

Artículo original

Trastornos somatomorfosDavid Alejandro Cabrera Gaytán,¹ Alfonso Vallejos Paras,¹ Leticia Jaimes Betancourt,² Arturo Ruíz Ruisánchez³¹ Médicos residentes de tercer año en Epidemiología. Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General Adjunta de Epidemiología/ Secretaría de Salud.² Instructora del Centro de Enseñanza y Certificación de Aptitudes Médicas. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.³ Profesor de Salud Pública II. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.**Resumen**

La evaluación de cuadros clínicos que no siguen un patrón característico compatible con un trastorno mental, es difícil y, entre ellos, están los trastornos somatomorfos. En el 2001, la Organización Mundial para la Salud estimó que existían 450 millones de personas con un trastorno mental o del comportamiento. La incidencia y prevalencia de estos padecimientos varía a nivel mundial por distintos factores. La presencia de brotes por estos trastornos ha sido reportada en varios países atribuyéndoseles principalmente a factores socioculturales. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas, pero de acuerdo a la *American Psychiatric Association* deben presentarse al menos cuatro síntomas dolorosos, dos digestivos, uno sexual y uno pseudoneurológico. La estrategia terapéutica debe dirigirse a la modificación del comportamiento. El médico debe revisar y actualizar este tipo de padecimientos, para realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Palabras clave: *Trastornos somatomorfos, trastorno de somatización, trastorno de conversión, brote, Asociación Americana de Psiquiatría.*

Summary

The evaluation of many clinical manifestations that do not follow a characteristic pattern, suspecting a mental disorder, is difficult and among them they are the somatoform disorders. In the 2001, the World Health Organization estimated that 450 million of people have a mental disorder or behaving. The incidence and prevalence are different in whole world by different factors. The presence of outbreaks by these disorders have been reported in several countries attributing them to it mainly to sociocultural factors. The clinical manifestations can be varied, but according to the *American Psychiatric Association* at least four painful symptoms, two digestive, one sexual and one pseudoneurological must appear. The therapeutic strategy must go to the modification of the behavior. The doctor

must review and update this type of disorders, to make an early diagnosis and opportune treatment.

Key words: *Somatoform disorders, somatization disorder, conversion disorder, outbreak, American Psychiatric Association.*

Introducción

Con cierta frecuencia el médico se ve enfrentado a la evaluación de un grupo de cuadros clínicos que resultan difíciles de comprender ya que sus síntomas y signos no siguen un patrón característico. Se trata de trastornos que no logran configurar un cuadro clínico conocido y en los que se sospecha que existe un componente psicológico importante. Si bien toda enfermedad provoca una respuesta de adaptación psíquica, en ciertas ocasiones la apariencia de una enfermedad no es sino la expresión de un trastorno psicológico subyacente.

Las enfermedades mentales son frecuentes en la práctica médica y sus manifestaciones iniciales pueden ser las de un trastorno primario o un cuadro coexistente.

Epidemiología

La Organización Mundial para la Salud (OMS) en 2001 señaló que aproximadamente 450 millones de personas padecían un trastorno mental o del comportamiento. Que son una de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo y estimaron que éstos representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo.

Hsu y colaboradores realizaron un estudio donde examinaron los patrones del trastorno somatomorfo entre caucásicos y chinos, encontrando que la verdadera somatización fue más frecuente en los chinos (Hsu, 1997). Otro estudio realizado en Florencia encontró que la prevalencia en un año de forma general fue menor a la esperada, 0.7% desórdenes dismórficos, 4.5% hipocondría, 0.6% trastorno somatomorfo por dolor, 0.3% trastorno de conversión, 0.7 trastorno de somatización y 13.8% trastorno somatomorfo indiferenciado (Faravelli, 1997).

En forma de brote, en septiembre de 1998 se presentaron 800 casos en niños en Jordania que creyeron tener manifestaciones clínicas de tétanos y difteria tras la aplicación de dicha vacuna. Ciento veintidós niños fueron hospitalizados (Kharabsheh, 2001). El Distrito de Salud de Washington, en 1994 reportó un brote de enfermedad desconocida con 71 casos caracterizada por cefalea y náusea en varios en personal de un colegio. Predominó el sexo femenino y se investigó las condiciones del sistema del aire acondicionado y se encontró que estaba en adecuado funcionamiento. De igual forma, se investigaron causas de intoxicación por bióxido de carbono, compuestos químicos volátiles, partículas contaminantes ambientales y agentes biológicos y todos fueron negativos (CDC, 1996). También un conglomerado de cinco casos en mujeres de 9 a 13 años de edad fue reportado por debilidad, pérdida de peso y anorexia inexplicables. Todos los casos conocían bien el cuadro clínico del trastorno conversivo. Tres meses después de la instauración de una terapéutica, cuatro de las cinco presentaron mejoría (Cassady, 2005).

Cada vez que ocurra un brote de alguna enfermedad de origen psicológico, los médicos clínicos deben incluir a las autoridades de salud pública para iniciar las investigaciones pertinentes (Weir, 2005).

En nuestro país a inicios del 2007, de un grupo multidisciplinario de expertos, incluyendo médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos y antropólogos de la Secretaría de Salud (SSA) diagnosticó el trastorno psicógeno de la marcha, en un internado de niñas en Chalco, Estado de México atribuido a distintos factores incluyendo el origen socioeconómico, el aislamiento de las estructuras familiares, la convivencia de un gran número de alumnas, los antecedentes de violencia familiar y otros eventos traumáticos previos al ingreso al internado y la propensión de los adolescentes a imitar a figuras claves del grupo, aun cuando ello implique el desarrollo de conductas distintas a las normales. Dentro de las acciones de la SSA, recomendó que se establecieran mecanismos necesarios para hacer una evaluación psicológica a todas las alumnas que ingresen a la Villa en el futuro, para apoyarlas en su desarrollo educativo e identificar de manera oportuna a aquellas que pudieran estar en riesgo de presentar este tipo de síntomas y en su caso, procedan a las medidas preventivas que permitan evitar nuevos brotes de este padecimiento (SSA, 2007).

Clasificación de los trastornos somatomorfos

De acuerdo a la *American Psychiatric Association* en su cuarta revisión del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV-TR), los trastornos somatomorfos se describen en los siguientes: a) trastorno de somatización, b) trastorno somatomorfo indiferenciado, c) trastorno de conversión, d) trastorno por dolor, e) hipocondría, f) trastorno dismórfico corporal, g) trastorno somatomorfo no especificado.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas interfieren en la vida cotidiana, suelen estar asociados a trastornos del estado de ánimo, que pueden ser consecuencia de interacciones farmacológicas por tratamientos iniciados de manera independiente por diferentes médicos.

Los pacientes con trastorno de somatización suelen ser impulsivos y exigentes, y a menudo cumplen los criterios de un diagnóstico psiquiátrico formal comórbido. En el trastorno de conversión, los síntomas se centran en déficit de las funciones voluntarias motoras o sensitivas, y en factores psicológicos que inician o agravan la presentación clínica. Al igual que en el trastorno de somatización, el déficit no es intencionado ni simulado, como ocurre en el trastorno facticio (simulación). La característica esencial de la hipocondría es la creencia de padecer una enfermedad grave que persiste pese a las explicaciones tranquilizadoras del médico y de una valoración médica adecuada. Como en el trastorno de somatización, los pacientes hipocondríacos tienen antecedentes de malas relaciones con los médicos, surgidas de su convencimiento de que han sido explorados y tratados de forma incorrecta o insuficiente (Dennis, 2004).

La depresión es citada como uno de los diagnósticos psiquiátricos más comúnmente asociados a los trastornos somatomorfos; el 38% de estos pacientes sufre de depresión durante el episodio de movimientos anormales conversivos (Marjama, 1995).

Cuando un paciente presenta síntomas de un posible trastorno conversivo motor existen cuatro posibilidades: 1) que sea realmente conversivo, 2) que sean parte de alguna otra enfermedad psiquiátrica, 3) que sean parte de un fenómeno psicopatológico asociado a una enfermedad orgánica, 4) que sean la presentación inusual de una enfermedad física. En forma característica el trastorno conversivo motor se presenta con las características señaladas más adelante (Marjama, 1998). Cuando éstas están presentes la posibilidad de que el cuadro sea efectivamente conversivo es mucho mayor: comienzo súbito, los movimientos o déficits remiten o vuelven espontáneamente, los cuales disminuyen o desaparecen cuando el enfermo se distrae, aumentan cuando el médico se concentra en el síntoma, no son típicos de las enfermedades reconocidas y resolución con placebo o psicoterapia.

Probablemente el temblor conversivo sea la alteración del movimiento más frecuente, reportado hasta en un 50% de todos los trastornos conversivos motor. A menudo es de instalación brusca, puede acompañar a otras alteraciones como disfunción de la marcha por ejemplo. Generalmente es irregular, altamente fluctuante y varía cuando el paciente se distrae. Normalmente no existe una relación estrecha entre la amplitud del temblor y la alteración del miembro afectado. El temblor usualmente es mixto (de reposo, postural y de inten-

ción) y puede ser migratorio de una parte del cuerpo a otra (Majarma, 1998; Keane, 1989; Koller, 1989).

Diagnóstico

De acuerdo a la *American Psychiatric Association*, los pacientes con trastornos de somatización suelen ser objeto de numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones exploratorias, en el intento de encontrar su enfermedad «real». El diagnóstico debe apoyarse en una apreciación cuidadosa de la fenomenología clínica, y en una correcta valoración de la psicopatología subyacente. Los criterios diagnósticos formales exigen el registro de al menos cuatro síntomas dolorosos, dos digestivos, uno sexual y uno pseudoneurológico.

Tratamiento

El tratamiento debe dirigirse a la modificación del comportamiento. Las visitas deben ser breves y no asociadas a la necesidad de tomar una medida diagnóstica o terapéutica (Dennis, 2004). El uso de placebo para diagnóstico y terapia es controvertido. Algunos pacientes pueden interpretarlo como una confrontación y volverse más resistentes al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (Majarma, 1998). Fahn y Monday aconsejan el uso de placebo cuando es difícil hacer el diagnóstico de trastorno conversivo. En todo caso es necesario mantener una actitud de reserva respecto de su uso y nunca utilizarlo como una manera de confrontar o aclarar al paciente.

Pronóstico

Se ha reportado que alrededor de un 25% de estos pacientes presentaban cuadros neurológicos de aparición posterior al diagnóstico de trastorno conversivo motor. En un seguimiento en una población similar de pacientes con síntomas motores inexplicables, ingresados entre 1989 y 1991, se concluyó que la incidencia de un trastorno neurológico subsecuente, determinado por un error diagnóstico inicial, fue relativamente baja, del 4.3% (Crimlisk, 1998).

Conclusiones

Es importante revisar y actualizar este tema, ya que el trastorno conversivo motor se presenta con frecuencia en la práctica médica, tanto del médico general como del especialista. Según lo mencionado, es necesaria una evaluación exhaustiva del paciente que sea capaz de descartar razonablemente una enfermedad orgánica.

Es fundamental que el médico no menosprecie el síntoma y siempre mantenga la confianza y el respeto como la base

de la relación médico-paciente. Es importante que se realice un diagnóstico lo antes posible para asegurar que los pacientes accedan a los servicios médicos adecuados y optimizar el pronóstico clínico.

Referencias

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. <http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>
2. Cassady J, Kirschke DL, Jones T, Craig A, Bermudez OB, Schaffner W. Case Series: Outbreak of Conversion Disorder Among Amish Adolescent Girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2005; 44(3): 291-297.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1996; 45(1): 6-9. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00039946.htm>
4. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H et al. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998; 316: 582-586.
5. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Isselbacher KJ, Eds. Harrison. Principios de Medicina Interna. Interamericana/McGraw-Hill. 16ª edición. Versión On line. México, 2004. <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm>
6. Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1988; 50: 431-455.
7. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(1): 24-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9029984&dopt=Abstract
8. Hsu LK, Folstein MF. Somatoform disorders in caucasian and chinese americans. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 185(6): 382-390. *Nerv Ment Dis* 1997; 185(6): 382-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9205424&dopt=Abstract
9. Keane JR. Hysterical gait disorders: 60 cases. *Neurology* 1989; 39: 586-9.
10. Kharabsheh S, Al-Otoun H, Clements J, Abbas A, Khuri-Bulos N, Belbesi A, et al. Mass psychogenic illness following tetanus-diphtheria toxoid vaccination in Jordan. *Bull World Health Organ* 2001; 79(8): 764-70.
11. Koller W, Lang A, Vetere-Overfield B et al. Psychogenic tremor. *Neurology* 1989; 39: 1094-9.
12. Marjama J, Troster AI, Koller WC. Psychogenic movement disorders. *Neurologic Clinics* 1995; 13: 283-297.
13. Monday K, Jankovich J. Psychogenic myoclonus. *Neurology* 1993; 43: 349-352.
14. Weir E. Mass sociogenic illness. *JAMC* 2005; 172(1): 36. <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/172/1/36>
15. World Health Organization. Executive summary. The state of world health. 1995. http://www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/print.html
16. Secretaría de Salud. Comunicado de Prensa 124. La Secretaría de Salud informa de las acciones conjuntas realizadas en el internado Villa de las Niñas. México, 13 abril 2007. http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2007-04-13_2870.html
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>