



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

PARÁLISIS CONVERSIVA. DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. CASO CLÍNICO

Díaz Miranda Elena, González Yago María Amparo, Cañas Jiménez Silvia, López Alonso Laura, Muñoz Díaz Encarna.

tamaran0380@hotmail.com

Trastorno conversivo, parálisis histérica, trastorno neurológico funcional.

Conversion disorder, hysterical paralysis, functional neurological disorder

INTRODUCCIÓN

La histeria está en la frontera de varias disciplinas, ya que es un trastorno psiquiátrico usualmente diagnosticado por neurólogos. Entre un 4 y un 30% de los pacientes cuyos síntomas neurológicos no se correlacionan con una lesión neurológica u orgánica son diagnosticados de trastorno psicógeno o funcional y derivados a Salud Mental (1).

Durante el último siglo, se han considerado varias perspectivas etiológicas: Psicodinámica, Disociativa/Autohipnótica, Social y Cultural, Somática y Biológica. (1) La teoría explicativa dominante ha sido sin duda la psicoanalítica (refleja la emergencia de síntomas físicos como un intento de resolver, o comunicar, conflictos psíquicos inconscientes e insoportables), aunque el avance en las técnicas de neuroimagen en los últimos años da un impulso a la perspectiva biológica.

CASO CLÍNICO

Antecedentes Personales

Diagnosticada de Trastorno Bipolar de 20 años de evolución en seguimiento en su Unidad de Salud Mental de Zona. Sin antecedentes tóxicos ni médicos

Situación Basal

Soltera, pensionista. Vive con su madre anciana y tres hermanos (pacientes psiquiátricos)

Antecedentes Familiares

Dos hermanos diagnosticados de Esquizofrenia y otro de Trastorno Esquizoafectivo

Enfermedad Actual

Mujer de 55 años a la que tras una recaída depresiva de carácter leve se le optimiza su tratamiento basal (1000 mg ácido valproico, citalopram 20 mg) introduciendo Litio. La respuesta clínica es favorable y se controlan los síntomas afectivos. Al mes de iniciar el Litio (con niveles de 0,75 nM/L) presenta una caída hacia atrás. Al día siguiente comienza con inestabilidad en la marcha que empeora de forma progresiva y múltiples caídas de las que resultan varias contusiones y hematomas e incluso heridas abiertas. La exploración psicopatológica es de

PARÁLISIS CONVERSIVA. DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. CASO CLÍNICO

aparente eutimia, aunque con altos niveles de ansiedad secundaria a la percepción de discapacidad motora. Destaca que la inestabilidad de la marcha aumenta con la expectación, especialmente en contextos médicos. La exploración neurológica es rigurosamente normal.

Aunque los niveles de Litio son bajos se decide suspenderlo para descartar iatrogenia farmacológica. Tras la suspensión y en las siguientes semanas persiste la inestabilidad que cada vez es más incapacitante. Ante la incertidumbre del cuadro se solicitan también niveles de amonio que resulta normal, no obstante, a modo de ensayo se disminuye también la dosis de depakine a 500 mg. La evolución en el siguiente mes es hacia el empeoramiento llegando al bloqueo completo de la marcha e incapacidad para mantener la bipedestación –parálisis completa- (han pasado dos meses después de la caída inicial), aunque alterna dicha parálisis con pequeños paseos con la ayuda de un andador.

Se decide cursar su ingreso en la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría para estudio más completo. Se confirma la fluctuación en la intensidad de la discapacidad motora, capaz de andar con “cierta ligereza” mientras se le aplican técnicas de distracción frente a caídas burdas, pasos cortos con andador y parálisis completa ante exploraciones médicas. Se realizan varias Interconsultas: Neurología, Traumatología, Otorrino, Rehabilitación. Todos coinciden en el origen psicógeno.

Durante el ingreso, con la anamnesis familiar, se consigue establecer una relación aparentemente causal y temporal con un factor estresor. Apenas un mes antes de la primera caída una sobrina de 3 años, diagnosticada desde hacía un año de un tumor cerebral, se somete a una cirugía de resección tumoral quedando con secuelas motoras en las extremidades inferiores. Ni la paciente ni sus familiares más cercanos, habían hecho referencia a estas circunstancias previamente a su Psiquiatra de referencia. Al confrontar a la paciente con esta información presenta “bella indiferencia”.

Con respecto al tratamiento farmacológico se ajustan la dosis de ácido valproico hasta el rango terapéutico, se cambia de citalopram a venlafaxina 150 mg y se añaden dosis bajas de clonazepam. Para cuando la paciente es dada de alta la mejoría es discreta. Durante el ingreso comienza con psicoterapia y rehabilitación. En el momento del alta la marcha es de aspecto atáxico pero sin elementos de sujeción mecánica.

Pruebas Complementarias

Analítica: Hemograma (Hb, Ht, Hto, VCM, HCM, ADE; Leucos, Ne, Linf, Mon, Eo, Ba, Pla, VPM), Bioquímica (Glu, Ur, Cr, AdCr, GFR, Colesterol, TG, NA, K, Cl, Fe Ca, Brr, GPT, GOT, Gamma GT, Amilasa, CPAK, B12,), Función Tiroidea, Sistemático de orina, Alcoholemia y Tóxicos en Orina. Todo Normal

- Litemia y Amonio con niveles indetectables
- Radiografía de Columna dorso-lumbar normal
- TAC Cerebral: Leves signos de atrofia cerebral sin otras alteraciones de interés

PARÁLISIS CONVERSIVA. DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. CASO CLÍNICO

Se planteó el **diagnóstico diferencial** con:

- Lesión mecánica vertebral o medular
- Algún tipo de Vértigo
- Enfermedad de base Neurológica
- Iatrogenia Farmacológica (Litio y ácido Valproico)

Diagnóstico al alta

Trastorno Disociativo de la Motilidad (F44.4), Trastorno Bipolar

Evolución

A los pocos días del alta empeoró de nuevo la autonomía. Consideramos que la dinámica familiar empeora la clínica, dado que tanto la madre como los hermanos de la paciente centran su atención en el síntoma y fomentan la incapacidad impidiendo (con intención de ayuda) que la paciente vaya ganando autonomía. Han pasado 6 meses desde el alta y la situación clínica es invariable. La paciente sólo acude a las citas con el Psiquiatra, no se ha adherido a la consulta de Psicología. Semanalmente acude una Enfermera de nuestra Unidad de Salud Mental al domicilio para trabajar la dinámica familiar, pero por la edad de la madre y la condición de pacientes psiquiátricos graves de los hermanos los logros terapéuticos distan de ser alcanzado.

DISCUSIÓN

El Trastorno de conversión se clasifica en la CIE-10, 1991 como "trastornos disociativo y de conversión" (F44.4) y en DSM-5, 2013 como "Trastorno-síntoma neurológico funcional (FNS)" (300,11). Su prevalencia precisa es desconocida. La incidencia es de entre 4 y 12 casos por 100.000 habitantes / año y parece afectar más a las mujeres (2:1) (2)

Como sabemos, en esta patología el síntoma no puede ser explicado o es incompatible con una enfermedad neurológica o médica reconocida (DSM-5, 2013). Sin embargo y a pesar de que los conflictos y los factores de estrés pueden influir en la vulnerabilidad de los pacientes, el criterio diagnóstico de presencia de un factor psicológico asociado al síntoma que se recoge en el DSM-IV, no se contempla en su V versión. Esto puede deberse a que durante la última década, los hallazgos en neuroimagen han comenzado a apoyar con énfasis una hipótesis neuro-biológica. (2)

Un subgrupo de pacientes con este trastorno presenta, como el caso que hemos expuesto, una parálisis de ambas extremidades inferiores, lo que supone una gran incapacidad y un alto deterioro social y laboral (2). Son diversos los casos publicados de Parálisis conversiva en relación a un periodo perioperatorio (después de la administración de anestesia general), aunque la prevalencia específica es desconocida (3). Curiosamente nuestra paciente no se sometió personalmente al proceso operatorio, pero sí su estresor. Al respecto de la parálisis conversiva, diversas líneas de investigación apuntan a una disregulación (inhibitoria) de la red que participa

PARÁLISIS CONVERSIVA. DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. CASO CLÍNICO

en la programación y la ejecución del movimiento por la corteza prefrontal. En un reciente estudio los autores Arnaud Saj y Noa Raz. Proponen que la cualidad patológica que sustenta la base funcional en la paraplejía de conversión podría estar en relación con la ínsula y la corteza cingulada anterior como regiones clave que interactúan con la actividad emocional, la motivación consciente, el procesamiento de la información y áreas sensitivomotoras, combinando las manifestaciones psicológicas y fondo de motor que caracterizan al trastorno de conversión (4) El tratamiento de estos pacientes representa un reto terapéutico, tanto por la gravedad de los síntomas, como por la falta de unas estrategias terapéuticas globalmente aceptadas (1). Hay publicados varios estudios con diferentes terapias (fisioterapia, farmacoterapia, terapia cognitiva, hipnoterapia, o técnicas de estimulación eléctrica cerebral) el inconveniente es que muchos son de caso único o sufren limitaciones metodológicas que impiden hacer extensivos los resultados.

Aunque no existe un acuerdo sobre la terapia más efectiva la mayoría de los conceptos de tratamiento contienen al menos dos componentes: un enfoque conductual y un programa de aprendizaje motor utilizando un equipo multidisciplinario. (2)

En cuanto al pronóstico, la recuperación de los síntomas es muy heterogénea y varía dependiendo de la estrategia de tratamiento y estudio. Se han informado de marcadas mejoras a corto plazo, con la reducción del síntoma en un 60-70%. Sin embargo, el resultado a largo plazo, especialmente en pacientes con una larga duración de la enfermedad en la presentación es siempre pobre. Los factores relacionados con las creencias del paciente y los conceptos de la enfermedad a menudo generan dificultades en el tratamiento (2).

CONCLUSIÓN

El síntoma histérico encarnado en el cuerpo ha sido desde la antigüedad un enigma que intenta ser resuelto. El diagnóstico de "trastorno de conversión" es un reto clínico, pues además de complejo, implica establecer una línea de entendimiento entre los aspectos psicológicos y neurológicos. Pero más lo es, aún si cabe, su tratamiento. Para el adecuado abordaje de este trastorno es necesario desarrollar estudios bien diseñados y seguir trabajando para unificar las diferentes perspectivas explicativas y terapéuticas (biológica, psicológica y social) que se contemplan en la actualidad. Dado el número de pacientes y la capacidad severa asociada a este trastorno, los avances en la comprensión y el tratamiento son necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. La histeria en la medicina del S, XXI. Mariano E Robles, Roser Ribosa NOgué. C. Med. Psicosom, N 106, 2013
2. Non-Invasive Brain Stimulation in Conversion (Functional) Weakness and Paralysis: A Systematic Review and Future Perspectives. Carlos Schönfeldt-Lecuona, Jean-Pascal Lefaucheur. Frontiers in Neurosciencie, 31 March 2016, vol 10, article 140 AZUL

PARÁLISIS CONVERSIVA. DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. CASO CLÍNICO

3. When a patient falls and can't get up: conversion disorder-paraplegia following general anesthesia. Chawla La Toya Masson. Rev Bras Anestesiol 2016 VERDE
4. Disturbed Mental Imagery of Affected Body-Parts in Patients with Hysterical Conversion Paraplegia Correlates with Pathological Limbic Activity. Arnaud Saj, Noa Raz, Brain Sci. 2014,4,396-404 MARRON
5. Síntomas físicos médicamente no explicados en su clasificación en el DSM-5. Ballesteros López J. Psiquiatría.com 2015; 19:11.