

Síndrome conversivo: Enemigo o aliado en patología de raquis?

Laia Brunet, Núria Selga, Mireia Casellas, Anna Saborido, Anna Comasolives

Introducción

El trastorno conversivo es una patología psiquiátrica consistente en la aparición de clínica que afecta la función motora y sensitiva, y que no se puede atribuir a otras enfermedades de origen orgánico. Para realizar el diagnóstico se deben excluir la simulación e identificar factores psicológicos (estresores) asociados al inicio de la clínica^(1,2).

Según la definición del DSM-IV, agrupa síntomas como debilidad, crisis comiciales, o movimientos anormales. También se puede presentar con síntomas como ceguera, parálisis, distonía, anestesia, disfasia, tics motores, dificultad en la marcha, alucinaciones o demencia⁽²⁾.

La simulación es la producción intencionada de signos exagerados o falsos, que responden a un incentivo externo habitualmente para ganancia personal o económica⁽³⁾. Existen signos en la exploración física que permiten determinar un origen no orgánico de la sintomatología.

Material y métodos

Presentamos el caso de una paciente de 42 años que acude al servicio de urgencias de nuestro centro en Febrero de 2018 refiriendo cervicobraquiálgia izquierda progresiva, asociada a parestesias en territorio radial y alteración subjetiva de la motilidad fina.

En la exploración inicial, el balance motor de ambas extremidades superiores era correcto, pero presentaba hiperreflexia de tríceps bilateralmente y signo de Hoffman izquierdo positivo. En el estudio con RMN se apreciaba una discopatía de C3 a C6 con retrolistesis C4-C5, y una hernia discal C5-C6 con compresión foraminial izquierda, sin signos de mielopatía (Figuras 1-3).

Se decide manejo quirúrgico, procediéndose a artrodesis cervical anterior C4-C5 y C5-C6 con caja Intersomática Solis (Stryker), sustituto óseo y placa Reflex. Evolución inicial satisfactoria, siendo alta a los 5 días post-cirugía.

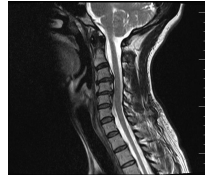


Figura 1

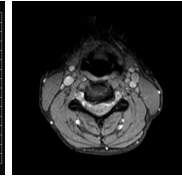


Figura 2

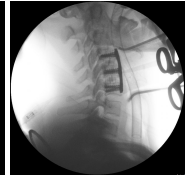


Figura 3

Resultados

Dos semanas después de la intervención presentó un cuadro febril, pero se descartó un proceso séptico relacionado con la cirugía. Seis semanas después de la cirugía presentaba marcha espástica asistida por caminadores, y refería alteración de la memoria y agudeza visual.

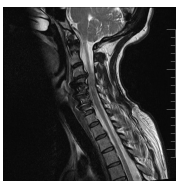


Figura 4

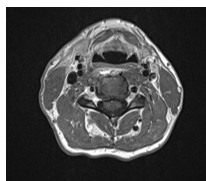


Figura 5

El balance motor en extremidad inferior izquierda era 1/5 para todos los grupos musculares, mientras que en la contralateral era 5/5. En ambas extremidades superiores presentaba balance motor 5/5, con Hoffman positivo bilateral, más marcado en la izquierda. Reflejos osteotendinosos correctos en las cuatro extremidades, y correcto control de esfínteres.

Se realizó una RMN craneal sin alteraciones, la RMN cervical no mostraba signos mielopáticos (Figuras 4-5).

La RMN dorsal mostraba una hernia a nivel T11-T12, sin signos de mielopatía (Figuras 6-7), que no justificaba la clínica que la paciente presentaba en aquel momento de la evolución.

En los potenciales evocados somatosensoriales y EMG no se apreciaban signos de denervación en extremidad inferior izquierda. En cambio, si se identificaron alteraciones en vías somestésicas

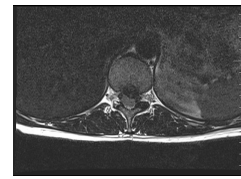


Figura 6

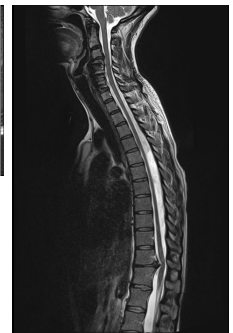


Figura 7

centrales y en la vía piramidal sugestivas de secuelas leves de mielopatía cervical. Se realizaron estudios analíticos con serologías, pruebas de inmunidad y anticuerpos antineuronales, que resultaron todos negativos.

Después de estudio y valoración multidisciplinar (COT, Neurología, Medicina Interna y Oftalmología) se descartó organicidad. Al ser valorada por Psiquiatría se diagnosticó de trastorno conversivo.

Discusión

Sintomatología distintiva de síndrome conversivo

Ceguera (disminución de la agudeza visual)

Sordera

Crisis comiciales psicógenas no epilépticas

Temblores

Distonía

Tabla 1

Parálisis

Síncope

Afonía

Anestesia

Paraplegia

Después de haberse establecido el diagnóstico, se revisaron los síntomas que presentaba la paciente, y que son características distintivas de la sintomatología presente en trastorno conversivo (Tabla 1).

Posteriormente se realizó una revisión de antecedentes psiquiátricos de la paciente, entre los que constaban el diagnóstico de anorexia nerviosa a los 21 años de edad, i un episodio ansioso-depresivo el año 2008 en contexto de estresor.

La evolución de la paciente con el tratamiento dirigido por parte de Psiquiatría fue favorable, progresando de una movilidad limitada con silla de ruedas hasta la deambulación autónoma después de 12 meses de seguimiento.

Existen signos en la exploración física que permiten determinar un origen no orgánico de la sintomatología⁽⁴⁾. Asimismo, es importante descartar simulación, que es la producción intencionada de síntomas exagerados o falsos que responden a un incentivo externo habitualmente económico o de ganancia personal⁽³⁾.

Signos de alarma descritos por Aso et al⁽³⁾, marcadores de simulación:

1. Inconsistencias	Manifestaciones clínicas sin entidad	Exageraciones, negación de antecedentes de síntomas habituales (cefalea), hiperprecisión sintomática
2. Incongruencias	Signos físicos imposibles	Movilidad contra resistencia disarmonica o relajación súbita
3. Discrepancias	Ausencia de concordancia entre la anamnesis y examen físico	
4. Contradicciones		

Conclusiones

Ante una paciente con patología orgánica que requirió cirugía, presentando evolución tórpida que podría ser debida a complicaciones postquirúrgicas, se crea una gran dificultad diagnóstica en la que se hace imprescindible un enfoque multidisciplinar. El consenso entre especialistas es importante para llegar a un diagnóstico cuidadoso y un tratamiento dirigido.

Se debe tener presente la sospecha de trastorno conversivo, sobretudo ante clínica abigarrada, pero no como primera opción diagnóstica, ya que es prioritario descartar organicidad.

Bibliografía

1. Stone J, Lafrance WC, Levenson JL, Sharpe M. Issues for DSM-5: Conversion disorder. Am J Psychiatry 2010;167(6):626-627
2. Ali S, Jabeen S, Pate RJ, Shahid M, Chinala S, Nathani M, et al. Conversion disorder – Mind versus body: A review. Innov Clin Neurosci 2015;12(5-6):27-33
3. Aso J, Martínez JV, Aso A, Arregui R, Bernal M, Alcázar A. Simulación en patología espinal. Reumatol Clin 2014;10(6):396-405
4. Daum C, Hubschmid M, Aybek S. The value of "positive" clinical signs for weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: A systematic and narrative review. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014;85:180-190