

NO ERA UN CONVERSIVO... Y LO SABES

AUTOR PRINCIPAL

ALBERTO CANO ARENAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID

COLABORADORES

ÁLVARO DE DIEGO GÓMEZ-CORNEJO

SUPERVISIÓN

AINOA MUÑOZ SAN JOSÉ

CASO CLÍNICO

Introducción

Nuestra paciente es una mujer de 41 años que inicialmente se encuentra ingresada en Medicina Interna por dolor lumbar, debilidad de miembros inferiores y disminución de la sensibilidad en dicha región. Nos interconsultan a los diez días porque presenta ánimo bajo con picos de ansiedad y solicitan valoración de posible cuadro conversivo, ya que las pruebas de imagen no evidencian claras alteraciones que justifiquen la clínica.

Antecedentes

Antecedentes familiares

Padre: hipertensión arterial, diabetes mellitus y tres infartos agudos de miocardio. Madre: hipertensión arterial y diabetes mellitus. Tiene seis hermanos, de los cuales el mayor padece hipertensión arterial; los demás están sanos. No describen antecedentes psiquiátricos familiares de interés.

Antecedentes personales somáticos

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, con buen control. Estreñimiento. Gastritis crónica. Infecciones urinarias de repetición. Alergia primaveral, rinoconjuntivitis y asma estacional. Quiste ovárico simple. No ha sufrido intervenciones quirúrgicas. No fuma, no bebe alcohol y no consume otro tipo de tóxicos.

Un ingreso en Neurología tres años antes por lumbalgia y disfunción de esfínteres urinario y anal. Se realiza diagnóstico al alta de discopatía degenerativa moderada L4-L5 y L5-S1, vejiga neurógena e hipotonía de esfínter anal externo e interno (evidenciado tras manometría anorrectal). No se encontró patología relevante ni otros hallazgos significativos en las pruebas complementarias de neuroimagen. Se realizan serologías a múltiples patógenos, dando negativo los resultados disponibles en el momento del alta; sin embargo, quedan pendientes algunos otros resultados cuando la paciente abandona el hospital en el primer ingreso.

Posteriormente ha realizado seguimiento en consultas externas de Neurología y ha sido valorada en las de Rehabilitación y en la Unidad del Dolor por lumbalgia persistente y debilidad de miembros inferiores, que ha condicionado varias caídas. Se realiza electromiograma en el que se aprecia afectación motora radicular derecha S1 de intensidad moderada. Se realizan también distintas pruebas de imagen (RMN), tanto cerebral como cervical y dorsal, en las que no se encuentran hallazgos patológicos.

En los últimos tres años ha tenido varias visitas a urgencias por caídas y urgencia miccional. En todas estas ocasiones se le da el alta con distintos juicios diagnósticos: síncope ortostático de bajo riesgo, probable intoxicación por benzodiazepinas, antihistamínicos y opioides, disfunción esfinteriana, etc.

Tratamiento somático habitual: lisinopril, amlodipino, pantoprazol, lactulosa, arcoxia, gabapentina, zaldiar, seretide, salbutamol.

Antecedentes personales psiquiátricos

Sin contactos previos con salud mental. En tratamiento con bromazepam 1.5 mg (0-0-1) pautado por Unidad del Dolor.

Situación social

Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Camina sola con muleta. Es doble incontinente (urinaria desde hace un año, tras recaída después de buen control farmacológico en los últimos dos años; fecal desde hace un mes). Es natural de Ecuador y lleva diez años viviendo en España. Tiene tres hijos, nacidos por partos vaginales sin complicaciones, que viven en Ecuador con su padre. Se encuentra en situación de desempleo desde hace un año. Comparte piso con tres compañeras que, al mismo tiempo, son amigas.

Anamnesis

Nuestra paciente acudió a urgencias después de una caída desde su propia altura tras sensación de debilidad de miembros inferiores y relajación de esfínter vesical. Ingresó inicialmente en la planta de Medicina Interna, donde se realizan pruebas de neuroimagen con RMN cerebral, cervical, dorsal, lumbar y pélvica. En ellas únicamente se aprecia la discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1 ya conocida previamente. Tras ser valorada por Neurocirugía, y ante la ausencia de hallazgos radiológicos que justifiquen la clínica, se nos solicita al equipo de Interconsulta de Psiquiatría valoración por sospecha de clínica conversiva.

Cuando acudimos a entrevistarla, comenta que en los últimos seis meses se ha incrementado el dolor que padece en la región lumbar desde hace aproximadamente cuatro años, con cambios también en su irradiación y disminución de la sensibilidad en la totalidad de las piernas y los pies, desde la raíz del glúteo. De hecho, hace tres semanas sufrió una quemadura en el glúteo izquierdo por escaldadura mientras estaba en la ducha, ya que no notaba la temperatura del agua. Esto le ha ocasionado una escara necrótica, que ha requerido desbridamiento e injerto cutáneo por parte de Cirugía Plástica durante el ingreso. En algún momento impresiona de minimizarla e intentar olvidar que la tiene. También ha sufrido múltiples caídas tanto en su casa como en la calle.

El día de la caída, que se produce en el baño de su domicilio -aunque no es capaz de determinar con

claridad cómo sucedió, lo cual en algún momento indujo a pensar en una posible amnesia disociativa-, notó incremento álgico y menor fuerza en las piernas. Además, en los últimos meses ha reaparecido la incontinencia urinaria, que estaba controlada con tratamiento farmacológico desde hacía tres años. Igualmente ha iniciado incontinencia fecal, por lo que tiene que usar pañal. Todo ello le dificulta sus actividades diarias y produce malestar significativo, con sentimientos de debilidad, ánimo bajo y, en un primer momento, reticencia a recibir cuidados por parte de su grupo de apoyo. No obstante, en los últimos meses agradece y reconoce la necesidad de la ayuda que le ofrecen sus amigas y compañeras de piso, que fueron quienes la animaron a solicitar la valoración que ha motivado su ingreso actual. Además ha tenido sentimientos de vergüenza e incomprensión en algún episodio de incontinencia en la vía pública.

Hace unos meses, en relación a los problemas secundarios a su vejiga neurógena, en el contexto de angustia intensa y preocupación con respecto a su funcionalidad futura, presentó ideación autolítica parcialmente estructurada, cuyo recuerdo le produce sentimientos de miedo y culpa. En este momento no verbaliza dicha ideación y confía en su curación o, por lo menos, en su mejoría clínica. Cuenta dificultad para mantener el sueño, relacionándolo con el dolor lumbar y su irradiación a miembros inferiores, que cede solo parcialmente con analgesia y que la despierta por la noche.

Durante su estancia en la planta de Medicina Interna sufre una nueva caída desde la cama, mientras se encontraba en sedestación e intentaba pasar a la bipedestación, que atribuye a otro episodio de debilidad en miembros inferiores. Niega estresores externos así como clínica afectiva previa al inicio del cuadro neurológico.

En este momento lo que más le preocupa es la urgencia miccional y la incontinencia, que le impiden llevar adelante su vida previa, tanto a nivel laboral como social y personal. Se le ve afectada por su situación. En cuanto al dolor, este se presenta como pinchazos de intensidad muy alta, sensación de peso, escozor, frío y paroxismos eléctricos. Además, la exploración manifiesta una hiperreflexia osteotendinosa generalizada.

En distintas ocasiones nos avisan para realizar valoración e intervención con la paciente, pues se encuentra triste, llorosa y con dificultades para dormir. Se nos insiste sobre la posibilidad de que la sintomatología se encuadre dentro de un trastorno conversivo, pues no se encuentran hallazgos de imagen que expliquen la situación clínica. Los acompañantes no aportan otra información significativa que amplíe lo señalado por la paciente.

Exploraciones

Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Abordable, adecuada y colaboradora. Buen contacto visual. Aspecto cuidado. Tranquila, sin ansiedad ni inquietud psicomotriz. Reactiva y sintónica. No irritabilidad. Euproséxica. No fallos mnésicos ni de concentración. Discurso lógico, coherente, fluido, centrado en preocupación por su situación clínica. Humor hipotímico de características reactivas y varios meses de evolución. Irradiación afectiva sin alteraciones. Llanto ocasional que cede durante la entrevista. No apatía, abulia ni anhedonia. No ideas ni sentimientos de desesperanza. Sentimientos de vergüenza y debilidad. No ideas pasivas de muerte ni ideación autolítica activa. Lenguaje sin alteraciones. No alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento. No alteraciones de la

senso percepción, ideación delirante ni otra clínica en rango psicótico. No fenómenos de despersonalización, desrealización ni clara amnesia disociativa. No autoagresividad ni heteroagresividad. Juicio de realidad conservado. Insomnio de mantenimiento en relación a dolor. Normorexia.

Juicios Diagnósticos

Trastorno adaptativo con sintomatología afectiva.

No se evidencia clínica (ni la anamnesis así lo sugiere) que parezca compatible con un trastorno de conversión.

Tratamientos y curso clínico

Plan terapéutico

Derivación a su Centro de Salud Mental para seguimiento por psiquiatra de zona.

Tratamiento psicofarmacológico

Mirtazapina flas 15 mg, 1 comprimido antes de acostarse.

Bromazepam 1.5 mg, 1 comprimido si precisa por ansiedad.

Evolución

La paciente es valorada por el servicio de Neurología que, tras la ausencia de resultados concluyentes en las pruebas de imagen, recomienda repetir electromiograma. En él se evidencia que ha empeorado la afectación previa en miembros inferiores, encontrándose en este momento una lesión neurógena crónica de grado severo en niveles L3 a S1 bilateral, con signos de lesión aguda evolutiva a nivel de S1. Además, se aprecia lesión de vía piramidal en miembros inferiores, en grado moderado, con posible afectación de primera motoneurona a nivel preganglionar intrarraquídeo. Tras estos resultados, la paciente ingresa a cargo de Neurología para continuar estudio. Se solicitan pruebas inmunológicas y se repiten distintas serologías.

Por nuestra parte, a nivel psicopatológico persiste ánimo bajo -que nos parece muy relacionado con la situación clínica y la pérdida de funcionalidad- e insomnio persistente, que pasa a ser ahora su principal demanda. El contacto es adecuado en todo momento, con buen nivel de introspección, y no apreciamos otra clínica psiquiátrica relevante a lo largo de nuestra valoración. Proponemos iniciar tratamiento psicofarmacológico antidepresivo y aportamos información sobre el mismo; la paciente no lo considera necesario en este momento, de modo que no lo introducimos.

Más adelante es nuevamente evaluada e iniciamos mirtazapina 15 mg por la noche con intencionalidad hipnótica, que acepta. Igualmente se realiza intervención para entrenamiento en técnicas de relajación basadas en atención plena. Dos días después refiere mejoría significativa del descanso nocturno y el afecto se va ajustando progresivamente.

La clínica neurológica tan intensa en una mujer joven -especialmente la pérdida del control de ambos esfínteres-, junto con las consecuencias de la misma -la escara necrótica en el glúteo- nos hacía

extraña la consideración de un cuadro conversivo. Apoyaba esta impresión diagnóstica la ausencia de migración de los síntomas, la policlínica neurológica que presenta la paciente, la evolución crónica e insidiosa y la falta de relación con factores psicosociales.

Ante esta situación, el servicio de Neurología revisa su historial médico desde el inicio de la sintomatología hace aproximadamente tres años. En este proceso comprueban nuevamente todos los exámenes de laboratorio hasta que aparece un resultado de hace unos dos años y nueve meses (pedido durante el primer ingreso en Neurología y mandado al centro de referencia para esta determinación) que nadie había visto hasta ahora: serología positiva para virus HTLV-1, con detección de antígeno positiva frente a dicho virus. El diagnóstico estaba ahí.

Discusión clínica

El trastorno por conversión se encuadraba en la DSM-IV dentro de los trastornos somatomorfos. Sin embargo, en la nueva DSM-V esta patología se presenta como una entidad específica -que también recibe el nombre de trastorno de síntomas neurológicos funcionales- incluida en el capítulo de trastornos de síntomas somáticos. En términos generales, los pacientes somatizadores presentan y padecen realmente distintas quejas y síntomas físicos -no producidos intencionalmente- que sugieren una enfermedad somática pero que no pueden ser atribuidos ni explicados totalmente por una causa orgánica evidente. Más en concreto, el trastorno de conversión se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas neurológicos (principalmente alteración de la función motora o sensitiva voluntaria) que no puede ser explicada por mecanismos fisiopatológicos conocidos.

Su presentación clínica es generalmente monosintomática, frecuentemente aguda y con características que simulan una enfermedad conocida. Su prevalencia, aunque alta, parece estar en descenso pero podría representar todavía hasta un 14% del total de interconsultas psiquiátricas. Es más frecuente en mujeres jóvenes de clase socioeconómica baja, bajo nivel educativo y poca sofisticación psicológica. Para el diagnóstico es clave la presencia de clínica incompatible con los mecanismos fisiológicos o anatómicos conocidos y resulta de ayuda encontrar una asociación entre la causa de los síntomas neurológicos y determinados factores psicológicos. Los principales síntomas sensoriales son la anestesia y la parestesia en las extremidades; la mayoría de la clínica motora consiste en movimientos anormales, alteraciones de la marcha, debilidad y parálisis. No se ha demostrado la utilidad diagnóstica de ciertos síntomas clásicos como la belle indifference.

Lo que nos parece central en este tipo de trastornos es la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial con entidades somáticas, especialmente con enfermedades neurológicas -desmielinizantes e ictales fundamentalmente-. Y es que se estima que entre un 25 y un 50% de los pacientes que sufren trastorno de conversión, al final reciben el diagnóstico de un trastorno neurológico o no psiquiátrico, que ha podido ser el causante de los síntomas iniciales. Este podría haber sido el desenlace de nuestra paciente... Por tanto, una exploración médica y neurológica exhaustivas son esenciales en todos los casos.

Para el diagnóstico, que resulta realmente difícil, es imprescindible realizar una revisión exhaustiva del historial médico; a menudo resulta, como ocurrió en nuestro caso, que nadie lo ha hecho con anterioridad. Hay que objetivar hasta qué punto se ha descartado una enfermedad orgánica y qué posibilidades existen de que, aunque no se haya detectado, padezca de hecho una enfermedad somática.

En nuestra paciente el cuadro médico que explica la clínica es la paraparesia espástica tropical, una mielopatía crónica causada por el retrovirus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1, el mismo virus que se considera agente causal de la leucemia-linfoma de células T del adulto). En los primeros seis meses de la enfermedad se produce debilidad en miembros inferiores, que aumenta progresivamente. A partir del primer año suelen aparecer alteraciones del esfínter vesical, dolor lumbar, hiperreflexia tendinosa e hipoestesia de extremidades. Esta clínica aparecía en nuestra paciente, como se ha podido observar.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría.. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.).. [Libro] Arlington, VA. American Psychiatric Association Publishing, 2013
2. Marin JL. . Curso de experto en medicina psicosomática y psicología de la salud. . [Libro] Madrid. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2013
3. McKendall RR.. Neurologic disease due to HTLV-1 infection. . [Libro] Handb Clin Neurol. 123:507-30, 2014
4. Sadock VA, Sadock BJ.. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría (11ª edición). . [Libro] España. Editorial LWW, 2015
5. Vallejo J. . Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (8ª edición). . [Libro] Barcelona. Elsevier Masson, 2015