

A. Goñi Navarro ¹ 
P. Ruiz Lázaro ¹ 
A. Calvo Sárnago ¹

1. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

A. Goñi Navarro
Correo electrónico: agonnin@salud.aragon.es

Más allá de la parálisis psicógena, un trastorno mental grave

Beyond psychogenic paralysis, a serious mental disorder

RESUMEN

Descripción del caso: El objetivo de este estudio es exponer un caso clínico de una paciente de 17 años, que se encuentra en seguimiento actualmente en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, bajo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa Restrictiva. Dispone como antecedentes un ingreso en nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil, tras presentar una clínica severa de “parálisis completa de extremidades inferiores” y “negativa a ingesta de sólidos y líquidos” de probable origen conversivo, que limitaba gravemente su vida diaria, y que supuso un desafío para la asistencia médica por la elevada complejidad y comorbilidad del diagnóstico y tratamiento del trastorno conversivo en el adolescente. La paciente consiguió finalmente después del tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación y psicoterapia cognitivo-conductual; poder caminar y realizar actividades de deporte. **Conclusiones:** El trastorno conversivo en el adolescente es una patología severa que supone un reto médico por la gran complejidad y comorbilidad del diagnóstico y tratamiento. Es fundamental para una evolución favorable, el diagnóstico precoz y el trabajo psicoterapéutico con el paciente y la familia.

Palabras clave: parálisis psicógena, anorexia nerviosa, comorbilidad, psiquiatría infantil.

ABSTRACT

Case description: The objective of this study is to present a clinical case of a 17-year-old patient who is currently under follow-up at the hospital's eating disorder unit, diagnosed with Anorexia Nervosa. Her background is an admission to the Child and Adolescent Psychiatry Hospitalization Unit of Clinical University Hospital in Zaragoza, after presenting a severe clinical picture of “complete paralysis of the lower extremities” and “refusal to eat solids and liquids” of probable conversion origin, which severely limited her daily life, and that was a challenge for medical care due to the high complexity and comorbidity of the diagnosis and treatment of conversion disorder in adolescents. The patient was finally able to walk and to do sports activities following psychopharmacological treatment, rehabilitation and cognitive-behavioral psychotherapy. **Conclusions:** Conversion disorder in adolescents is a severe pathology that poses a challenge for medical care due to the high complexity and comorbidity of diagnosis and treatment. It is essential for a favorable evolution, early diagnosis and psychotherapeutic work with the patient and the family.

Keywords: psychogenic paralysis, anorexia nervosa, comorbidity, child psychiatry.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años que ingresa en 2016 en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCU de Zaragoza, de forma programada, derivada desde el servicio de Pediatría de nuestro hospital, tras presentar dolor en extremidades inferiores, dolor abdominal, rechazo a la deambulación y negativa a ingesta de sólidos y líquidos tras dos episodios de faringoamigdalitis. Se realiza por ello pruebas complementarias incluidas electro-neurograma, electro-miograma y electroencefalograma, así como, RMN y punción lumbar sin objetivarse alteraciones. Peso en este momento de 32 kilos, percentil de 13, altura 145cm, IMC 15,2.

La paciente al ingreso no come y apenas bebe líquidos. No participa en la escuela y precisa ayuda para todas las actividades básicas de la vida. Incluso abandona por completo la deambulación, aquejando severos dolores de extremidades inferiores, así como cefaleas. Se muestra esquiva con la mirada, mutista, respondiendo con monosílabos y tono de voz baja. La paciente no responde en un primer momento a tratamiento con terapia cognitivo-conductual ni a tratamiento psico-farmacológico ensayado con gabapentina 100mg/8h o mirtazapina 30 mg en cena.

No destacan antecedentes psiquiátricos personales; como antecedentes familiares psiquiátricos destacan: “Genes de timidez e introversión en la familia materna” y que su padre era lento y mal comedor de pequeño, presentando rasgos caracteriales y de temperamento similares a su hija.

Tras evolución tórpida de su psicopatología de base se procede a un segundo ingreso, donde se estima necesario realizar una prueba de Pentotal, bajo anestesia local, para explorar un posible trauma que le hubiera llevado a dejar de andar y comer; ya que todas las pruebas orgánicas habían salido negativas. Con el permiso de los padres, a los que se les explica el objetivo final de la exploración, se le dice a la paciente que con esta prueba se le va a quitar el dolor que le impide andar. Tras ser implementado el Pentotal (psicoanálisis farmacológico) (1), la paciente dice que se le ha ido el dolor de las extremidades inferiores y se procede al alta hospitalaria en silla de ruedas, bajo el diagnóstico de trastorno de dolor somatomorfo

persistente (F45.4 de la CIE-10) y trastorno de la conducta alimentaria no especificada (F50.9 de la CIE-10). En este momento la paciente no deambula, precisa de silla de ruedas para la movilización, si bien el dolor de extremidades inferiores ha disminuido. Consigue retomar la escolarización, con buen rendimiento. Nula conciencia de enfermedad y “*belle indifférence*” respecto a los síntomas que padecía en este momento.

Tras el alta hospitalaria la paciente comienza seguimiento en UTCA, donde se muestra mutista, esquiva y apenas consigue sostenerse en pie. Comienza a acudir a rehabilitación a nivel ambulatorio y fisioterapia 5 veces a la semana, la familia y la paciente rechazaban la toma de psicofármacos.

Tras seis meses de seguimiento en UTCA, la paciente se levanta por primera vez para asistir a un viaje de estudios, mediante técnicas de psicología inversa. Consigue asistir a clases de zumba, coger la bici... Posteriormente aparece una pequeña recaída sintomatológica tras un episodio de faringoamigdalitis, donde volvió a aquejar dolores somáticos. Ocho meses después, la paciente comienza 1º de la ESO, con buen rendimiento escolar, era capaz de deambular de forma autónoma, asistir a clases de zumba y los padres relataban “ya es la que era antes”.

A nivel psicobiográfico

- Embarazo controlado sin incidencias.
- Parto eutócico en la semana 36 de gestación.
- APGAR 10/10 -Peso: 2 kilos 600 gramos, altura: 47 centímetros.
- Lactancia materna durante cinco meses.
- Desarrollo psicomotor normal para su edad.
- Escolarización correcta, buen rendimiento escolar.
- Menor de una fratria de dos hermanas, hermana mayor de 24 años (opositora de magisterio). Según la madre, siempre le tuvo muchos celos a su hermana: “A quién queréis más, ¿a mí o a mi hermana?”.
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado de la infancia hasta los 3 años, con posterior normalización de las ingestas “mala comedora de siempre”.

- A la edad de 9 años, a partir de proceso gripal, aparición de síntomas somáticos como dolor abdominal, con pérdida progresiva de peso por ingestas reducidas y lentitud al comer: “cortaba la tortilla de patata en millones de trozos”, lo que le provocó un retraso del crecimiento, con edad ósea de 6 meses menos a la correspondiente, motivo por el que recibió seguimiento en servicio de Endocrino y psicólogo privado sin apenas mejoría en dos años.
- Como hobbies destacan desde los 4 años, ajedrez, kárate y baile. Buen grupo de iguales, alguna amiga incluso desde los 3 años.

La paciente es descrita como perfeccionista, apegada a su madre, excesivamente tímida, hasta el punto de sólo hablar con personas de confianza.

Exploración psiquiátrica

En la exploración psicopatológica al ingreso se encuentra consciente, alerta, orientada en las 3 esferas. No hay fluctuaciones en el nivel de conciencia ni focalidad neurológica. Mirada esquiva. Está poco colaboradora durante la entrevista. Habla en tono bajo, casi susurrando, ritmo normal. Discurso parco en palabras, limitándose a contestar nuestras preguntas, casi mutista. Malestar emocional en relación con procesos orgánicos sufridos recientemente. No clínica endógena. No se objetiva clínica psicótica. Ritmos circadianos conservados. Hiporexia. No ideación auto o heterolítica. No conductas de auto o heteroagresividad. Juicio de realidad suficiente para su edad.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Durante el seguimiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria se le da a la familia y a la paciente un modelo explicativo de nuevo de la enfermedad y se les presentan 3 problemas cardinales:

1. Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) de la infancia (F 98.2 CIE-10) recaída y encrudecimiento. DSM-V: 307.59. T. de la evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

2. Trastorno de conversión. F44.4 DSM-V, severo centrado en la parálisis de las piernas. Agudo. Sin factor de estrés psicológico.
3. Rasgos vulnerables y desadaptativos de su personalidad premórbida: exceso de timidez, rigidez, pasivo-agresivo...

Intervención terapéutica

1. Tratamiento psicofarmacológico con mirtazapina 30mg en cena, gabapentina 300mg 1 comprimido en desayuno y otro en cena.
2. Tratamiento psicoterapéutico con terapia cognitivo-conductual (técnicas de psicología inversa), técnicas de motivación al cambio y psico-educación individual y familiar.
3. Rehabilitación y fisioterapia 5 veces a la semana.

Seguimiento y resultados

Tras alta de Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil por trastorno conversivo severo de la infancia, estuvo en seguimiento durante dos años en UTCA, donde la paciente consiguió finalmente, después del tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación y psicoterapia cognitivo-conductual; comer adecuadamente, poder caminar y realizar actividades de deporte. Cabe resaltar que no se identifica antecedente traumático o de sensibilización a situaciones de estrés durante este tiempo que pudieran estar en relación con el trastorno conversivo sufrido.

Durante estos dos años de seguimiento, la paciente se ha mostrado asintomática, con buen rendimiento académico, realización de actividades de deporte como zumba. Se ha trabajado durante este tiempo los tiempos de comida con una franca mejoría y mantiene un peso y crecimiento adecuado para su edad. Asiste con regularidad a campamentos y otras actividades con nivel satisfactorio alto, con sobresalientes a nivel académico y posee un buen grupo de iguales. Menstruación regular. Comienza a cursar 3º de la ESO, se encuentra bien, sociable, más independiente y autónoma en relación con sus padres. Posible alta en marzo de este año por estabilidad psicopatológica y buena evolución de la sintomatología.

Sin embargo, en mayo de este año la paciente precisa ingreso en el Servicio de Pediatría, tras cuadro de disminución de peso y rechazo a la ingesta progresiva, tras la realización de un intercambio escolar en Holanda, donde se produce un estresor emocional tras discusión con la compañera holandesa que la acogía: “eres lenta con la bici, por tu culpa llegamos tarde al colegio y tengo menos tiempo para estar con mis amigas”. IMC al ingreso de 15,9.

Al inicio del ingreso la paciente precisa perfusión endovenosa con electrolitos y nutrición enteral por sonda nasogástrica, que se mantiene durante 5 días. Posteriormente reinicia ingesta progresiva que permite el cambio a alimentación oral. Peso al alta de 38,9 Kg, altura: 154 cm, IMC: 16,3.

Como se ha descrito anteriormente, dos años más tarde del último ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil y sin psicopatología de interés en este campo, excepto un trastorno aversivo de la alimentación en la infancia comienza con un cuadro de Trastorno de la Conducta Alimentaria, tipo Anorexia nerviosa restrictiva. La paciente tras un estresor emocional comienza a verbalizar que “se ve gorda”, “está llena cuando come”, objetivándose una alteración de la percepción de la imagen corporal (dismorfofobia). Según refiere la madre de la paciente, se produce una pérdida ponderal de hasta 8-10 kilos (peso en otoño de 2018 de 45 kg, peso actual 40 kg). Aparece por primera vez amenorrea. En estos momentos la paciente se encuentra en tratamiento con mirtazapina 30 mg y olanzapina 2,5 mg en comida y cena.

Un mes más tarde, en junio sigue perdiendo peso, sobresalientes en las puntuaciones pese a lo que se siente extraña, casi enfadada: “no son más las notas, me las han regalado”. Dada la mala evolución, se retira olanzapina 2,5 mg y se inicia escitalopram 20 mg. Este cambio junto con psicoterapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en técnicas de motivación al cambio, produce que la paciente comience a ingerir alimentos, sufra una mejora del estado anímico, comience a ingerir más cantidad de comidas, gane peso, cese la grave dismorfofobia y aparezca de nuevo la menstruación. En

septiembre de 2019 comienza 4º de la ESO, con una adecuada adaptación sociofamiliar y sin ninguna psicopatología de base.

DISCUSIÓN

Hasta un tercio de los pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría padecen síntomas no explicados orgánicamente, entre ellos destacan el dolor y los síntomas neurológicos, como es el caso de nuestra paciente, quien presentaba parálisis e imposibilidad de la marcha, así como, una negativa a la ingesta de alimentos. Cabe resaltar que el diagnóstico somático y conversivo no son excluyentes, ya que en 1/3 de pacientes acaba encontrándose alguna causa orgánica.

El trastorno conversivo es más frecuente en adolescentes que en niños más pequeños y es más frecuente entre el sexo femenino que entre el sexo masculino, muy infrecuente en niños <5 años.

Encontramos rasgos caracteriales típicamente descritos en personas que sufren este trastorno en nuestra paciente como perfeccionismo, autoexigencia, dificultad para expresar emociones negativas... Pueden existir presiones externas, típicamente el alto rendimiento en deporte o estudios. Suelen existir antecedentes o conflictos familiares (minimizados o negados como es este caso), así como, el antecedente de algún evento vital traumático, que no siempre se identifica como podría ser el caso de nuestra paciente, dato que según recientes estudios podría otorgarle peor pronóstico a este tipo de trastorno. Como factores que podrían acompañarse de un pronóstico favorable encontramos: diagnóstico precoz, buen ajuste premórbido, edad temprana, estresor claramente identificable y duración breve de los síntomas. En cuanto a los de peor pronóstico podrían ser: cronicidad de los síntomas, disfunción familiar, comorbilidad psiquiátrica o la pobre capacidad de introspección.

En cuanto al tratamiento médico, es fundamental el manejo interdisciplinar del caso. En los casos graves, se precisa nutrición enteral y fluidoterapia. En cuanto al tratamiento psiquiátrico, los ISRS han demostrado algún dato favorable.

Existen pocos estudios sobre pronóstico de estos pacientes. En uno de ellos, de 40 pacientes evaluados a los 4 años del diagnóstico, encontramos un 85% de recuperación completa, 5% de recuperación parcial y un 10% sin cambios (Pehlivantürk y Unal) (2). Con todo ello, se realiza una búsqueda bibliográfica en bases bibliográficas de lengua inglesa como Pubmed, Embase y Cochrane, así como, de lengua española como Dialnet, con el objetivo de analizar los factores predisponentes, así como la comorbilidad, que puede acarrear el trastorno de conversión y la posible evolución hacia una disminución de la capacidad para el funcionamiento habitual cuando no se produce un abordaje multidisciplinar adecuado.

Tras la búsqueda realizada, se pone de manifiesto la escasez de bibliografía científica al respecto. Las principales comorbilidades halladas del trastorno conversivo son el trastorno depresivo y el estrés postraumático, así como, enfermedades somáticas como intestino irritable, cefaleas, dolor crónico o fibromialgia (Tsui et al) (3).

Duque et al reflejan en su estudio que las principales comorbilidades halladas en pacientes pediátricos que han sufrido trastorno de conversión son: depresión mayor, distimia, ansiedad y somatización. Los casos con comorbilidades tardan más en recuperarse, es por ello por lo que la recomendación es que el seguimiento se realice por un mínimo de 12 meses, debido al riesgo de recaída. Entre los factores descritos que empeoran el pronóstico y suponen un seguimiento prolongado, se describen: presentar varios síntomas, pseudocrisis, síntomas crónicos, comorbilidad psiquiátrica o no psiquiátrica, introspección baja, disfunción familiar y pobreza. Los pacientes con buen pronóstico presentan un factor estresante claramente identificable, un inicio a edad temprana, una buena adaptación premórbida y cooperación, tanto del niño como de la familia (4). Goldstein et al, (5) publican un caso de una paciente diagnosticada de anorexia nerviosa que durante el tratamiento psicoterapéutico experimenta síntomas conversivos como dolor crónico. Shapiro et al, (6) en su estudio sobre un

caso de una paciente de 16 años, con antecedentes de abuso sexual por parte de su padre, que presenta síntomas del trastorno conversivo como imposibilidad de deambulación, imposibilidad de ingesta oral y de fonación, con remisión casi completa pero recaída a los meses, publican una serie de factores mantenedores de síntomas, como disfunción familiar o trastorno del estado de ánimo tipo **trastorno bipolar**, apuntando a esta última a la comorbilidad más frecuente asociada al trastorno conversivo en población infantil (33%) (6). Otros estudios han asociado también dificultades cognitivas en relación a presentar mayor disposición a padecer un trastorno conversivo (7-8).

CONCLUSIÓN

Como conclusión al trabajo, destacar que durante la búsqueda realizada no hallamos estudios que reflejen casos de trastorno conversivo que hayan sufrido como comorbilidad un trastorno de la conducta alimentaria, eso nos hace plantearnos si nos encontramos en este caso frente a síntomas funcionales- somáticos propios de una comorbilidad del trastorno conversivo, como así avala la bibliografía consultada, dada la buena evolución de los síntomas apenas 3 meses o si por el contrario, nos hallamos frente a una anorexia nerviosa per sé tratada desde el primer momento por un psiquiatra terapeuta experto en trastornos de la conducta alimentaria, en una unidad especializada en dichos trastornos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores declaran que son autores de la investigación y que han seguido los protocolos establecidos por su centro sanitario, para acceder a los datos de la historia clínica del paciente, con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad

de investigación/divulgación para la comunidad científica. Se firmó un consentimiento informado por parte de la familia para la publicación del caso.

REFERENCIAS

1. Cabrera Rodriguez L. El empleo de drogas en la investigación clínica y como coadyuvante en psicoterapia:(1845-1970): Udelar. FP; 2019.
2. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2002; 52(4): 187-91. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00306-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00306-3)
3. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. *Curr Pain Headache.* 2017;(21): 29. <https://doi.org/10.1007/s11916-017-0627-7>
4. Duque PA, Vásquez R, Cote M. Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015; 44(4): 237-42.
5. Goldstein M, Madden S, Peters L. The use of effective treatments: The case of an adolescent girl with anorexia nervosa in the context of a conversion disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2013; 18(2): 214-23. <https://doi.org/10.1177/1359104512447313>
6. Shapiro M, Mehta A, Avila J, Nguyen M. Recurrence of conversion disorder symptoms in a successfully treated 16-year-old female. *Int J Psychiatry Med.* 2015; 50(4): 361-9. <https://doi.org/10.1177/0091217415612720>
7. Kozłowska K, Palmer DM, Brown KJ, Scher S, Chudleigh C, Davies F, et al. Conversion disorder in children and adolescents: a disorder of cognitive control. *J Neuropsychol.* 2014; 9(1): 87-108. <https://doi.org/10.1111/jnp.12037>
8. 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(2): 238-43. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.176197>