

situaciones clínicas

Síntomas somáticos múltiples en atención primaria

María José Nadal Blanco^a, A. Sánchez Fernández^b, E. Thomas Carazo^a y J. Guinea Jaime^c

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bMédico general. Centro de Salud Jazmín. INSALUD Área IV. Madrid.

^cDiplomado en Enfermería. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En la práctica médica habitual encontramos, con relativa frecuencia, pacientes con múltiples síntomas físicos que no se justifican por una enfermedad conocida o por efectos de medicamentos o de sustancias psicoactivas^{1,2}. Suelen ser pacientes frecuentadores, que utilizan los servicios sanitarios (médico de cabecera, urgencias o especialistas) con mayor asiduidad de la esperada para su edad y nivel de salud³.

El plan de actuación con estos pacientes es complejo, pues algunas enfermedades (esclerosis múltiple, lupus, miastenia, polineuritis, enfermedad tiroidea, etc.) producen síntomas muy abigarrados y poco definidos en sus fases iniciales⁴ y, por otra parte, los síntomas físicos suelen acompañar a los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y somatomorfos^{5,6}. Es fundamental que los médicos de atención primaria estén familiarizados con el tratamiento de estos pacientes, ya sea para detectar un problema orgánico o psiquiátrico, pues, de lo contrario, se retrará un juicio diagnóstico adecuado y, en consecuencia, un correcto tratamiento^{2,7,8}.

CASO CLÍNICO

Se trataba de una mujer de 48 años que consultó por cefalea frontotemporal bilateral, opresiva, de 3 meses de evolución, con recurrencias de varias crisis por semana que no cedían con analgesia. No presentaba aura ni sensación nauseosa acompañantes.

Como antecedentes personales refería cervicalgias y lumbalgias de repetición, en tratamiento rehabilitador sin gran mejoría, que habían sido evaluadas en distintas ocasiones sin objetivarse afección subyacente alguna. Había presentado episodios de cefaleas semejantes al actual, que se iniciaron cuando tenía unos 20 años y que habían pasado por distintos períodos de reagudización y mejoría. Ninguno de los episodios mejoraba claramente ni con tra-

tamiento profiláctico ni con analgesia. También presentaba náuseas y flatulencia de curso fluctuante que nunca habían sido investigadas. Desde el punto de vista ginecológico destacaba 2G/0A/2V, dismenorrea y metrorragia desde la adolescencia, así como dispareunia. Presentaba, así mismo, cierta indiferencia sexual.

Estaba casada y tenía 2 hijos universitarios que residían en el domicilio familiar. Era funcionaria. La relación familiar era mala y la paciente se encontraba insatisfecha con su trabajo, básicamente administrativo.

La exploración física fue normal, incluyendo la presión arterial y neurológica sistematizada. Dada la cronicidad del cuadro se inició tratamiento profiláctico con 75 mg de amitriptilina por la noche y 500 mg/6 h de paracetamol si presentaba dolor.

Unos días después la paciente inició, de forma aguda, un cuadro muy intenso consistente en sensación de rotación de los objetos que la rodeaban, con aturdimiento, sensación de inestabilidad y clara lateralización de la marcha a la derecha. No presentaba náuseas, vómitos, tinnitus o sordera. Los episodios de cefaleas no se modificaron.

La auscultación cardíaca, pulmonar y de troncos supraaórticos fue normal, al igual que la presión arterial en ortostatismo y en decúbito. La otoscopía fue normal. Las pruebas de Weber y Rinne fueron negativas, al igual que el nistagmo. El test de Hallpike provocó vértigo pero no nistagmo; el test de los índices de Bárany fue normal, al igual que la prueba de Romberg, las pruebas de coordinación (dedo-nariz y talón-rodilla) y el resto de la exploración neurológica, salvo la marcha, que presentaba una clara desviación a la derecha.

Ante esta sintomatología se pautaron 6,5 mg/8 h de tieltilperacina y la paciente fue remitida a los servicios de neurología y otorrinolaringología. La analítica y el ECG fueron normales; en la audiometría apareció un leve descenso de las frecuencias agudas; las pruebas térmicas también fueron normales y en la TAC craneal sólo se objetivó un quisque de retención en el seno maxilar izquierdo.

La evolución fue mala, persistiendo la cefalea y la lateralización de la marcha (tan evidente que la paciente caminaba apoyada en la pared). Aproximadamente un mes después, fue encontrada por su marido sentada en una si-

Correspondencia: Dra. M.J. Nadal Blanco.
Centro de Salud Jazmín. Jazmín, 33. 28033 Madrid.

SEMERGEN: 2000; 26: 33-36.

lla completamente inmóvil, consciente, pero indiferente a los estímulos. En la exploración presentaba psicomotricidad inhibida, clara bradipsiquia, lenguaje disgregado, indiferencia afectiva y ante cualquier pregunta respondía con una pararrespuesta estereotipada (su nombre y apellidos). Por otra parte, la exploración neurológica continuaba sin cambios respecto a otras exploraciones previas (obedecía órdenes sencillas). Como único antecedente su pareja refirió una fuerte discusión por la mañana (estaban planteando una posible separación conyugal).

Este episodio agudo daba la impresión de tratarse de un trastorno de conversión (síntomas seudoneurológicos de inicio súbito después de un estrés psicológico); sin embargo, al relacionarlo con la sintomatología global de la paciente (cefaleas, dolores de espalda, alteraciones ginecológicas y digestivas de años de evolución acompañadas en el último mes de una alteración del equilibrio muy abigarrada y sin ninguna correspondencia con las exploraciones físicas y diagnósticas) se pensó en un trastorno por somatización. El diagnóstico de trastorno por somatización exige la presencia de, al menos, cuatro síntomas dolorosos: dos digestivos, uno sexual y uno seudoneurológico que puede ser conversivo. Los distintos síntomas deben producirse en algún momento a lo largo de la evolución del trastorno que puede durar años. Por otra parte, no puede establecerse un diagnóstico de trastorno de conversión cuando el síntoma conversivo aparece en el contexto de un trastorno por somatización.

Se decidió remitir a la paciente al servicio de urgencias para descartar organicidad con el diagnóstico de sospecha de *trastorno por somatización* (300.81). En dicho servicio se realizaron una analítica y una radiografía de tórax, que fueron normales, así como una nueva TAC craneal, también normal salvo por el quiste de retención en el seno maxilar izquierdo. La paciente fue valorada por el psiquiatra de guardia, quien confirmó el diagnóstico de probable trastorno de somatización, iniciando tratamiento con 5 mg/8 h de lorazepam y 20 mg/24 h de fluoxetina. Al segundo día la paciente comenzó a mejorar y únicamente presentaba amnesia lacunar del episodio y una afasia anómica. La lateralización de la marcha y la cefalea han desaparecido.

El diagnóstico de la paciente según la evaluación multiaxial del DSM-IV sería el siguiente:

Eje 1 (enfermedades mentales): trastorno por somatización.

Eje 2 (trastornos de la personalidad y del desarrollo): histriónica.

Eje 3 (enfermedades médicas): cefaleas, cervicalgias, lumbalgias y dismenorrea.

Eje 4 (problemas psicosociales y ambientales): problemas relativos al grupo primario de apoyo (perturbación familiar por separación) y problemas laborales (insatisfacción laboral). Estrés moderado.

Eje 5 (evaluación de la actividad global): EEAG actual 40, EEAG máxima en el último año 70.

DISCUSIÓN

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos o somáticos que sugieren la

existencia de una enfermedad o trastorno orgánico y, en cambio, no aparecen datos objetivos que confirmen dicho trastorno^{2,5,6} (fig. 1). Podemos considerar cinco tipos básicos de trastornos somatomorfos: trastorno de somatización, trastorno somatomorfe indiferenciado, trastorno por dolor, hipocondría y trastorno de conversión o disociativo^{1,4,6}.

La prevalencia del *trastorno por somatización* (300.81) está en torno a un 2,7%⁹. El sujeto presenta múltiples molestias físicas localizadas en distintos órganos (tabla 1). Los criterios diagnósticos formales exigen el registro de, al me-

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno por somatización

A. Historia de muchas molestias físicas que comenzaron antes de los 30 años, recidivan a lo largo de los años y llevan a buscar tratamiento o provocan deterioro significativo de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la relación
B. Deben cumplirse todos los criterios siguientes, y los distintos síntomas deben haberse producido en algún momento a lo largo de la evolución del trastorno:
1. <i>Cuatro síntomas dolorosos:</i> historia de dolor relacionado con al menos cuatro localizaciones o funciones (p. ej., cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación, durante el coito, durante la micción)
2. <i>Dos síntomas digestivos:</i> historia de al menos dos síntomas digestivos distintos al dolor (p. ej., náuseas, flatulencia, vómitos distintos a la hipermesísis del embarazo, diarrea o intolerancia a varios alimentos distintos)
3. <i>Un síntoma sexual:</i> historia de al menos un síntoma sexual o de la reproducción distinto al dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción de la erección o la eyaculación, menstruación irregular, metrorragia excesiva, vómitos durante todo el embarazo)
4. <i>Un síntoma seudoneurológico:</i> historia de al menos un síntoma o déficit que sugiere un proceso neurológico no limitado al dolor (síntomas de conversión, como alteración de la coordinación o del equilibrio, parálisis o debilidad localizada, dificultad para tragar o sensación de un nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida del tacto o sensación dolorosa, visión doble, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia, o pérdida de conciencia distinta a la lipotimia)
C. Cualquiera de los siguientes:
1. Despues de la exploración adecuada, no es posible explicar ninguno de los síntomas del criterio B por una enfermedad orgánica sistémica ni por el efecto directo de una sustancia (p. ej., toxicomanía, medicación)
2. En presencia de una enfermedad orgánica relacionada, las molestias físicas o el deterioro social o laboral resultante son superiores a lo que sería de esperar de la historia, la exploración física o los datos analíticos
D. Los síntomas no son intencionados ni fingidos (como en el trastorno facticio o el fingimiento)

nos, cuatro síntomas dolorosos: dos digestivos, uno sexual y uno seudoneurológico. Suele comenzar antes de los 30 años, con un curso crónico, fluctuante y grave, y resulta la remisión espontánea. La historia médica es difusamente positiva y se describe de forma exagerada, poco precisa y desorganizada. Los síntomas pueden ser espectaculares, aunque inconstantes, y muy a menudo falta información objetiva específica^{5,6,10-13}. Los pacientes con trastorno por somatización suelen ser impulsivos, exigentes, con alto

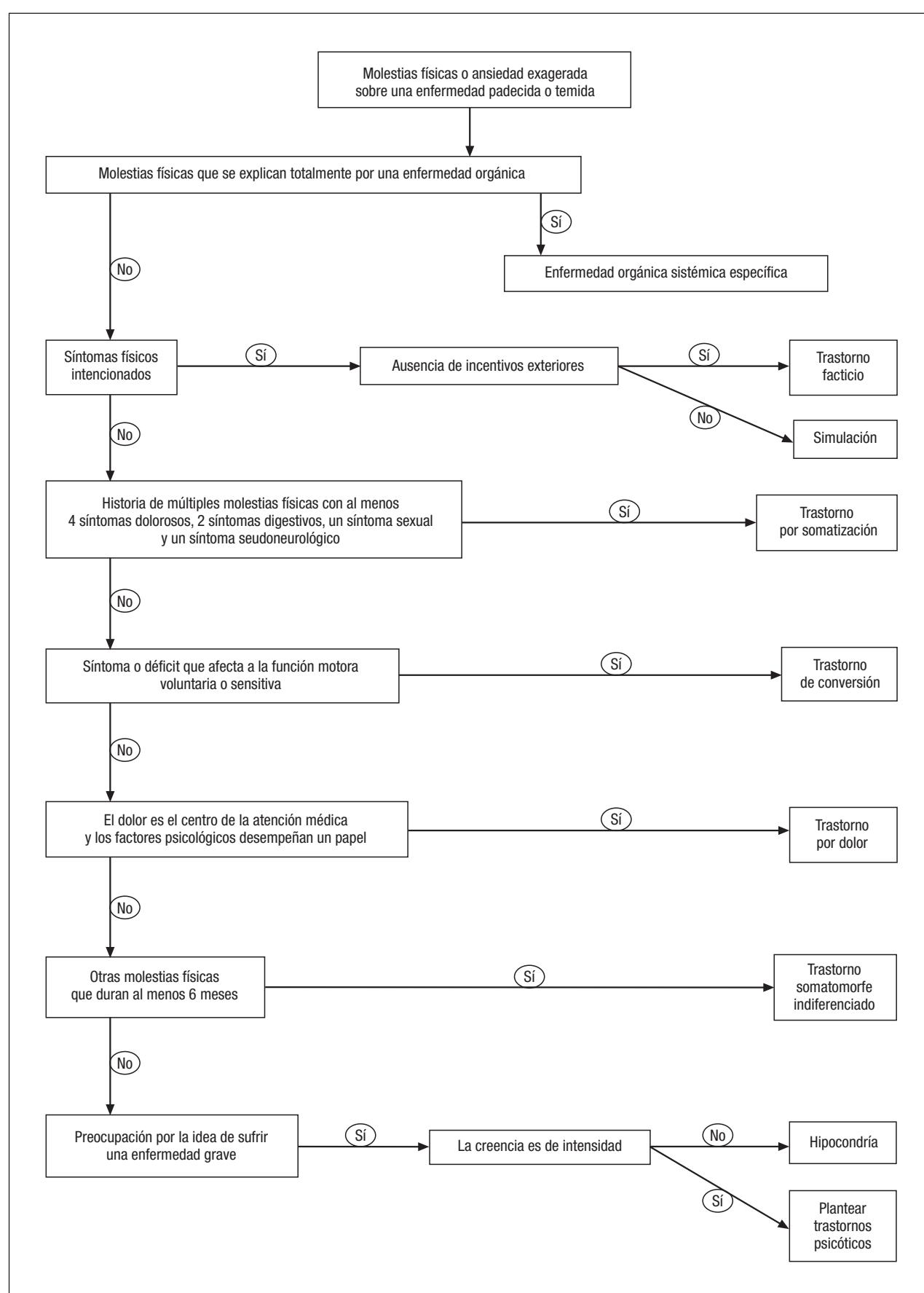


Figura 1. Diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos.

grado de sugestionabilidad y buscan la atención del entorno social^{1,4,14,15}.

El *trastorno somatomorfo indiferenciado* (300.81) afecta al 0,1% de la población⁴. Se trata de pacientes con uno o más síntomas físicos inespecíficos, no explicados por ninguna causa médica, que se manifiestan al menos durante 6 meses y que provocan un deterioro social o laboral excesivo. Estos síntomas físicos son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno por somatización^{2,5,12}.

Se estima que la prevalencia del *trastorno por dolor* (307.80) es del 13,1% aproximadamente⁴. Su característica esencial es que se trata de un dolor no explicado por un proceso fisiológico que provoca un malestar significativo o un deterioro social o laboral intenso. Las localizaciones típicas son cefáleas, dolor facial atípico, dolor lumbar y dolor pélvico. El dolor es vivido como un gran problema y a pesar de que con frecuencia se presenta en circunstancias que sugieren una relación con conflictos emocionales el paciente no suele aceptar ninguna relación psicopatológica^{2,5,6,12}.

La *hipocondría* (300.7) afecta a un 4% de la población general. Se define por un miedo o preocupación excesiva de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación subjetiva de sensaciones físicas. Las quejas casi siempre se centran en un órgano o en una enfermedad concreta. La duración es superior a 6 meses y puede alterar seriamente el funcionamiento social y laboral del paciente^{2,5,6,12}.

El *trastorno de conversión o disociativo* (300.11) se caracteriza por la presencia de síntomas o déficit que afectan a las funciones motoras o sensoriales (alteraciones de la coordinación y del equilibrio, afonía, debilidad muscular localizada, pérdida de sensibilidad, ceguera, alucinaciones, etc.) y que sugieren un trastorno neurológico que no puede ser demostrado. Por lo general, el síntoma aparece repentinamente en situaciones de estrés psicológico y suele ser único en un episodio dado, pero puede cambiar si se producen recidivas^{5,6,10-12}. Son frecuentes los rasgos histriónicos de personalidad^{5,13-15}. En el trastorno por somatización, y más raramente en la esquizofrenia, puede haber síntomas de conversión. No obstante, el diagnóstico de trastorno de conversión no debe realizarse cuando los síntomas aparecen en el contexto de estos trastornos más globales^{5,12,13}.

Entre los pacientes que presentan síntomas físicos inespecíficos también hay que valorar la *simulación* (V65.2) y el *trastorno facticio* (300.19*) cuando existe sospecha de que dichos síntomas se estén fingiendo intencionadamente^{2,5}. En la simulación existe un incentivo externo (compensación económica, obtención de drogas, etc.) para la producción de los síntomas, mientras que en el trastorno facticio existe la necesidad psíquica de asumir el papel de enfermo⁵.

Los pacientes con trastornos por somatización suelen ser objeto de numerosas pruebas diagnósticas intentando encontrar su enfermedad "real". Este enfoque es erróneo, ya que el tratamiento debe dirigirse hacia la modificación del comportamiento. Algunos pacientes podrían mejorar con tratamiento antidepresivo, ya que la fluoxetina y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) resultan útiles para reducir los pensamientos obsesivos, la disforia y la

preocupación ansiosa de los pacientes con múltiples quejas somáticas^{1,16}.

En el caso que nos ocupa la paciente presentaba múltiples síntomas somáticos de años de evolución. El cuadro se complicó con una alteración del equilibrio muy llamativa que, sin embargo, no se correspondía con la exploración física ni con las distintas pruebas funcionales, que fueron normales¹⁷⁻¹⁹. Por otra parte, de forma súbita y tras un estrés psicológico, apareció una clínica seudoneurológica. Podría plantearse inicialmente un diagnóstico de trastorno de conversión ante lo llamativo de la clínica y la ausencia de datos objetivos que la avalen. Sin embargo, al considerar los antecedentes personales de la paciente todo parece encajar en el contexto de un trastorno por somatización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reus VI. Trastornos psiquiátricos. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna (14.^a ed.). Aravaca (Madrid): McGraw Hill-Interamericana de España, S.A.U., 1998; 2831-2850.
2. Iglesias Serrano C. El paciente que nunca mejora. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 229-231.
3. Orueta R. El paciente frecuentador. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 227-228.
4. Borrel Carrión F, Caterina Bargalló M. Problemas de salud mental. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.^a ed.). Madrid: Harcourt Brace de España, S.A., 1999; 934-967.
5. DSM-IV Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1997.
6. Roca Bennasar M, Boatas Enjuanes F, Agüero Ramón-Llin C. Trastornos psiquiátricos en patologías médicas. Medicine 1999; 7: 5067-5076.
7. Duran Francisco S, Blanco Marenco N, Zarzuelo Martín N, Ribot Catalá C. A propósito de un caso de hiperfrecuentación en atención primaria. Semergen 1998; 24: 369-370.
8. Fuentes Goño MC, Álvarez Tutor E, García de la Noceda Montoya MD. Características del paciente hiperfrecuentador en las consultas de demanda de medicina general. Aten Primaria 1994; 14: 809-814.
9. Herrán A, Sierra-Biddle D, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad psiquiátrica: concepto, clasificación, epidemiología. Medicine 1999; 7: 4931-4941.
10. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria. Madrid: Izquierdo, S.A., 1996.
11. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
12. American Psychiatric Association. Criterios diagnósticos DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
13. American Psychiatric Association. DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1988.
14. Real M. El paciente raro (trastornos de la personalidad). En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 219-223.
15. Baca Baldomero E. Trastornos de la personalidad. Medicine 1999; 7: 5017-5025.
16. Villasante F. Me duele todo. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 654-657.
17. García Fernández ML. Dolor de cabeza. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 156-159.
18. Salazar MJ. Mareo y vértigo. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 160-166.
19. Becker W, Naumann HH, Pfälz CL. Otorrinolaringología. Manual ilustrado (2.^a ed.). Madrid: Doyma Libros S.A., 1992.