Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1940

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/184 - "ES MEJOR ESTAR AUSENTE"

T. Pacheco Ramos[a], S. Poyo González[b] y J.R. Artega Arias[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Taco. Tenerife Sur. Psicóloga. Centro de Salud Tacoronte Tenerife Norte. [b]Psicóloga especializada. Centro de Salud Tacoronte. Tenerife. [c]Adjunto de Psiquiatría. Centro de Salud Tacoronte. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, con antecedentes personales de epilepsia, sin otros de interés. Acude a nuestra consulta de primaria porque refiere quedarse desconectada del medio durante segundos-minutos desde que tenía 20 años. La derivamos a Neurología para estudio, quienes diagnostican una crisis de ausencia, tratada con Depakine y Kepra. En estos años la paciente no ve clara mejoría a pesar de consultar a varios neurólogos privados y a pesar de las dosis elevadas de medicación. Ella refiere que es muy característico como estos episodios comenzaron a aparecer cuando acontecían sucesos familiares desagradables desde la infancia como por ejemplo percibir a su padre en momentos de grave intoxicación etílica. Actualmente también lo relaciona con este tipo de situaciones que para ella son desagradables o cuando su nivel de estrés es superior al habitual. Se remite al psicólogo y psiquiatra quienes diagnostican un trastorno conversivo y recomiendan psicoterapia (actualmente es su tratamiento junto al de la crisis de ausencia).

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza una exploración donde las constantes son normales, buen color, auscultación normal, abdomen anodino y exploración neurológica sin focalidad. Se pide analítica completa, incluyendo serología e inmunología resultando todo normal. Se revisan las resonancias nucleares magnéticas donde se objetiva un foco alterado en lóbulo frontal izquierdo inactivo actualmente.

Juicio clínico: Trastorno conversivo. Crisis de ausencia.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de los trastornos conversivos se hace con el trastorno somatomorfo, la enfermedad facticia, la simulación, la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno de la personalidad histriónica y con crisis de ausencia (epilepsia). Para ello se necesita realizar siempre una correcta anamnesis, una exploración física exhaustiva (incluyendo la neurológica) y realizar una serie de pruebas complementarias como son pruebas de laboratorio que descarten cualquier patología orgánica (metabólica, estructural, inmune, serologías) y pruebas de imagen como son el TAC y la resonancia magnética en cuyo caso se realizó objetivándose un foco epileptógeno.

Comentario final: Los trastornos conversivos hacen referencia a los síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida ni se pueden explicar por ella. Es una conversión porque el paciente

convierte el conflicto psicológico en un trastorno físico. Es más frecuente en mujeres y según definía Freud, proviene de una emoción internada de cólera, repugnancia o conflicto sin resolver. Utilizaba la hipnosis para tratar este trastorno. Actualmente se utiliza la psicoterapia como tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaedicke Hornung A, González Hernández J. Somatización y trastorno conversivo: clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. Pontificia universidad caótica de Chile. Revista. 2010;6:1-14.

2. Sanz Rodríguez LJ, Torres López B. Hospital universitario de Getafe y Hospital psiquiátrico de Madrid. Un caso de trastorno de conversión desde la perspectiva de la interconsulta hospitalaria. p. 143-56.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.