

C. Pérez Álvarez¹, A.I. Calvo Sarnago²,
P. Ruiz Lázaro³

¹ Médico Residente de Psiquiatría.

² Facultativo Especialista de Área del Servicio de Psiquiatría.

³ Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”,
Zaragoza.

Correspondencia:

Candela Pérez Álvarez.
C/ San Juan Bosco 15,
50.009, Zaragoza.
Servicio de Psiquiatría.
candela.perezalv@gmail.com

*“Levántate y anda”,
un caso de trastorno
convectivo grave en la
infancia*

*“Get up and walk”, a
case of severe conversion
disorder in childhood*

RESUMEN

Presentamos el caso de una niña de 11 años que ingresa en Pediatría y posteriormente en Psiquiatría Infanto-Juvenil, con sospecha de un cuadro convectivo grave consistente en inmovilidad para la deambulación y negativa activa a la ingesta de sólidos y líquidos. Explicamos el abordaje multidisciplinar del caso, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. La recuperación completa se ha alcanzado un año después del inicio de los síntomas. Además, realizamos una breve revisión y repaso de las características de los trastornos convectivos en niños y adolescentes, poniendo especial atención al pronóstico.

Palabras clave: trastorno convectivo, infancia, adolescencia

ABSTRACT

We report the case of a 11-year-old girl that was admitted in Paediatrics Unit and later in Childhood and Youth Psychiatry Unit, with a suspected severe conversion disorder which included immobility and refusal to eat and drink. We explain the multidisciplinary approach to the case, both hospital and ambulatory levels. Complete recovery took about a year after the onset of

symptoms. Furthermore, we make a brief review about the characteristics of conversion disorders in children and adolescents, with a special focus on the prognosis.

Keywords: Conversion disorder, child, adolescent

INTRODUCCIÓN

Según algunos estudios, hasta un tercio de los pacientes hospitalizados en unidades pediátricas presenta síntomas físicos que no pueden ser explicados médicamente. Los síntomas más frecuentes dentro de este grupo son el dolor y los síntomas neurológicos, siendo los diagnósticos más habituales dolor somatomorfo y trastorno convectivo. (1)

El trastorno convectivo se define por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no pueden explicarse médicamente tras haber realizado los exámenes complementarios correspondientes, junto con la existencia de estresores que anteceden al desarrollo o empeoramiento de los síntomas.

Dentro de los trastornos convectivos, lo más frecuente son las pseudocrisis (crisis convulsivas de origen psicógeno), seguidas por los trastornos motores (incluyendo alteraciones de la marcha, movimientos anormales, debilidad, parálisis y temblores) y sensitivos (anestesia, parestesias, sordera, ceguera

u otras alteraciones visuales) (2). Los síntomas no suelen corresponder a ningún mecanismo fisiológico o distribución anatómica conocida, y pueden desaparecer de manera transitoria cuando el paciente se distrae o duerme.

Los trastornos conversivos son tres veces más frecuentes en adolescentes que en preadolescentes y rara vez aparecen en menores de 5 años. Son 2-3 veces más frecuentes en el sexo femenino. (3)

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 11 años que llega a Urgencias, derivada por su psiquiatra de área, por “cuadro de inmovilidad para caminar y negativa activa a la ingesta de sólidos y líquidos de posible origen conversivo”.

Vive con sus padres y su hermana, de 22 años. Cursa 6º de Primaria, con muy buen rendimiento escolar. Tiene un grupo de amigas, algunas de las cuales conoce desde la Educación Infantil. Tiene múltiples aficiones: ajedrez, guitarra, kárate, cocina, baile...

Antecedentes personales:

Embarazo sin incidencias, parto eutócico a las 36 semanas, APGAR 10/10. Alimentada con lactancia materna exclusiva los primeros 5 meses. Desarrollo psicomotor normal, excepto en la esfera alimentaria, incluso su madre la envió a la guardería para que le dieran de comer (“inapetente, mala comedora” hasta los 3 años, luego se normalizan las ingestas).

A los 9 años recae en el TCA de la infancia que había presentado hasta los 3 años de edad. Tras un proceso gripal, comienza a presentar dolor abdominal, pérdida de apetito y apatía. Pierde hasta 7 kg. de peso por reducción en las ingestas y lentitud al comer, con claro estancamiento pondoestatural. Fue tratada por un endocrinólogo y una psicóloga a nivel privado, sin apenas mejoría hasta dos meses antes del inicio del cuadro actual, en que recuperó la normalidad en las ingestas alimentarias.

Su familia la describe como tímida, reservada, introvertida, inteligente, observadora y testaruda. Dicen que solo habla de forma adecuada con las personas de su confianza.

Antecedentes familiares:

No existen antecedentes psiquiátricos familiares. Sin embargo, destacan rasgos de timidez e introversión en la familia paterna.

Enfermedad actual:

A finales de 2015, tras un proceso de faringoamigdalitis con fiebre elevada, la paciente presenta debilidad generalizada, más intensa en extremidades inferiores. Estos síntomas ceden a los pocos días, pero el mes siguiente, después de otra faringoamigdalitis, vuelven a aparecer y se van agravando a lo largo de 3 semanas. Presenta dolor en la deambulación, camina de puntillas y arqueando las piernas, cada vez con mayor dificultad. Es ingresada durante dos semanas en Pediatría, donde se le realizan una exploración física completa y numerosas pruebas complementarias sin llegar a encontrar una causa orgánica que justifique el cuadro clínico. Es valorada por Psiquiatría, que ensaya tratamientos con olanzapina 2,5 mg., sertralina 50 mg. y clonazepam, además de técnicas de orientación cognitivo-conductual, sin éxito.

A los pocos días, la paciente presenta una crisis de ansiedad y, a partir de ese momento, deja por completo de deambular, se muestra triste, con llanto fácil, y se queja de cefalea, dolor abdominal y náuseas. Al día siguiente, deja de comer y apenas ingiere líquidos. Dos días después es ingresada en nuestro hospital, en primer lugar en Pediatría, donde se completa el estudio a nivel orgánico y se pauta nutrición enteral mediante sonda nasogástrica ante el rechazo de la ingesta y el estado de deshidratación y bajo peso de la paciente.

Posteriormente, es trasladada a nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Al principio, se muestra muy llorosa y no participa en la escuela, precisa ayuda completa para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La comunicación con sus padres durante las visitas es normalizada, aunque en ocasiones se muestra tiránica y enfadada con ellos. Cuando habla con el personal de la planta, lo hace en tono muy bajo y con monosílabos, pueril, con contacto visual esquivo, mientras que con el resto de pacientes se muestra más sonriente y cercana, aunque apenas participa en las conversaciones. Refiere dolor intenso en extremidades, sobre todo inferiores, que le impide la movilización de las mismas. Sin embargo, durante el sueño se aprecian movimientos normales.

Apenas responde a diferentes técnicas cognitivo-conductuales, psicoeducación, psicofármacos (gabapentina, mirtazapina, etc), analgésicos, ni tampoco a placebo. Se inicia tratamiento de fisioterapia y rehabilitación. Tras varias semanas, se logra que retome la alimentación oral, aunque las ingestas son escasas y

lentas, pero van aumentando progresivamente y llega a recuperar 7 kg. de peso. También se pide colaboración a Trabajo Social para realizar intervención familiar y búsqueda activa de una posible causa o desencadenante del cuadro. Después de casi dos meses de ingreso con pocos avances en cuanto a la movilidad, se debate el caso con todo el equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil y, con la colaboración del Servicio de Anestesia y el consentimiento informado de los padres, se realiza una prueba con pentotal y sedación completa, con dos objetivos: utilizar el estado de semi-inconsciencia inducido por el pentotal para investigar posibles estresores (sin éxito) y escenificar un tratamiento “mágico” que permitiera a la paciente salir de los síntomas. Tras este acto desaparece el dolor, pero sigue sin caminar.

Pruebas complementarias:

- Analítica completa: sin alteraciones. ASLO 271 U/ml. PANDAS y Test de Paul-Bunnell negativos. Adenovirus IgG positivos, IgM débilmente positivos.
- Electromiograma, electroneurograma y potenciales evocados: normales.
- Pruebas de neuroimagen (TC y RM) cerebral y de columna vertebral: sin hallazgos.
- Punción lumbar: LCR sin alteraciones.
- Ecografías abdominal y de partes blandas: normales.
- Psicometría:
 - K-BIT: cociente intelectual medio-alto.
 - EAT-40: no hay miedo a engordar.
 - TSA: no hay distorsión de la imagen corporal.
 - CEDI II: leve depresión.
 - Test de Rosenberg: no hay baja autoestima.
 - Test proyectivos CAT-H, TAMAI: no significativos.
 - EPQ-J: S: 50; N: 50; P: 50; E: 50; CA: 16.

Evolución:

En la primera consulta tras el alta hospitalaria, la paciente continúa en silla de ruedas y destaca la indiferencia con que son vividos los síntomas, no solo por la paciente sino también por sus padres, a pesar de que estos han sido informados sobre el origen psicógeno de los síntomas. Dicen que se empieza a sostener sola, aunque en la consulta se comprueba que no es así. La madre sí muestra preocupación porque la paciente apenas come y lo hace muy lento. El padre se muestra más

esquivo y distante. Se opta por no confrontar y reforzar la idea de que está progresando y podrá volver a caminar. Se utilizan técnicas de psicología inversa, restando importancia a los síntomas y a las actividades que le impiden realizar.

Un mes después del alta hospitalaria, la paciente se levanta por primera vez de la silla en una reunión del colegio sobre el viaje de estudios (al que se le dijo que no podría ir si seguía en silla de ruedas). Progresivamente retoma numerosas actividades de ocio (baile, ir en bici...). Sin embargo, durante 6 meses más, persiste un síntoma incongruente con el resto de la exploración, necesita ayuda para levantarse cuando está sentada. De nuevo, se resta importancia al síntoma y a lo que perdería si persiste (no podría realizar una audición de baile a la que desea acudir) y este acaba desapareciendo. A lo largo de todo este periodo también se aborda la sintomatología alimentaria mediante medidas conductuales, con notable mejoría.

En los últimos meses se ha mantenido la mejoría, salvo una leve recaída coincidiendo con un proceso de faringoamigdalitis. Sus padres comentan que ha vuelto “a ser la que era antes”.

DISCUSIÓN

Aunque los trastornos conversivos son frecuentes entre los niños y adolescentes y se asocian a una importante sobreutilización de los recursos sanitarios, existen pocos estudios sobre las características de estos pacientes y su pronóstico a largo plazo.

Según la literatura, el perfil más habitual sería una niña o adolescente con múltiples quejas somáticas, sobre todo dolor y clínica neurológica, perfeccionista, exigente y con dificultades para identificar adecuadamente la experiencia emocional, especialmente las emociones negativas como ansiedad, ira y agresividad, a menudo sometida a presiones externas (por ejemplo, elevadas demandas a nivel académico o deportivo), que encuentra alivio mediante la adquisición del rol de enfermedad. Mediante este rol pueden liberarse de su funcionamiento aparentemente ejemplar sin expresar abiertamente su rebeldía. En otros casos puede servir para evitar la ansiedad asociada al fracaso. También es frecuente que existan antecedentes familiares de patología neurológica o psiquiátrica, o conflictos familiares, que tienden a ser minimizados o negados. Además, en una proporción

relevante (29-54% según Shaw) hay un adulto cercano que padece una enfermedad con síntomas físicos similares a los que experimenta el niño o adolescente.

La existencia de un evento vital traumático que actúe como desencadenante del cuadro es habitual, pero no siempre es posible identificarlo a pesar de realizar una historia clínica completa. En algunos casos es posible que el estresor sea una situación corriente y que no resulte llamativa para los profesionales que atienden al niño/adolescente o para sus familiares, por ejemplo dificultades a nivel escolar o una discusión por un tema banal.

La “belle indifférence”, típica en adultos con trastorno conversivo, es poco habitual en niños, aunque en el caso que presentamos sí estaba muy presente, tanto en la paciente como en la familia.

Es importante recordar que los diagnósticos médicos y los diagnósticos de trastorno somatomorfo o conversivo no son excluyentes y pueden coexistir en un mismo paciente. En hasta un tercio de los diagnosticados de trastorno conversivo se acaba encontrando una causa orgánica que justifica el cuadro.

Uno de los aspectos que más se está investigando en los últimos años son los déficits cognoscitivos y su relación con un peor afrontamiento del estrés, que facilitaría la aparición de síntomas disociativos y conversivos (4). Algunos estudios han encontrado entre los pacientes con estos trastornos un CI inferior a la media poblacional; sin embargo, otros estudios no han hallado diferencias. Algunos autores como Cromer (5) hablan de déficits específicos, por ejemplo en tareas que requieren inhibición, pero no en otras tareas que requieren planificación o estrategia. Kozłowska et al realizaron evaluaciones neuropsicológicas a niños con síntomas conversivos, hallando una reducción en la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, pero no en el CI global (6).

Respecto al pronóstico, aunque existen pocos estudios con un tamaño muestral insuficiente, en general se considera que el pronóstico de los niños y adolescentes con trastornos de este tipo es favorable. Muchos se recuperan en los primeros 3 meses tras el diagnóstico, la mayoría a lo largo del primer año. Uno de los estudios con mayor muestra realizado en los últimos años, fue llevado a cabo por Pehlivan Türk y Unal (7), con la inclusión de 40 pacientes de entre 9 y 16 años de edad, a los que se evaluó a los 4 años de haber sido diagnosticados de trastorno

conversivo. El 85% se había recuperado completamente, un 5% habían mejorado de forma parcial y solo un 10% permanecían sin cambios.

Se han identificado algunos factores que pueden predecir el pronóstico a largo plazo:

► Pronóstico favorable: edad temprana, inicio súbito con un desencadenante fácilmente identificable, diagnóstico precoz, duración breve de los síntomas, buen ajuste premórbido, colaboración del paciente y su familia.

► Pronóstico desfavorable: presentación polisintomática, cronicidad de los síntomas, comorbilidad psiquiátrica o médica, existencia de trastornos previos de conducta, pobre capacidad de introspección, disfunción familiar grave. (8)

A pesar del aparente buen pronóstico, las recaídas no son infrecuentes, pudiendo alcanzar el 20-25%, según datos de la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2000.

La prevalencia de otras patologías psiquiátricas, principalmente ansiedad y depresión, es considerable, incluso en pacientes con recuperación completa del trastorno conversivo. Es necesario destacar que la recuperación de los síntomas conversivos no augura por sí misma un buen pronóstico cuando persisten otros síntomas psiquiátricos.

En cuanto al tratamiento, en casos muy graves como el presentado, las primeras intervenciones deben dirigirse a estabilizar médicamente al paciente (fluidoterapia, nutrición enteral, prevención de úlceras por decúbito...). Como tratamiento psiquiátrico, puede ser necesaria una combinación de psicoterapia, farmacoterapia y abordaje familiar (9). Existen diferentes modelos de abordaje psicoterapéutico que pueden ser utilizados: cognitivo-conductual, psicodinámico, EMDR... Según algunos autores, las medidas conductuales han demostrado ser efectivas (10), aunque los datos no son concluyentes. También es primordial hacer comprender a la familia la etiología psicógena del cuadro clínico y dar pautas para evitar que se favorezca el rol de enfermedad. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, es utilizado sobre todo para paliar la comorbilidad psiquiátrica. Existen algunos datos a favor del uso de antipsicóticos atípicos. También se ha descrito el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina, con mayor efectividad cuando existen síntomas obsesivo-compulsivos asociados.

Según el tipo de síntomas, pueden ser necesarios tratamientos adicionales, como fisioterapia y rehabilitación en casos de inmovilidad prolongada. En cualquier caso, una adecuada coordinación entre los diferentes especialistas es necesaria y facilita alcanzar la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bujoreanu S, Randall E, Thomson K, Ibeziako P. Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hosp Pediatr* 2014; 4: 283-90.
2. Duque PA, Vasquez R, Cote M. Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat* 2015; 44: 237-242.
3. Shaw RJ, DeMaso DR. *Consulta Psiquiátrica en Pediatría*. 1st ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
4. Ranjan R, Mehta M, Sagar R, Sarkar S. Relationship of cognitive function and adjustment difficulties among children and adolescents with dissociative disorder. *J Neurosci Rural Pract* 2016; 7: 238–243.
5. Cromer LD, Stevens C, DePrince AP, Pears K. The relationship between executive attention and dissociation in children. *J Trauma Dissociation* 2006; 7:135–53.
6. Kozłowska K, Palmer DM, Brown KJ, Scher S, Chudleigh C, Davies F, Williams LM. Conversion disorder in children and adolescents: a disorder of cognitive control. *J Neuropsychol* 2015;9 : 87-108.
7. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2002; 52: 187-91.
8. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 585-9.
9. Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents—an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 278-92.
10. Gooch JL, Wolcott R, Speed J. Behavioral management of conversion disorder in children. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 264-8.