



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Aida González Suárez¹, Esther Torio Ojea², Omar W. Muquebil Ali Al Shaban Rodriguez³, Adela Alonso Huerta¹, Sergio Ocio León¹, Mario J. Hernández González¹, Manuel Gómez Simón¹, Danny Frias Ortiz⁴, M. Covadonga Huergo Lora⁵, Jaime R. López Fernández¹

¹ Centro de Salud Mental de Mieres, Mieres

² Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

³ Centro de Salud Mental de Luarca, Luarca

⁴ Centro de Salud Mental El Coto, Gijón

⁵ Hospital Vital Alvarez Buylla, Mieres

aidags88@gmail.com

RESUMEN

Los trastornos conversivos se presentan como síntomas o déficit de funciones motoras o sensitivas que asemejan una enfermedad neurológica sin una base orgánica que justifique el cuadro clínico. Se considera que el enfermo no los produce de manera deliberada y son causados por factores psicológicos. Ante estos trastornos, es necesario realizar una evaluación exhaustiva del paciente y un buen diagnóstico diferencial ya que del 25 al 50% de los pacientes diagnosticados como tal reciben finalmente el diagnóstico de un trastorno no psiquiátrico que justifica sus anteriores síntomas.

Se presenta el caso de un paciente varón de 60 años que es derivado por su MAP por sospecha de un trastorno conversivo. Como únicos antecedentes psiquiátricos presenta un trastorno de adaptación hace 17 años. En la entrevista el paciente refiere haber comenzado hace 15 días de manera brusca con dificultades para recordar nombres de objetos de uso cotidiano, niega otra sintomatología previa o actual mostrando una actitud indiferente ante su estado. La mujer del paciente aporta datos sobre sintomatología depresiva anterior al cuadro descrito por problemas en el ámbito laboral y apunta a rasgos neuróticos de personalidad del paciente. Destaca que el paciente fumador de cajetilla y media al día desde hace 20 años no fuma desde el inicio del cuadro descrito.

Se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias para descartar patología orgánica causal donde observan en TAC craneal lesión compatible con ictus isquémico hemisférico izquierdo e ingresan al paciente en el Servicio de Neurología.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El trastorno de conversión es una patología con síntomas o déficits de funciones motoras o sensitivas que asemejan a una enfermedad neurológica pero sin existir la misma o sin poder explicarse por ella. A su vez, el paciente no los produce deliberadamente ni es consciente de lo que le ocurre.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de este trastorno se oscila entre 11 y 300 casos por cada 100.000 habitantes aumentando su prevalencia en poblaciones específicas.

A su vez, se ha visto una proporción mayor de mujeres que de hombres entre los pacientes diagnosticados de este trastorno, de al menos 2:1.

ETIOLOGÍA

Según autores psicoanalíticos, el trastorno conversivo surge al convertir en un síntoma físico la ansiedad causada por un conflicto intrapsíquico inconsciente. El problema real, origen de la inestabilidad psíquica, se reprime y no es registrado por la conciencia, lo que se denominaría "ganancia primaria". A su vez, los síntomas físicos sirven al paciente para comunicar de una forma no verbal una necesidad de tratamiento o consideración, consiguiendo un control o manipulación sobre los demás. Esto es conocido como "ganancia secundaria".

Atendiendo a la teoría del aprendizaje condicionado, puede considerarse el síntoma conversivo como parte de una conducta aprendida mediante el condicionamiento clásico. El paciente habría aprendido dichos síntomas en su infancia, usándolos como vía de escape ante una situación difícil de superar.

COMORBILIDAD

Es frecuente encontrar trastornos comórbidos asociados al cuadro, entre los que destacan el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad y los trastornos por somatización. Hay autores que apuntan que entre el 54 y 88% de los pacientes con síntomas conversivos presentan síntomas depresivos. También se han descrito en pacientes diagnosticados de esquizofrenia pero no es un hallazgo frecuente. En lo relativo a trastornos de personalidad, es habitual que acompañen a un trastorno de conversión, especialmente el de tipo histriónico y el dependiente-pasivo.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas neurológicos que podemos encontrarnos ante estos trastornos pueden involucrar cualquier aspecto del sistema nervioso central que esté bajo el control consciente. Por lo cual, los pacientes pueden consultar por causas tan variadas como convulsiones no-epilépticas, movimientos involuntarios, parálisis, demencia psicógena, retención urinaria, mutismo, alucinaciones, dolor, ceguera, sordera, analgesia/anestesia, pérdida de lenguaje o una alteración de cualquiera de los sentidos. Como ya se ha comentado, es frecuente la comorbilidad con otros trastornos por lo que en la presentación del cuadro a menudo, los síntomas conversivos se acompañan de síntomas propios del trastorno depresivo o del trastorno de ansiedad.

Frente a toda esta presentación clínica podemos encontrarnos con lo que se conoce como "la belle indifférence". El paciente muestra una actitud indiferente frente a unos síntomas graves, no aparenta estar preocupado por su situación clínica. La presencia o ausencia de esta actitud no es patognomónica del trastorno conversivo, pero si es frecuente observarla en el mismo.

DIAGNÓSTICO

Los trastornos de conversión o disociativos los encontramos clasificados en la CIE 10 dentro de los F44. Para diagnosticar cualquiera de los trastornos la CIE 10 establece que deben cumplirse tres condiciones:

1. Presentar las características clínicas que se especifican en cada trastorno aislado.
2. Ausencia de un trastorno somático que pueda explicar los síntomas tras realizar las exploraciones clínicas complementarias.
3. Evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo).

Dentro Del DSM-V están incluidos entre los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Conviene como criterios diagnósticos:

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

En definitiva, para establecer el diagnóstico de trastorno conversivo es preciso realizar una minuciosa y exhaustiva evaluación del paciente para valorar factores que hayan podido precipitar el cuadro conversivo, así como para la correcta identificación de patologías orgánicas que puedan explicar la sintomatología. En este contexto, se deben realizar todos los exámenes pertinentes orientados según la presentación sintomática del paciente. Debemos recordar, que se ha calculado que entre un 25 y 50% de los pacientes previamente diagnosticados de trastorno conversivo reciben, finalmente, un diagnóstico de trastorno médico no psiquiátrico que justificaría su sintomatología previa. Por lo cual, es de crucial importancia el seguimiento del caso en busca de indicios de causa orgánica subyacente o conflictos psicológicos previamente desconocidos y tener en cuenta que una respuesta inicial a placebo no confirma un origen conversivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como ya ha sido explicado, la premisa fundamental y uno de los principales problemas es excluir una enfermedad orgánica. Una vez descartada, se establece un diagnóstico diferencial con la simulación, los trastornos facticios, los trastornos por somatización y la hipocondría. En los dos primeros, el paciente es consciente de lo que le pasa, al contrario que en los cuadros conversivos. De igual manera, en un trastorno por somatización la variedad de síntomas afecta a más sistemas que el neurológico, suele ser de comienzo precoz y conducir a un gran deterioro de la funcionalidad del paciente. Por último, el paciente hipocondriaco se caracteriza por su gran convicción de padecer una enfermedad somática, centrándose en mayor medida en esa seguridad que en los propios síntomas que además no son exclusivamente neurológicos.

PRONÓSTICO

Los trastornos conversivos suelen remitir espontáneamente al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial aquellos que tienen un comienzo agudo a raíz de un acontecimiento biográfico traumático. Contrariamente, pueden presentarse estados más crónicos, en particular, si su inicio tuvo relación con problemas insolubles o dificultades personales. A su vez, las recidivas son frecuentes, alternándose intervalos asintomáticos interepisodios.

TRATAMIENTO

Aunque la mayoría se resuelven espontáneamente, esta recuperación puede verse facilitada por la psicoterapia de apoyo orientada a la introspección o la psicoterapia conductual. A su vez, podemos usar un tratamiento farmacológico para el control de la posible sintomatología asociada.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 63 años que acude a consulta en un Centro de Salud Mental previa derivación de su médico de cabecera quien alude como motivo sospecha de trastorno conversivo en paciente con sintomatología depresiva.

Psicobiografía

El paciente está casado, no tiene hijos y trabaja como encargado técnico en una empresa desde hace 26 años y le queda un año para recibir la jubilación. Desde el inicio del comienzo de los síntomas que propician la consulta, se encuentra en situación de interrupción laboral.

Es el segundo de una fratría de 5 hermanos, 2 de ellos fallecidos por cáncer de colon y de próstata respectivamente. Su padre ha fallecido hace 28 años a causa de un fallo respiratorio y su madre de 87 años, está viva e institucionalizada en una residencia.

Antecedentes familiares

Niega antecedentes familiares psiquiátricos. Como antecedentes familiares somáticos destaca que su madre ha padecido un tumor mamario y padece cáncer de colon con buena evolución en las últimas revisiones.

Antecedentes personales

Padece habitualmente de cefaleas para las que su Médico de Atención Primaria le pauta un analgésico con buena respuesta. Intervenciones quirúrgicas: intervenido por quiste en cuerdas vocales hace más de 10 años y por neoplasia protática hace 4 años, actualmente bajo el control de su Médico de Atención Primaria sin alteraciones en la última analítica realizada hace menos de 6 meses. No refiere otros antecedentes médicos de interés. Como antecedentes psiquiátricos encontramos que hace 20 años acudió a este mismo Centro de Salud Mental por sintomatología ansioso-depresiva reactiva a dificultades en el ámbito laboral. Tras recibir tratamiento antidepresivo y ansiolítico durante unos meses la sintomatología cedió y el paciente fue dado de alta sin ningún tratamiento. Posteriormente, y hasta la actualidad, refiere no haber consultado a ningún profesional de la salud mental en la esfera pública o privada, ni recibido tratamiento psicofarmacológico. Si ha precisado tratamiento ansiolítico en ocasiones de mayor estrés, por estresantes personales o laborales, que le pautaba su Médico de Atención Primaria.

Entre sus hábitos tóxicos el paciente refiere ser fumador de 1 cajetilla al día desde hace 20 años pero haber cesado el consumo tabáquico desde hace 15 días. Niega consumo de alcohol u otros tóxicos.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Historia actual

En la entrevista el paciente comenta que desde hace 15 días presenta cierta dificultad para encontrar algunas palabras. Niega otra sintomatología concomitante. No relaciona dicha clínica con ningún factor desencadenante y muestra una actitud totalmente indiferente hacia su estado. Refiere llevar una vida tranquila, niega problemas familiares, laborales o sociales y cambios biográficos recientes.

Su mujer, al contrario, expone que desde hace un tiempo nota al paciente más ensimismado, bajo de ánimo, tendente al aislamiento, ansioso, con problemas de sueño y constantemente preocupado por su trabajo. Según verbaliza, recientemente su empresa ha sido traspasada, ha cambiado de dueño y por consiguiente las condiciones laborales, suponiendo las mismas una fuente de estrés para su marido quien solo piensa en que llegue pronto la jubilación.

El paciente, que se encuentra presente en el momento que su mujer realiza esta declaración, reconoce dichos problemas y los racionaliza, "solo me queda un año" "en breves me jubilo", "lo puedo aguantar".

La mujer niega completamente que su marido presente en el domicilio esta actitud, lo define como una persona con una visión sombría del futuro, tendente a preocuparse en exceso, con un nivel elevado de ansiedad y con poca tolerancia emocional a las contrariedades.

A la exploración solamente destaca una alteración de su discurso en torno a una latencia de respuesta aumentada que podría correlacionarse con la dificultad que el paciente refiere para encontrar determinadas palabras. No presenta un lenguaje repetitivo ni alteraciones de la comprensión. El resto de la exploración es normal.

Dado que previamente al diagnóstico de trastorno conversivo es necesario descartar una patología somática causal, se decide derivar al paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia indicando lo mismo.

En dicho Servicio el paciente es valorado por el Servicio de Neurología, le realizan una exploración física y neurológica donde hayan lo ya referido y solicitan bioquímica sanguínea incluyendo pruebas de función hepática y tiroidea, hemograma con VSG, un estudio básico de coagulación, EKG, RX de tórax y sedimento de orina no encontrándose alteraciones relevantes en ninguna de las pruebas mencionadas. A su vez, solicitan TAC de cráneo con los siguientes resultados: "Lesión hipodensa localizada a nivel de la región putaminal - Cápsula interna rodilla anterior izquierda compatible con lesión isquémica establecida localizada a dicho nivel. Pequeña lesión hipodensa de similares características localizada en porción posterior centro semioval izquierdo en relación con infarto de pequeño vaso. No se aprecian lesiones expansivas ni sangrados intracraneales. Sistemas ventriculares normales". Por este motivo, diagnostican al

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

paciente de un accidente cerebrovascular isquémico izquierdo, deciden antiagregarlo, ingresarlo y solicitarle más pruebas complementarias que se citan, junto a sus resultados, a continuación.

Ecografía Doppler de TSA: Mínimos cambios ateromatosos en la bifurcación carotídea derecha.

RM Cráneo: Lesión hiperintensa en T2 y FLAIR, localizada en la región de ganglios de la base y centros semioval izquierdo, que en la secuencia difusión b1000 presenta un área de hiperseñal extensa, de unos 3 x 1cms, con hiposeñal en ADC, en relación con infarto agudo isquémico. Se observa un área de adyacente, de localización anterior, hiperintensa en T1, hipointensa en FLAIR, T2 y muy hipointensa en T2 gradiente, sugestiva de área de sangrado subagudo o crónico, que puede ser por un episodio vascular previo. Múltiples lesiones hiperintensas de la sustancia blanca periventricular y de centros semiovais y en región pontina, en relación con desmielinización o hipoxia-isquemia.

Ecocardiograma: normal

Holter: 2 pausas de 2,6 segundos en vigilia

Al alta el paciente presenta una mejora de la fluencia del lenguaje con disnomia ocasional y compresión conservada. En la actualidad, se encuentra aún pendiente de ser estudiado por el Servicio de Cardiología por las alteraciones presentadas en el Holter y por el Servicio de Hematología para realizar un estudio de hipercoagulabilidad sin haber necesitado, hasta el momento, nueva valoración por nuestro servicio.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de un trastorno conversivo es una condición desafiante que requiere una evaluación exhaustiva del paciente y prestar una especial atención a la aparición de nuevos síntomas que deben ser estudiados. No debemos olvidar el alto porcentaje de pacientes que tras recibir dicho diagnóstico, finalmente, son diagnosticados de un trastorno médico que justificaría sus síntomas y la influencia del retraso diagnóstico en la demora de su tratamiento y evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaamonde Gamo J, Gallardo Alcañiz MJ, Cabello de la Rosa JP, Ibáñez Alonso R. Síndromes conversivos en neurología: características clínicas de 16 pacientes. *Salud i Ciencia*, 20(7):714-9, Ago 2014
2. Suárez, M. L., Jambrina, J. J. M., & Soto, A. (1995). Trastornos somatomorfos urogenitales: Una psiquiatría para urólogos. *Clínicas urológicas de la Complutense*, (4), 57-72.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

3. Andrés, G. H., & Jorge, G. H. (2010). Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza. com*, 6, 1-14.
4. Sanz Rodríguez, L. J., & Torres López, B. (2003). Un caso de trastorno de conversión analizado desde la perspectiva de la interconsulta hospitalaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 143-156.
5. Lipowski, Z. J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31(1), 13-21
6. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing, 318-319
7. Organización Mundial de la Salud. (1992) *CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor, 189-201