

Trastorno por somatización y trastorno por dolor: ¿cuándo pensar en ellos?

María Cortés Durán y M. Villar Fidalgo

EAP Los Pedroches. Leganés (Madrid).

INTRODUCCIÓN

El paciente somatizador generalmente es un paciente difícil para el médico, pues acude repetidamente a la consulta con quejas que no ceden o lo hacen parcialmente con los tratamientos sintomáticos y suele cambiar de médico cuando éste le sugiere que su problema es mental. El somatizador es el “paria” de la medicina moderna, ya que crea frustración por la impotencia que produce la falta de mejoría del paciente; además, una de las funciones de la medicina cuando ésta era poco resolutive era el acompañamiento del paciente en su sufrimiento durante el proceso de enfermedad; esto ahora apenas se considera importante¹. No existe causa aparente orgánica y los psiquiatras no son particularmente útiles para nosotros en el manejo del paciente. Según Singh, la prevalencia de los trastornos somáticos alguna vez en la vida es del 0,13% y en el estudio ECA el “síndrome de somatización” afecta al 11,6% de la población en alguna ocasión². En estudios realizados en atención primaria los trastornos somatoformes se hallan presentes en un 10-15% de estos pacientes³. Muchas razones han sido expuestas para explicar sus comportamientos, pero ninguna tan directa como la manifestada por Ford: son personas para quienes los síntomas de la enfermedad han llegado a ser una forma de vida. Los trastornos somatoformes se asocian a un mayor coste por excesivas visitas clínicas, pruebas diagnósticas, prescripciones y procedimientos quirúrgicos³. Algunos autores recomiendan usar el sentimiento de frustración de los médicos para plantearse el diagnóstico de somatización. La clasificación de los trastornos somatoformes según el DSM IV se expone en la tabla 1.

Presentamos 2 casos clínicos con trastorno por somatización y trastorno por dolor, respectivamente.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 30 años de edad, varón, fumador de 30 cigarrillos diarios, no bebedor, sin otros hábitos tóxicos. No tiene antecedentes familiares de interés y entre los antece-

des personales figura hernia hiatal, reflujo gastroesofágico y colon irritable. Consulta porque, tras un catarro, comienza con mareo, sensación de “cabeza hueca” e inestabilidad. La exploración cardiológica, neurológica y otorrinolaringológica resultaron normales. En la analítica, tanto en la bioquímica como en el hemograma y en las hormonas tiroideas no se encontró ninguna alteración. Una radiografía de tórax y un electrocardiograma se informaron como normales. Debido al cuadro clínico, inicialmente le diagnosticamos de neuritis vestibular y se le pautó tielperazina a dosis de una gragea cada 8 horas.

Acude de nuevo a la consulta. No mejoró y acudió al servicio especial de urgencias y a urgencias del hospital; se le diagnosticó de bronquitis aguda y de síndrome vertiginoso, respectivamente, y archivamos en la historia los informes. Revisando ésta, observamos que se trata de un paciente multiconsultor con varios síntomas recurrentes de diversa localización: dolor en hemitórax izquierdo, dolor en vacío derecho, dolor en garganta, dolor en dedos del pie (criterio 1), diarrea, distensión abdominal (criterio 2), apatía sexual (criterio 3), mareos y parestesias (criterio 4), cumpliendo así criterios de DSM IV (tabla 2), además de ser un proceso de más de 6 meses de duración, por lo que se le diagnostica de “trastorno de somatización” y se le pauta 10 mg de fluoxetina, subiendo a 20 mg en la segunda semana, observándose mejoría muy patente a partir de la tercera semana.

Caso 2

Paciente de 50 años, mujer, no fumadora, bebedora de 8 g de alcohol al día sin otros hábitos tóxicos. No tiene antecedentes familiares de interés y entre los personales figuran mastopatía benigna, neumonía adquirida en la comunidad y fractura de cartílago triangular de muñeca derecha.

Tabla 1. Clasificación DSM-IV

Trastorno por somatización o síndrome de Briquet
Trastorno hipocondríaco
Trastorno somatomorfo indiferenciado
Trastorno por dolor
Trastorno somatomorfo no identificado
Trastorno por conversión
Trastorno dismórfico corporal

Correspondencia: Dra. M. Cortés Durán.
EAP Los Pedroches.
C/ Los Pedroches, s/n. 28915 Leganés (Madrid).

Viene trasladada de otra consulta tras discutir con su médico de cabecera, porque éste le dio el alta médica para trabajar.

Lleva 7 meses con dolor en costado derecho que le incapacita incluso para trabajar; la paciente señala que fue debido a un herpes zoster que nadie ha visto, aunque la paciente trae documentación de varios especialistas (dermatólogo, neurólogo, unidad del dolor) con el diagnóstico de neuralgia postherpética, excepto el neurólogo, que dice que el dolor no sigue el trayecto del dermatoma. Hablando con la paciente, se descubre un fondo de depresión (llora en la consulta), tiene mala relación con su hijo (es madre soltera) debido a su dolor y se queja mucho sobre la trayectoria de su vida.

Ha estado en tratamiento con deflazacort y amitriptilina a dosis bajas, ya que no toleraba la carbamazepina, y 1 g de paracetamol cada 8 horas sin obtener ningún éxito.

Se le realizó una analítica, resultando la bioquímica, el hemograma y el sistemático de orina normales. Se le pidió una RMN de columna dorsal, encontrándose nódulo de Schmörl en una vértebra y ectasias y quistes perirradiculares en algunos agujeros de conjunción, correspondiendo a procesos crónicos que no justificaban su dolor. Se le diagnostica de "trastorno por dolor"; el test de MADISON da los siguientes resultados: M: 0; A: 3; D: 4; I: 3; S: 4; O: 3, y N: 3, con un total de 20 puntos. No se le explica a la paciente su origen psicógeno y se pauta amitriptilina, a dosis de 25 mg cada 8 horas, y alprazolam retard de 2 mg, una dosis diaria, suspendiéndose cualquier analgésico y/o antiinflamatorio. La paciente mejora notablemente y solicita su alta laboral a los 2 meses y medio de comenzar el tratamiento, y entonces se disminuye el alprazolam a 1 mg, manteniéndose igual la dosis de amitriptilina durante al menos 6 meses.

DISCUSIÓN

El trastorno por somatización, a diferencia del caso que se presenta, se manifiesta principalmente en mujeres, sin diferencias respecto a edad, nivel de estudios o estado civil, aunque existe cierta predisposición en solteras. Es un síndrome crónico que se inicia antes de los 30 años y consiste en síntomas somáticos recurrentes y múltiples (tabla 2) que no se explican por ninguna patología orgánica; los dolores más frecuentes son en espalda, tórax y abdomen⁴. El enfermo lo describe exagerada y dramáticamente y le qui-

ta importancia o niega cualquier conexión psicosocial con los síntomas. También son frecuentes otros síntomas, tal como se aprecia en la tabla 3. Suele haber comorbilidad con trastornos psiquiátricos y de ansiedad⁵ y se asocia con frecuencia a carencias afectivas infantiles y experiencias repetidas de enfermedad en la infancia⁶. A veces causa limitaciones en la adaptación sociofamiliar y laboral y un deambular por numerosos médicos y entidades sanitarias.

En estos pacientes lo más razonable es explicar el diagnóstico, haciendo hincapié que se trata de un proceso que origina gran malestar y dolor e involucra al sistema nervioso autónomo que inerva la mayor parte del cuerpo, y por eso las molestias afectan a distintos órganos. Se deben evitar los analgésicos u otros tratamientos sintomáticos y el tratamiento establecido debe ser controlado estrictamente, pues tienden a incumplir el tratamiento o hacerlo de forma errática. A veces la psicoterapia individual o en grupo, junto con los psicofármacos, son la base del tratamiento de estos pacientes. Se utilizan ISRS a dosis bajas y se va aumentando progresivamente; se debe controlar la medicación pues tienden a usarla de manera errática y poco fiable. Se establecerán citas regulares cada mes y se debe explorar cada síntoma de que se queje el paciente.

El síntoma principal del dolor somatomorfo es, lógicamente, el dolor que se presenta en una o más zonas del cuerpo y es de suficiente intensidad como para merecer atención médica, dura más de 6 meses y no se descubre causa que lo justifique. Está asociado a un gran malestar emocional y a un deterioro sociolaboral importante; si solicitan ILT, empeoran su pronóstico. Es más frecuente en mujeres mayores de 50 años de edad, solteras, que suelen presentar patología ansiosa y/o depresiva. Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad y exacerbación o la persistencia del dolor⁷.

Estos pacientes son muy sensibles a cualquier sugerencia de que el dolor tiene un origen psicológico, por lo que durante las visitas concertadas es preciso asumir que el dolor existe; además, desafiar al somatizador diciéndole que no tiene nada rompe la relación médico-paciente, por ello nuestra paciente dejó a su primer médico. Con ella se tuvo que establecer el diagnóstico diferencial con la neuralgia postherpética, ya que este proceso puede darse sin haber existido lesión cutánea (*zoster sine herpette*), pero en este caso los dolores no eran paroxísticos, intensos y breves, sino prácticamente continuos; además no seguían el tra-

Tabla 2. Criterios diagnósticos según el DSM IV

Cuatro síntomas dolorosos: relacionados al menos con 4 zonas del cuerpo o 4 funciones (cabeza, abdomen, tórax, articulaciones, menstruaciones, acto sexual o micción)

Dos síntomas gastrointestinales (distintos del dolor): náuseas, diarrea, vómitos, intolerancia a alimentos

Un síntoma sexual (distinto del dolor): indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares

Un síntoma seudoneurológico no limitado al dolor: síntomas de conversión (ceguera, diplopía, sordera, pérdida de sensibilidad, mareos, amnesia) Se establece el diagnóstico por presentar a lo largo de la historia del paciente al menos 4 síntomas dolorosos de diversa localización, 2 síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma seudoneurológico

Tabla 3. Regla mnemotécnica de Othmer y DeSouza⁸

Somatisation Disorder Besets Ladies And Vexes Physicians

Trastorno de mujeres acosadoras y médicos enfadados

Shortness of breath: falta de aliento

Dysmenorrhoea: dismenorrea

Burning in sex organs: quemazón genital

Lump in throat: dificultad para deglutir

Amnesia: amnesia

Vomiting: vómitos

Painful extremities: dolor en extremidades

Si están presentes tres de ellos, existe más de un 90% de posibilidades que el paciente padezca un síndrome de somatización

yecto del dermatoma y no respondían al tratamiento de la neuralgia postherpética (carbamazepina y prednisona), y aquí además existía un gran componente emocional.

El test de MADISON nos ayuda a valorar el componente psicógeno del dolor⁷:

- *Multiplicity*: dolor en más de un lugar y de más de un tipo.

- *Authenticity*: mayor interés en su realidad que en la cura.

- *Denial*: negación del origen psicológico.

- *Interpersonal relationship*: relaciones interpersonales deterioradas.

- *Singularity*: dolor de originalidad exagerada.

- *Only you*: sólo tú, idealización de su médico.

- *Nothing helps, no change*: no hay cambios en el dolor, nada ayuda.

0: Ausente; 1: leve; 2: discreto; 3: importante, y 4: severo. Más de 15 puntos sirve de diagnóstico.

El seguimiento de estos pacientes debe realizarse en consulta concertada y escuchárseles atentamente. Se debe prolongar el tratamiento entre 6 meses y un año y las dosis son variables según los pacientes. Parece ser que el mejor tratamiento son los antidepresivos y los sedantes y no se deben usar los serotoninérgicos puros (venlafaxina). No se deben utilizar placebos y se debe ser cauto con la analgesia si se emplea, ya que no es eficaz y se corre el riesgo del abuso y dependencia. Los IMAO pueden ser útiles si hay depresión atípica. Es importante ofrecer apoyo al paciente y buscar conjuntamente estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad que genera la enfermedad. La terapia familiar breve (TFB) es otra opción terapéutica que debe poner en práctica el médico de familia con formación previa, bajo la supervisión de un psicólogo especialista en la materia. Se hace en consulta programada de 45 minutos

de duración, durante una media de 4 meses y siempre que se haya concluido con la terapia anterior o ésta no haya funcionado⁸. En todos los trastornos somatoformes debemos informar a la familia sobre las causas del trastorno y potenciar las conductas no relacionadas con la enfermedad, así como la expresión de afecto en situaciones que no utiliza los síntomas como forma de relación¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh SB. Managing somatoform disorders. MJA Practice Essentials 1998; 168: 572-577.
2. Koenke K, Spitzer RL, Depruy FV, Swindle Ph. Psychosomatics, a symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. Psychosomatics 1998; 39: 263-272.
3. García Campayo J, Sanz Carrillo C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, Lobo A. Trastorno por somatización en atención primaria: aspectos clínicos diferenciados. Med Clin (Barc) 1995; 105: 728-733.
4. Pérez Urdániz A, Romero EF. Psiquiatría para no psiquiatras. Salamanca: Tesilex, 1997.
5. García Campayo J, Sanz Carrillo C, Arévalo de Miguel E. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. Aten Primaria 1998; 21: 545-552.
6. Varios. DSM IV Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1997.
7. Baca Baldomero E, Caballero Martínez L. Talleres de psiquiatría en atención primaria. 1998; 61-62.
8. Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, Cagigas Viadero J, Aparicio Sanz MM. Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en atención primaria. Aten Primaria 1996; 17: 241-246.
9. Carrasco JL, Díaz Marsá M, Garzón MA. Trastornos psicósomáticos y somatoformes. Programa Pauta en Salud Mental. Módulo 4, 1997.
10. Primera Reunión Multidisciplinaria sobre Enfermedades Musculoesqueléticas en el Umbral del 2000. Madrid: Hospital Gregorio Marañón, 1999.
11. García Campayo J, Sanz Carrillo C, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I). Expectativas del paciente. Med Clin (Barc) 1999; 112: 102-105.