Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):4

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2547 - Trastorno disociativo-conversivo

G. García Estrada[a], M.L. García Estrada[b], M. Cordero Cervantes[c], E.M. Cano Cabo[b], R. Abad Rodríguez[d], A. Fernández Pérez[a], M. Estrada Martínez[e], M. Maceira Failache[f], I.J. Triviño Campos[c] y N. Blanco Valle[c]

[a]Médico de Familia. Urgencias; [e]Médico de Familia y Médico Residente de Anestesia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. [f]Médico de Familia. Santa Eulalia de Oscos. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 56 años sin alergias medicamentosas. Hipotiroidismo subclínico. Parasomnias. Tratamiento crónico: duloxetina. Acude a nuestra consulta de AP por amnesia global transitoria con lenguaje repetitivo sin recordar datos biográficos importantes de menos de 24 horas de evolución. Incapacidad brusca para la deambulación, sin otra clínica acompañante. Tras tratamiento ansiolítico la paciente refiere alto nivel de estrés en relación a conflicto familiar como desencadenante del cuadro y recupera progresivamente un discurso normalizado.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada. Sin focalidad neurológica salvo la incapacidad para mantenerse en ortostatismo. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración psiquiátrica: No presenta confusión mental. Aspecto general adecuado. Actitud colaboradora con “belle indifference” (despreocupada). Ánimo bajo, llanto durante la entrevista. Ansiedad psíquica y física importante. Amnesia parcial. Discurso coherente y centrado con ligera perseverancia. No síntomas psicóticos. No auto o heteroagresividad. Sueño y apetito conservados. No ideación autolítica. Hemograma, bioquímica, sistemático y sedimento normales. Drogas de abuso y etanol negativas. ECG: ritmo sinusal. TC craneal: no se observan hemorragias intra ni extraaxiales, no hay lesiones expansivas ni alteraciones en la densidad del parénquima cerebral que sugieran patología aguda. Línea media centrada y cisterna de la base permeables. No se observan lesiones en fosa posterior.

Juicio clínico: Episodio disociativo (conversivo).

Diagnóstico diferencial: Delirium. Accidente cerebro-vascular. Reacción de conversión. Psicosis histérica.

Comentario final: Aunque es un trastorno de diagnóstico por exclusión debido a su imitación a déficit motores y/sensitivos que hacen que sea necesario descartar una patología orgánica de base. Los trastornos disociativos (de conversión) se describen según DSM-IV como la pérdida de la función motora voluntaria y/o sensorial, sugiriendo la presencia de un proceso neurológico. El inicio o exacerbación del cuadro se precede de conflicto o necesidad psicológica o estrés social. Se produce inconscientemente lo que lo diferencia de un trastorno somatomorfo de la simulación. Es difícil

averiguar hasta qué grado hay una perturbación de la conciencia ya que los déficits funcionales (control de los movimientos corporales voluntarios) dependen voluntariamente del paciente, siendo obvio que no está dormido ni inconsciente.

Bibliografía

1. Sáenz Guerrero A, et al. Tratamiento rehabilitador de los trastornos de conversión. Rehabilitación. 2002;36:299-302.

Palabras clave: *Trastorno disociativo. Conversivo. Amnesia. Conciencia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.