



Casuística

Trastorno psicógeno en la infancia. A propósito de un caso



Ana Belén Ariza Jiménez^{a,*} y Francisco Javier Caballero Mora^b

^a Pediatra, PhD, MSC Endocrinology and Diabetes, Servicio de Pediatría, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

^b Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de mayo de 2017

Aceptado el 28 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Trastorno conversivo

Trastorno psicógeno

Trastorno funcional

RESUMEN

Introducción: El trastorno psicógeno es poco prevalente y conocido en niños; sin embargo, dadas la nueva tendencia al alza de su epidemiología, las diferencias con la experiencia en adultos y la falta de publicaciones al respecto, es necesario definir su epidemiología, fisiopatología, sintomatología, factores influyentes, posibilidades diagnósticas, pronóstico y tratamiento, para así poder dar a conocer la enfermedad y determinar el posible manejo.

Caso clínico: Presentamos un caso de un niño de 10 años de edad que consulta por disminución del nivel de conciencia y movimientos erráticos, y que, tras presentar todas las pruebas diagnósticas normales y autolimitarse el proceso sin precisar tratamiento, fue evaluado por psiquiatría, diagnosticándose de trastorno conversivo y depresión, secundarios a familia desestructurada y bullying escolar.

Conclusión: El trastorno psicógeno en la infancia es una representación de un trauma infantil que está influido por el estrés y la situación familiar, cultural y socioeconómica. Puede presentarse tanto con síntomas neurológicos positivos como negativos y su diagnóstico es de exclusión en la mayoría de los casos. El tratamiento está basado en la psicoterapia y en la terapia farmacológica de las posibles comorbilidades. Por último, su pronóstico es variable según las características presentadas al inicio de la enfermedad.

© 2018 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psychogenic disorder in childhood. Case review

ABSTRACT

Keywords:

Conversion disorder

Psychogenic disorder

Functional disorder

Introduction: Psychogenic disorder has low prevalence in pediatrics and it is very unknown in children. According to the upward trend of its epidemiology, differences with adults patients, and the very low number of relevant publications, it is necessary to define its epidemiology, pathophysiology, symptoms, influencing factors, diagnostic possibilities, prognosis and treatment in children, in order to aware about the disease and devise possible protocols.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: micodemas@hotmail.com (A.B. Ariza Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.12.001>

1853-0028/© 2018 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Case report: We report a case of a 10 year old who consulted for decreased level of consciousness and erratic movements. He showed normal diagnostic tests and his symptoms stopped without requiring treatment. He was evaluated by psychiatry, and he was diagnosed with conversion disorder and depression due to dysfunctional family and school bullying.

Conclusion: Psychogenic disorder in childhood could be representative of childhood trauma, which would be influenced by stress, and family, cultural and socioeconomic status. There may be both positive and negative neurological symptoms, although its diagnosis is for exclusion in most cases. Treatment is based on psychotherapy and pharmacological therapy for comorbidities. Finally, its prognosis is variable depending on the characteristics at the onset of the disease.

© 2018 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno psicógeno se refiere 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. Sin embargo, hasta la DSM-V y la ICD-10 difieren en la descripción de los desórdenes psicogénos¹.

Algunos autores proponen que diferentes fenómenos pueden conllevar manifestaciones funcionales tanto positivas como negativas, ya que diversas estrategias de regulación de las emociones podrían estar relacionadas con estas experiencias internas tanto inhibitorias como excitatorias².

El marco teórico más aceptado para la fisiopatología de la conversión es el psicodinámico, en el que la conversión es una representación somática producida por un mecanismo de represión, defensivo y racional¹.

Por tanto, aunque no hay una única teoría que aúne todos los hallazgos publicados, Kozlowska et al. proponen que la información aferente sensitiva de un estímulo externo o interno es representada por el sistema cognitivo de acuerdo con las experiencias precedentes, pudiendo ser reprimidas y redirigidas como síntomas corporales³. Por otro lado, Río-Casanova et al. defienden que los síntomas positivos tienden a estar presentes junto a una hiperfunción límbica, que no es lo suficientemente contrarrestada por el control prefrontal. Esto determina la infraregulación de los mecanismos afectivos, un aumento de la reactividad emocional y una hiperexcitación autonómica. Además, el patrón opuesto con hiperfunción prefrontal se describe en las manifestaciones cognitivas negativas².

También hay que subrayar la influencia de los circuitos frontolímbicos sobre los circuitos reguladores córtico-estriato-tálamo corticales, cuya sincronización horizontal y vertical ha sido el punto destacado del origen de los desórdenes disociativos y conversivos².

Los clínicos y los psicólogos tienen que trabajar juntos para profundizar en la comprensión de los pacientes funcionales, ya que hay aún muy pocos estudios en este campo e incluyen muy pocos pacientes¹.

El interés de estudiar los desórdenes psicogénos en niños y adolescentes es proveer significado a la investigación más profunda de los cambios clínicos, teóricos, familiares y

medioambientales, y caracterizar mejor la presentación y la naturaleza de los síntomas, evaluar comorbilidades, función cognitiva, organización psíquica y perfil del desorden; para así permitir identificar los puntos comunes en los síntomas, definir una teoría fisiopatológica coherente, establecer un protocolo de manejo, no existente hasta el momento, y definir nuevos objetivos de tratamiento^{1,4}.

Por tanto, el objetivo de este estudio es presentar un caso diagnosticado en nuestro centro, para así difundir el conocimiento de esta entidad entre los clínicos y evitar su infradiagnóstico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 10 años que, durante el sueño, comienza deambulación inestable con desorientación, habla incoherente, agitación motora, agresividad, episodios de llanto y temblor distal, sin apertura ocular ni conexión con el medio. Durante su traslado en ambulancia se administra dosis de diazepam de 10 mg, sin respuesta, revertida con flumazenilo en nuestro centro, también sin respuesta. Persiste desconexión del medio, con lenguaje incoherente, movimientos erráticos de miembros superiores y pupilas puntiformes escasamente reactivas. Pares craneales normales. Fuerza, sensibilidad y reflejos presentes. No refería consumo de fármacos, traumatismos, fiebre ni infecciones recientes. No tenían antecedentes relevantes, salvo familia desestructurada. Se le realizó estudio con análisis de sangre, tomografía computarizada craneal, punción lumbar y tóxicos en orina, que resultaron normales. El electroencefalograma muestra sueño profundo fases II-III, sin paroxismos, descartando status no convulsivo. Inicia tratamiento con aciclovir y continúa con dicha clínica durante 72 h, tras las cuales despierta de forma espontánea y refiere recordar todo lo sucedido durante su periodo de desconexión. Fue valorado por psiquiatría mediante entrevista clínica, diagnosticándose de trastorno psicógeno con depresión subyacente por familia desestructurada, debido a que es hijo de madre soltera y es desconocedor de la identidad y el paradero de su padre, y bullying escolar asociado con el hecho anterior. En la actualidad se encuentra en tratamiento psicológico, sin haber repetido nuevos episodios.

Comentarios

Tal como se observa en nuestro caso, los trastornos psicogénos son difíciles de caracterizar, especialmente en niños y adolescentes. De hecho, la prevalencia en niños es menor que en adultos (1,3-4,2/100.000 pacientes de consultas pediátricas y el 0,2-2% de las consultas psiquiátricas), aunque va en aumento por el incremento del estrés extrafamiliar de nuestra sociedad¹.

Actualmente, no es posible extrapolar a la población pediátrica la experiencia adquirida en adultos^{1,3-5}.

A pesar de presentar en nuestro caso a un varón de 10 años, existe en la bibliografía un amplio predominio femenino (57% en menores de 10 años y 76% en mayores), con una media de 12 años^{1,3}.

Los factores más influyentes para su desarrollo son los familiares, como es el caso de familia caótica con síntomas psiquiátricos (26%) o familia con dificultades socioeconómicas, con nivel cognitivo alto, altas expectaciones académicas y ansiedad por la enfermedad^{2,5}. En cuanto a las relaciones familiares, los varones encuentran problemas de comunicación, las chicas conflictos con los padres y en un 23,4% se trata de rivalidad entre hermanos. Finalmente, un 19% es secundario a la separación parental, como ocurre en nuestro caso.

Por otro lado, el estrés es otro factor a tener en cuenta, incluyendo el bullying, la victimización, el estrés de relación o de separación o muerte, tal y como sucede en nuestro caso²⁻⁵. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, es mucho más frecuente en adultos^{1,3,5}. Sin embargo, Pintor Pérez et al. sí que refieren un nivel significativo de psicopatología secundaria a experiencias traumáticas y el tipo de personalidad, pudiendo ser la ansiedad y depresión las más frecuentes, como ocurre en nuestro paciente⁶.

Aunque la presentación más frecuente es a través de síntomas motores (64%), debilidad (63,3%), seudosíncopes (52,1%), crisis no epilépticas psicogénicas (48%), movimientos anormales (43,2%), dolor (34-68%) y síntomas del sensorio (7,5%)^{1,3,7}, los movimientos bizarros e inconscientes, como tremulaciones, monoparesias, movilidad lenta y pérdida de fuerza de las rodillas, son típicos y facilitan el diagnóstico clínico con alta precisión^{7,8}. Habitualmente se asocian más de 2 síntomas (55%) y en el 40% de los casos pueden ser síntomas copiados de un familiar⁷. Además, Spitzer et al. aportan una escala para la ayuda diagnóstica de disociación-conversión (AMDP-DK) consistente en 30 ítems con una buena consistencia interna y validez, pero no se usa en la infancia⁹. A pesar de esto, el diagnóstico de exclusión es más frecuente, como ocurrió en nuestro centro durante el diagnóstico diferencial de síndrome confusional y movimientos anormales^{1,10}. Cabe destacar que la alteración de conciencia no es un síntoma contemplado en la literatura hasta el momento como un síntoma frecuente en esta entidad, lo que da mayor relevancia a nuestro caso.

El tratamiento es la psicoterapia psicodinámica para la represión, la cual fue la empleada en nuestro paciente, la psicoterapia conductual para el control de síntomas, y el tratamiento médico para la resolución de comorbilidades, siendo en general mal aceptado^{1,9,11}. Es importante decir que el tratamiento médico aislado sin participación psicológica provocará

la desaparición del síntoma tratado, pero la reaparición de nuevos síntomas¹.

Aunque no se dispone de una experiencia médica suficiente para definir la historia natural de la enfermedad en niños, la edad joven, el predominio sensorial frente al motor, la presentación aguda, la precipitación por un evento estresante, el buen estatus socioeconómico y la ausencia de comorbilidad son factores de buen pronóstico, presentando nuestro paciente edad joven y un inicio agudo, que puede mejorar su pronóstico^{1,4}.

En conclusión, el trastorno psicogénico en la infancia es una representación de un trauma infantil, que está influido por el estrés y la situación familiar. Puede presentarse tanto con síntomas neurológicos positivos como negativos y su diagnóstico es de exclusión en la mayoría de los casos. El tratamiento está basado en la psicoterapia psicodinámica y conductual, y en la terapia farmacológica de las posibles comorbilidades, siendo en la mayoría de los casos mal aceptado por los pacientes. El pronóstico es variable atendiendo a la edad de inicio, la cronicidad del debut, el tipo de síntomas, el estatus socioeconómico y la existencia o no de desencadenantes y de comorbilidad.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses ni se ha recibido ningún tipo de financiación para la realización de este artículo. No ha sido presentado en ningún congreso ni publicado con anterioridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ouss L, Tordjman E. Conversive disorders among children and adolescents: Towards new “complementarist” paradigms? *Neurophysiol Clin.* 2014;44:411-6.
- Río-Casanova LD, González A, Páramo M, Brenlla J. Excitatory and inhibitory conversive experiences: neurobiological features involving positive and negative conversion symptoms. *Rev Neurosci.* 2016;27:101-10.
- Kozlowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:68-75.
- Duque PA, Vásquez R, Cote M. Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015;44:237-42.
- Nikolić V, Popov I, Vlajković K. Social tension —a factor in conversion. Case report. *Med Pregl.* 1990;43(3-4):143-4.
- Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the U.K. and Ireland. *Br J Psychiatry.* 2013;202:413-8.
- Pintor Pérez L, Pérez Domínguez G, Torres Mata X, Araya La Ribera S, Arroyo Serrano S, Bailles Lázard E, et al. Psychiatric disorders, personality and traumatic experiences in conversive non-epileptic seizures patients. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:233-9.
- Maranhão-Filho P, Silva CE, Vincent MB. Conversive gait disorder: You cannot miss this diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72:373-7.
- Spitzer C, Wrede KH, Freyberger HJ. The “AMDP scale for dissociation and conversion (AMDP-DK)”: Development of an observer-rated scale and first psychometric properties. *Fortsch Neurol Psychiatr.* 2004;72:404-10.

10. Lorenz J, Kunze K, Bromm B. Differentiation of conversive sensory loss and malingering by P300 in a modified oddball task. *Neuroreport*. 1998;9:187-91.
11. Modai I, Cygielman G, Wijzenbeek H. Hysterical sleep episodes as a manifestation of masked depression. *J Nerv Ment Dis*. 1979;167:502-3.