciente es distraída.

TRASTORNO SOMATOMORFO. CASO CLÍNICO: TODOS ME ENGAÑAN, ESTOY MUERTA POR DENTRO

La evolución de la paciente permite apreciar un aumento de la negación, no aceptando la contribución de los aspectos emocionales en sus síntomas somáticos. Además, se evidenció gran suspicacia, enfado e incluso cólera, cuando se le confrontaba con la normalidad de las pruebas solicitadas, respondiendo "no me encuentran lo que tengo, se empeñan en que no tengo nada". A pesar de las numerosas pruebas realizadas sin hallazgos y los numerosos tratamientos sin mejora de su estado, la paciente insiste en realizarse nuevas pruebas y tratamientos "quiero que me pongan células madre".

A pesar de ser un cuadro muy invalidante, la paciente prefiere ir sola a todas las consultas, refiriendo que "esto no puede mejorar porque lo tengo todo muerto por dentro", contado sin ninguna angustia e incluso jactándose a veces.

No impresiona de clínica afectiva mayor ni de gran angustia. Refiere insomnio y pérdida de apetito. No manifiesta clínica psicótica. Pensamiento lógico y coherente con ideas sobrevaloradas de minusvalía e ideas perseverantes relacionadas con sus síntomas somáticos.

Tratamiento

Duloxetine (1-0-0), Mirtazapina 15mg (0-0-1), Bromazepam 1,5mg (1-1-1), Zolpidem 10mg (0-0-1)

Diagnóstico

Trastorno de somatización (F45.0 de la CIE10).

Discusión

Para este caso se propone el diagnóstico de trastorno por somatización, debido a que los aspectos expuestos concuerdan significativamente con lo descrito por la literatura:

- La presencia de síntomas en distintos sistemas, así como su patrón fluctuante; siendo el más llamativo la distonía psicógena del platismo; establecieron la sospecha inicial de un trastorno somatomorfo.
- Antecedente de múltiples tratamientos previos y diagnósticos que es un ejemplo de cómo estos pacientes inducen a diagnosticar y tratar entidades médicas sobre la base de hallazgos clínicos no concluyentes.
- Los servicios de neurología, neumología, otorrinología, oftalmología y digestivo descartaron la presencia de una enfermedad médica conocida que explique los síntomas de la paciente, lo cual aumentó la sospecha de un trastorno somatomorfo.
- El deterioro social, laboral e interpersonal son evidentes en esta paciente.
- En la paciente se apreció una gran dificultad para aceptar la contribución de los aspectos emocionales en sus síntomas somáticos, a pesar de ser confrontada con la normalidad de las pruebas solicitadas.
- La prevalencia diagnóstica en el eje I de un trastorno somatomorfo debe resaltarse, debido a la presencia de síntomas somáticos inespecíficos en varios sistemas y a la ausencia de criterios diagnósticos de otras entidades.

Es precisa una adecuada comunicación entre las diferentes especialidades, y de éstas con el paciente, para disminuir las dificultades de aceptar la contribución de los aspectos emocionales en los síntomas somáticos y con ello mejorar el pronóstico.

La dificultad de explicar médicamente los síntomas somáticos, debido al gran número de entidades

TRASTORNO SOMATOMORFO. CASO CLÍNICO: TODOS ME ENGAÑAN, ESTOY MUERTA POR DENTRO

orgánicas que puedan producirlos, hace que el diagnóstico de trastorno somatomorfo deba ser de exclusión.

Se hace necesaria la búsqueda minuciosa de factores emocionales contribuyentes a la producción de los síntomas y la identificación de rasgos de personalidad no sólo para fortalecer el proceso diagnóstico, sino también para descartar otras entidades, como los trastornos facticios y la simulación.

Bibliografía

1. García Campillo J. Trastornos somatomorfos. Revista monográfica Trastornos somatomorfos Nº, 2003.
2. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson; 2007.
3. Kaplan HI., Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
4. Aguirre Álvarez AA, Martínez Lemus H, Núñez L. Manifestaciones pseudoneurológicas de los trastornos somatomorfos. Rev. Méx. Neuroci 2005; 6(6): 480-487
5. López Santiago J, Belloch A. LA somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Volumen 7, Número 2, pp. 73-93 2002