



**MEDICINA
UNIVERSITARIA**

www.elsevier.es



CARTA CIENTÍFICA

Estornudo psicógeno intratable: reporte de un caso de estornudos psicógenos desencadenados por *bullying* escolar

Alejandro Durán-De la Re,¹ Beatriz Chávez-Luévanos,¹ Adriana Carlota Cantú-Salinas,¹ Cristina Elizabeth García-Guerrero,^{1,2} Ezequiel Enrique Paypa-Jabre³

¹Neurología Pediátrica, Servicio de Neurología, Facultad de Medicina, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México

²Neurología Adultos, Servicio de Neurología, Facultad de Medicina, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México

³Departamento de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México

Recibido: Octubre 2012. Aceptado: Marzo 2013

PALABRAS CLAVE

Estornudos, somatización, psicógeno, acoso escolar, México.

Resumen

El estornudo psicógeno o seudoestornudo se caracteriza por ser común en mujeres adolescentes de 10 a 14 años. Este se presenta como un sonido peculiar y de poca intensidad, se mantienen los ojos abiertos y la expresión facial es mínima, de ritmo y frecuencia irregulares, desaparece durante el sueño, la alimentación, cuando están solos o al hablar; suele ser refractario a tratamiento farmacológico pero responde bien a tratamiento psicológico/psiquiátrico.

Se presenta paciente femenina de 13 años de edad, que inició su padecimiento posterior a "*bullying*" escolar, con cuadro de dolor abdominal difuso y continuo, que provocó deserción escolar. Fue intervenida quirúrgicamente por diagnóstico de quiste ovárico derecho roto, sin mejorar el cuadro doloroso. A los cuatro meses de evolución presentó estornudos en salva, continuos, durante los cuales mantiene los ojos abiertos, presentó una mínima expresión facial, de intensidad variable, sin secreciones y sólo ceden al alimentarse y dormir. La paciente mostró remisión completa de los síntomas tras la administración de paroxetina.

La ausencia de explicaciones orgánicas ante los síntomas clínicos presentes no justifica un diagnóstico de estornudos psicógenos, es necesaria la presencia de aspectos psicológicos o eventos como posibles desencadenantes de dichos síntomas.

Correspondencia: Dr. Alejandro Durán De la Re. Servicio de Neurología 2do. Piso, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Celular: (81) 8600 7952. *Correo electrónico:* alexduran111@hotmail.com

KEYWORDS

Sneezes, somatization, psychogenic, bullying, Mexico.

Untreatable psychogenic sneezing: report of one case of psychogenic sneezing due to school bullying

Abstract

Psychogenic sneezing or pseudo-sneezing is characterized as being common in adolescent girls aged 10-14. It is presented as a low intensity peculiar sound. The eyes remain open and there is minimal facial expression, and they are irregular in rate and rhythm. It disappears during sleep, meals, being alone or talking. It is usually refractory but responds well to psychological / psychiatric treatment and it is not inhibited following the application of a topical nasal anesthetic. It does not cause congestion or nasal irritation, rhinorrhea or secretions and neurological physical examination tends to be normal. It is usually diagnosed by exclusion after a long follow-up period. Haloperidol and antidepressants drugs are used as an effective treatment, in addition to psychological treatment.

A 13-year-old female, whose condition started after school bullying with diffuse continuous abdominal pain, causing her to dropout of school. She underwent surgery with the diagnosis of ruptured right ovarian cyst and managed as chemical gastritis, without improvement of the abdominal pain. After four months, she showed sneezing, continuously, while keeping the eyes open, with minor facial expression, variable intensity, without secretions and yielded only during sleep and meals. The case was studied extensively by otolaryngology, pediatric neurology and paidopsychiatry. The patient showed complete remission of symptoms after administration of paroxetine. The absence of an organic cause presents with clinical symptoms does not justify a diagnosis of psychogenic sneezing. This requires the presence of psychological aspects or events as potential triggers of these symptoms.

Introducción

El estornudo intratable o pseudoestornudo es un padecimiento poco frecuente asociado a etiología psicógena, por ello se denomina como “estornudo psicógeno intratable”. Se caracteriza por ser común en mujeres adolescentes de 10 a 14 años. Este se presenta con un sonido peculiar y de poca intensidad, paradójicamente durante el estornudo se mantienen los ojos abiertos y la expresión facial es mínima, con ritmo y frecuencia irregulares. El estornudo desaparece durante el sueño, la alimentación, al estar solo o al hablar; suele ser refractario a tratamiento farmacológico, pero responde bien a tratamiento psicológico/psiquiátrico. El síntoma no se resuelve tras la aplicación de anestesia tópica nasal, peculiarmente no causa congestión o irritación nasal, rinorrea o secreciones. Puede estar asociado a otros síntomas de somatización, finalmente, el examen físico y neurológico suele ser normal.¹⁻⁵

Presentación del caso

Femenina de 13 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, con nivel socioeconómico alto y buen aprovechamiento escolar. Inició su padecimiento posterior a “bullying” escolar, provocado por una compañera del mismo grado académico. Presentó cuadro de estreñimiento crónico acompañado por dolor abdominal difuso y continuo, el cual fue estudiado adecuadamente y ameritó

múltiples internamientos hospitalarios, lo que provocó deserción escolar. Recibió tratamiento sintomático sin mostrar mejoría. Se le practicaron estudios de imagen que incluyeron radiografía simple de abdomen y tomografía computada de abdomen, reportando coproestasis. También se realizó gamagrama de vaciamiento gástrico, que resultó positivo para reflujo gastroesofágico a tercio medio de leve intensidad y un tiempo medio de vaciamiento gástrico prolongado. Se realizó endoscopia con biopsia de esófago, estómago y duodeno reportando gastritis química, por lo que se inició tratamiento sin mejoría del cuadro doloroso, razón por la que se realiza gammagrama hepático y de vías biliares, el cual se encontró dentro de los límites normales. Dos meses posteriores al inicio de los síntomas fue intervenida quirúrgicamente por diagnóstico de quiste ovárico derecho, con reporte anatomopatológico de quiste lúteo hemorrágico, mostrando mejoría parcial de los síntomas en el posoperatorio, sin embargo los mismos volvieron a aparecer a los pocos días. A los cuatro meses de evolución, disminuyó el cuadro doloroso abdominal y presentó nueva sintomatología manifestada por estornudos en salva, continuos, durante los cuales mantenía los ojos abiertos, presentaba una mínima expresión facial, de intensidad variable, sin secreciones y sólo cedían al alimentarse y dormir, por tal motivo fue estudiada por Alergología, quienes realizaron pruebas cutáneas para alimentos y alérgenos ambientales (Tabla 1), determinación de inmunoglobulinas (Tabla 2), determinación de anticuerpos para descartar

Tabla 1. Pruebas de sensibilización cutánea a alérgenos.

| Pruebas cutáneas positivas a alimentos | Pruebas cutáneas positivas a aeroalérgenos |
|--|--|
| CARNES | PÓLENES DE MALEZA |
| Pato | <i>Artemisa ludovisiana</i> (Estafiate) |
| Pavo | <i>Artemisa tridentata</i> (Ajenjo) |
| Pollo | HONGOS |
| CEREALES | <i>Alternaria alternata</i> |
| Arroz | <i>Cephalosporium racemosum</i> |
| FRUTOS | <i>Hormodendrum spp.</i> |
| Chocolate | <i>Streptomyces spp.</i> |
| Coco | INTRADOMICILIARIOS |
| Fresa | Polvo casero |
| Naranja | |
| NUECES | |
| Almendra | |
| Avellana | |
| Nuez | |
| SEMILLAS | |
| Ajonjolí | |
| LEVADURA | |
| Levadura | |
| BEBIDAS | |
| Café | |

enfermedad autoinmune (Tabla 3), por lo que se indicó dieta de eliminación, antihistamínicos, aseos nasales y esteroide sin mostrar mejoría. Al encontrar discreto edema de cornetes, se realizaron maniobras con anestésicos locales sin mejoría. Se realizaron estudios de electroencefalografía y resonancia magnética de cerebro, los cuales no demostraron alteraciones. Es referida al servicio de Paidopsiquiatría, donde se evaluó y se detectó trastorno depresivo y de somatización. La paciente, tras dos meses de presentar los estornudos y pérdida de 7 Kg, inició tratamiento con paroxetina, lo cual se tradujo en desaparición de los estornudos. Reanudó sus actividades escolares un mes después de iniciado el tratamiento, estando actualmente asintomática.

Discusión

Desde el punto de vista neurológico, es necesario en un paciente como el que aquí se describe, descartar etiología ictal o paroxística de los múltiples síntomas presentados por la paciente, especialmente los estornudos, que pueden ser observados como manifestación de alguna de las variedades de epilepsias con localización en el punto 11 del lóbulo temporal, descrito por Penfield y Jaspers,² o tics como son observados en el síndrome de Tourette. En

Tabla 2. Niveles séricos de inmunoglobulinas.

| Inmunoglobulina | Resultado | Intervalo de referencia |
|-------------------|-------------|-------------------------|
| Inmunoglobulina G | 1 010 mg/dL | 650-1 600 mg/dL |
| Inmunoglobulina A | 148 mg/dL | 40-350 mg/dL |
| Inmunoglobulina M | 105 mg/dL | 50-300 mg/dL |
| Inmunoglobulina E | 262.3 UI/mL | Menor a 170 UI/mL |

Tabla 3. Titulación de auto-anticuerpos.

| Anticuerpo | Resultado | Intervalo de referencia |
|-----------------------|------------|-------------------------|
| Anti Ro | 3 UR/mL | Menor de 20 UR/mL |
| Anti nucleares | 1:20 | Menor o igual de 1:40 |
| Anti cardiolipina IgG | 3.9 mcg/mL | Menor de 23 mcg/mL |
| Anti cardiolipina IgM | 3.7 mcg/ml | Menor de 11 mcg/mL |
| Anti DNA | 99 UI/mL | Menor de 201 UI/mL |
| Anti LA | 3.3 U | Menor de 20 U |
| Anti SM | 4.5 U | Menor de 20 U |

nuestra paciente mediante una historia clínica completa, se detectó el antecedente de *bullying* escolar, lo cual se relacionó de forma directa con el inicio de los síntomas y nos orientó hacia el diagnóstico definitivo. Los estudios de neurofisiología no mostraron actividad ictal en el electroencefalograma y la resonancia magnética de cerebro fue normal, por lo que consideramos que el síntoma no era secundario a epilepsia; de igual manera, tampoco se reunieron criterios para integrar un síndrome de Tourette. Por otro lado, aunque no se habían identificado antecedentes alérgicos en la historia clínica, se logró detectar sensibilización a alérgenos mediante pruebas cutáneas. Esto último motivó el empleo de diversos esquemas de tratamiento con antihistamínicos y corticoesteroides, sin lograr mejoría en la paciente, lo que apoyó la posibilidad de una etiología sensorial o psicógena.

Los trastornos de somatización son frecuentes en la adolescencia, el *bullying* es un potencial factor desencadenante de síntomas, tal como ocurría en el caso de nuestra paciente. Sin embargo, es importante recalcar que la ausencia de explicaciones orgánicas, no es suficiente para establecer el diagnóstico de estornudos psicógenos intratables, pues es necesaria la existencia de factores psicológicos como desencadenantes evidentes de los síntomas.⁵ El uso de antidepresivos está indicado en pacientes con este padecimiento.⁶ Los resultados observados en el caso que presentamos, sugieren que el tratamiento con paroxetina aunado a la psicoterapia, puede ser eficaz para la recuperación de los pacientes con estornudos psicógenos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Bhatia MS, Khandpal M, Srivastava S, et al. Intractable psychogenic sneezing: Two case reports. *Indian Pediatrics* 2004;41:503-505.
2. García-Moreno JM. El estornudo. Revisión de su etiología y fisiopatología. *Revista de Neurología* 2005;41:615-621.
3. González-Díaz S, Arias-Cruz A, Mejia K, et al. Psychogenic intractable sneezing. Case report. *World Allergy Organization Journal* 2012;5:S118.
4. Vásquez Rojas, Jairo Silvestre, Escobar Sánchez. Revisión de tema: Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. *Med Unab* 2006; Vol. 9 Número 3: 230-235
5. Sulemanji MN, Kanbur NO, Derman O, et al. Intractable sneezing: Is it always psychogenic? *The Turkish Journal of Pediatrics* 2011;53:225-228.
6. Nail-Guner S, Gokcen C, Gokturk B, et al. Haloperidol: A possible medication for the treatment of exacerbation of intractable psychogenic sneezing. *Rev International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2010;74(10):1196-1198.