

Título: Diagnóstico y tratamiento de la histeria en urgencias del Hospital General.

Autores: **Día Sahún J. L.** Psiquiatra. Adjunto. H. Miguel Servet. Zaragoza.
Alda Diez M. Residente psiquiatría. H. Miguel Servet.

Índice:

1. ¿Cómo definir la histeria?.

2. Teorías sobre la histeria

3. Manejo de los trastornos conversivos en urgencias del Hospital General.

4. Trastorno de la personalidad y patología conversiva y disociativa:

5. Criterios diagnósticos para el diagnóstico de trastorno de conversión. (DSM-IV). (10)

6. Trastornos conversivos pseudoneurológicos.

6.1. Crisis excito-motriz, crisis convulsiva psicógena.

6.2. Otras manifestaciones conversivas motoras:

6.3. Otros Trastornos conversivos del aparato locomotor:

6.4. Alteraciones en la marcha y equilibrio:

6.5. Alteración de la fonación: disfonías y afonías.

7. Alteración sensorial funcional, de naturaleza conversiva o histérica.

8. Trastorno por somatización o síndrome de Briquet:

9. Trastornos funcionales con clínica de alteración de la conciencia del yo: disociación.

9.1. Amnesia disociativa:

9.2. Fuga disociativa:

9.3. Trastorno de identidad disociativo: Trastorno de personalidad múltiple.

9.4. Trastorno de despersonalización: clínica

9.5. Estupor psicógeno:

9.6. Trastorno de trance y de posesión:

9.7. Pseudodemencia histérica: Síndrome de Ganser.

10. Diagnóstico de conversión/disociación en urgencias. (aproximación clínica)

10.1. Signos típicos: (ningún signo o síntoma fiable)

11. Conducta ante la sospecha de clínica conversiva o histeria:

12. Pruebas médicas en urgencias:

¡Ningún test o prueba complementaria nos diagnóstica a un paciente como histérico ¡

13. ¿Se puede realizar un diagnóstico definitivo de trastorno conversivo en urgencias?

14. Bibliografía:

Título: Diagnóstico y tratamiento de la histeria en urgencias del Hospital General.

Autores: **Día Sahún J. L.** Psiquiatra. Adjunto. H. Miguel Servet. Zaragoza.

Alda Diez M. Residente psiquiatría. H. Miguel Servet.

Introducción: (1), (2) y (3)

1. ¿Cómo definir la histeria? Trastorno mental –sin lesión orgánica- que representa una supuesta lesión orgánica (neurológica, lesional o deficitaria) o un trastorno en la integración de la personalidad en forma de disociación o disfunción psicológica. Sin etiopatogenia lesional, se le supone una psicogenia con varias teorías médicas y psicológicas (represión, inhibición, historia de malos tratos, abusos, etc), y se asocia temporalmente a un conflicto psíquico intenso. Siempre se consigue un beneficio secundario (negado por el paciente), un rol de enfermo importante, y la búsqueda de cuidados y atención médica.

Se presupone que el síntoma expresado (motor, sensitivo, cognitivo, afectivo, etc), no esta bajo control de la voluntad, no es fingido o representado con conciencia de simulación.

Si predomina la simulación, el fingimiento de síntomas físicos o psicológicos, y se pretende la asunción de un rol de enfermo, de ingresos repetidos, de pruebas complementarias y tratamientos –incluso con riesgos de efectos secundarios severos- definimos el trastorno como ficticio y lo denominamos síndrome de Munchausen.(4)

Si los síntomas representados (físicos o psíquicos), son pura invención y fingimiento, sin búsqueda real de tratamiento, y únicamente con la finalidad de obtener un beneficio inmediato o diferido, definimos la conducta de enfermedad como simulación.

En la histeria verdadera no existiría pues un control total del síntoma, ni una simulación consciente.

2. Teorías sobre la histeria. Recomendamos textos clásicos de psiquiatría.

-Etiopatogenia de la histeria. No esclarecida en la actualidad. Se recomienda la lectura de textos clásicos. Charcot “L’hysterie” (5). H.Ey (6). Y D. Chauvelot (Historia de la histeria)(7)

Así, el autor R. Carter (1.828-1-918) ya escribió en la época Victoriana: “De la patología y del tratamiento de la histeria”, atribuyendo a la “*represión sexual*” el origen del trastorno.

¿Qué es una enfermedad sine materia? Tal vez Briquet tenía razón afirmando: “*La histeria es incurable*”. O James Braid : “*todos los sujetos sensibles al hipnotismo son histéricos*”. El cuadro de A. Bouillet, *La lección de Charcot (1.887)*, muestra una encantadora enferma –la Sra. Blanche- desmayada en los brazos de Babinski. El propio Charcot, a partir de los milagros de Lourdes escribió “*La fe que cura*” (1.892). Pierre Janet publicó su “*Estado mental de la histeria*” en 1.893, y en él alude a la “*frigidez*” como un problema sexual en la histeria. (citado en D.Chauvelot (7). Para Babinski, quien delimitó magistralmente la patología nerviosa orgánica de la funcional, la histeria era producto de la “*autosugestión*”. Así, hasta la *revolución* de Freud, el cual defendía la causalidad psíquica e inconsciente del trastorno (Caso Anna O). Un acontecimiento traumático produciría una represión de deseos, sentimientos y temores (teoría psico-sexual), y su expresión se realizaría en forma de síntomas físicos (conversión), con una carga simbólica. (Teorías que no pretenden en la actualidad tener validez científica, pero que forman parte de nuestro patrimonio cultural).

Para **otras teorías etiopatogénicas** (genéticas, ambientales, cognitivas/conductuales, neurofisiológicas, etc), recomiendo textos de Psicopatología: J.Vallejo y A.Bulbena (8). “Los trastornos neuróticos. La Histeria”. De C. Leal (9)

3. Manejo de los trastornos conversivo en urgencias del Hospital General.

Aproximación al diagnóstico. Clínica asociada.

4. Trastorno de la personalidad y patología conversiva y disociativa:

Más frecuente en personalidad **narcisista**, **histriónica**, y en **algunas psicopatías**.

Criterios diagnósticos **de personalidad narcisista según el DSM-IV**. (1.995) (10)

-Grandioso sentimiento de importancia (egocentrismo)

- Fantasías de éxito ilimitado, belleza, riqueza o amor ideal.
- Sentirse especial y único, con necesidad de relacionarse en un contexto social exclusivo.
- Exigencias de excesiva admiración por los demás.
- Relaciones sociales basadas en la utilización del otro (sacar provecho, beneficio)
- Falta de empatía: incapaz de reconocerse o identificarse con los sentimientos de otros.
- Frecuente envidia hacia otros, y creencia de ser envidiado por otros.
- Conducta arrogante, orgullosa y altiva.

¿Rasgos de personalidad histérica? Según Lazare y cols (1.966) (ver J.Vallejo y Bulbena) (4)

1. Egocentrismo: Destacar sobre los demás, hacerse notar, protagonismo.
2. Histrionismo: Alta expresividad emotiva y teatralidad de los sentimientos.
3. Exhibicionista e imaginativo: encubre la realidad que no le agrada.
4. Portentosa fantasía, riesgo de mitomanía. Representa –no simula- un personaje extraordinario.
5. La “*belle indifférence*” frente a sus síntomas.
6. Sugestionabilidad: influenciado y modificable por el entorno.
7. Inestabilidad y labilidad emocional: Apariencia de calurosa empatía.
8. Variabilidad emocional, cambios en afectividad: llanto, cólera, pasión, amor, desprecio, etc, en relación al rol en juego: De dependencia y sumisión al desprecio e irritabilidad u hostilidad.
9. Dependencia: privilegio y comodidad en la relación íntima familiar. Exigencia de atención, de cuidados y dedicación. Rechazo a autonomía. Recaída ante intentos de romper el vínculo afectivo.
10. Regresión conductual a etapas precoces del desarrollo. Infantilismo, conductas regresivas ya olvidadas.
11. La seducción y la erotización de las relaciones sociales, interpersonales y con el médico.
12. Temor a la sexualidad: “problema o disfunción sexual”. “Incapaz de amar, de desprenderse de sí mismo para entregarse al otro”.

Destacar: El diagnóstico de histeria **no exige ninguna anomalía de la personalidad evidente.**
“La conducta histérica puede darse en una personalidad sin rasgos anormales”

5. Criterios diagnósticos para el diagnóstico de trastorno de conversión. (DSM-IV). (10)

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan a funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por “conflictos” u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno ficticio o en la simulación)
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes, o requiere atención médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno por somatización o no se explica por otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- Con síntoma o déficit motor.
- Con crisis y convulsiones.
- Con síntomas o déficit sensorial.

-De presentación mixta.

Descripción clínica y fenomenología.

6. Trastornos conversivos pseudoneurológicos.

6.1. Crisis excito-motriz, crisis convulsiva psicógena.

Gran crisis de Charcot: prototipo de la gran crisis histérica, con varias fases clínicas: a) **pródromos** (muy variable): palpitaciones, disnea, bolo esofágico, mareo/vértigo, posible ceguera, sordera, con caída al suelo y aparente pérdida conciencia (reactividad al medio), falsa apnea, e inicio de **fase convulsiva (b) o epileptoide:** sacudidas, convulsiones desordenadas, fase tónica de hipertonia muscular, en contracción o extensión extremidades, seguida de fase clónica. c) contorsiones, sacudidas caóticas (“**clownismo**”) con conductas del lucha, gritos, etc. y finalizando con d) **período de trance o actitudes pasionales**, con representación de escenas violentas o eróticas. e) **período terminal:** recuperación de conciencia, con clínica residual; desde mutismo, hasta disociación, extrañeza, o amnesia. Frecuente estado emocional en forma de llanto, disforia o irritabilidad.

Características añadidas a toda crisis de excitación: un desencadenante o precipitantes recientes, la presencia de público, y el riesgo de contagio o afectación emocional a terceros.

-Formas menores:

“Ataque de nervios”: forma de crisis de excitación psico-motriz, psicológica o secundaria al estrés o conflictos graves en forma de crisis de agitación, fuga, llanto, convulsiones, etc , muy documentado en medios culturales específicos: Caribe, Puerto Rico, Sudamérica. (Escobar. 2.000). (

Crisis de inhibición:

-**Mutismo** arreactivo, inmovilidad, o falsa catatonía.

-**Letargia histérica.** (simula un coma o mutismo arreactivo).

(Ver diag. diferencial en capítulo de psicosis orgánica).

-**Accesos catalépticos:** de pérdida de tono, caída postural, de marioneta.

6.2. Otras manifestaciones conversivas motoras:

-**temblores, sacudidas.** (ver exploración del temblor y mov. Involuntarios).

(descartar enf. extrapiramidal, Parkinson, o enf. temblorosa).

-**espasmos, tortícolis,** retrocolis o distonías:

(descartar cuadros de distonía primaria, facial, cervical, 2ª a neurolépticos, etc.)

-**movimientos. coreicos, atetósicos, sacudidas de grupos musculares.**

(formas de inicio de encefalopatías, de atetosis a coreas (Sidenhan, Huntington).

-**accesos de hipo, de tos,** de aparentes tics motores (simples/complejos),.

(descartar: enfermedad de tics, tipo Giles de la Tourette)

-**hábitos nerviosos,** de forma estereotipada y repetitiva.

(descartar: tricotilomanía, succión pulgar, otros hábitos nerviosos inicio infantil).

-**“caídas”, “desmayos, síncope”** etc”, sin pérdida de tono real, ni lesión secundaria.

Componente emocional previo y posterior. Signos físicos: componente vagal predominante: sudor frío, bradicardia, palidez; o componente simpático de excitación; taquicardia, taquipnea, sequedad, midriasis, piloerección, etc,

Diag. diferencial del síncope histérico:

-En escenario, con público significativo. Como resolución de una situación de tensión psíquica intensa. Caída teatral, seguida de manifestaciones de aparente desconexión del entorno.

-Puede seguirse de mutismo, anestesia, insensibilidad, sacudidas o clonus.

6.3. Otros Trastornos conversivos del aparato locomotor:

-**paresias y parálisis:** falsas hemiplejías, paraplejías, etc.

Paresias de una extremidad (más el brazo/mano no dominante). Signo de Laségue (paresia en relación con la visualización espacial del miembro).

¿En inmovilidad crónica funcional: **riesgo de anquilosis y atrofia secundaria**, con lesión consiguiente;

-**alteración sensitiva: hipoestesias/anestesias.** Parestesias y disestesias.

Descartar neuralgias, neuritis, algias centrales, polimialgias, etc.

¡**Anestesia sin lesión trófica**!; **Algias psicógenas.**

6.4. Alteraciones en la marcha y equilibrio:

-Típica **marcha histérica:** inconsistente, abigarrada, según escenario. P. ej: en péndulo, grandes oscilaciones, teatral, “de ebriedad”. Otras formas: hemilateral (mimesis de hemiplejía), a pequeños pasos (mimesis de Parkinson), y otras.

-**Abasia y astasia:** imposibilidad para el equilibrio y marcha.

Exploración neurológica: descartar ataxia cerebelosa, frontal, etc.

Valorar pruebas de Romberg y equilibrio. Típica ausencia de lesión por caídas.

Cojera conversiva: valorar antecedentes de lesión articular y radicular.

6.5. Alteración de la fonación: disfonías y afonías.

(Descartar parálisis cuerdas vocales, lesiones laríngeas, etc, por laringoscopia)

-Distinguir de pérdida comunicación verbal: **mutismo**. (selectivo, voluntario, de la inhibición melancólica, o psicótico, etc.). “**mutismo por shock emocional**”, por “trauma psíquico”.

-**alteración de la deglución:** disfagia, imposibilidad para deglución. “**bolo esofágico**”.

(Descartar acalasia, estenosis esofágica, etc. por endoscopia digestiva)

-Rechazo a la ingesta de nutrientes total o selectiva (p.ej: hidrofobia).

Valorar “**sitofobia**” **histérica**, diag. dif. con sitofobia melancólica, psicótica, delirante.

7 . Alteración sensorial funcional, de naturaleza conversiva o histérica.

-Pérdida sensorial aguda, súbita, en relación con un estresor o conflicto psicológico.

-**Ceguera histérica:** con posible indiferencia ante quejas de pérdida de visión.

¿fondo de ojo?: descartar amaurosis fugaz, aguda por isquemia art. central retina.

reflejo de acomodación, conjugado, y corneal conservados.

¿Oposición manifiesta a abertura de párpados?

-**Diplopia histérica:** sin lesión alguna en movilidad ocular.

-**Escotomas histéricos:** sin relación con campo visual en campimetría.

-**Sordera de conversión.** Total, parcial. Sin autonegligencia sensorial. (Sin repercusión funcional).

Exploración neurológica: ¿Prueba de Rinne y Weber?.

Test de audición: incongruencia de resultados.

Otras pérdidas sensoriales funcionales, psicógenas **menos frecuentes en clínica:**

-Pérdida del olfato: **anosmia**. (siempre pensar organicidad)

-Pérdida del gusto: **disgeusia**.

(Siempre exploración neurológica completa. Lesión nerv. craneales, neurinomas, etc.)

Otros trastornos funcionales, sin base orgánica y con clínica somática predominante:

8. Trastorno por somatización o síndrome de Briquet:

Crónico y polisintomático, inicio antes de los 30 años (Tb. formas tardías)

Vivencia subjetiva de enfermedad, con hipocondría y **algias persistentes:**

-**Síntomas en sistema nervioso** (central y periférico): cefalea, “mareo”, y otros síntomas conversivos y disociativos: marcha, parálisis, afonía, amnesia, “alucinaciones”, “desorientación”

-**En aparato digestivo:** disfagia, dispepsias, vómitos, algias, espasmos, etc.

-**En órganos de los sentidos:** oculares (ceguera, diplopia, alagias), ORL (acúfenos, otalgia, etc.). Alt. gusto, anosmia, etc.

-**En aparato génito-urinario:** escozor, disuria, cólicos, tenesmo, parestesias, y dismenorrea, coitalgia, vaginismo, impotencia, etc

-**En aparato locomotor:** radiculalgias, artralgias, mialgias, disestesias, etc.

-**En aparato cardiaco:** arritmias, taquicardias, “síncopes”, “sofocos”, etc.

-**En aparato respiratorio:** tos, disnea, presión, ahogo, fatiga, etc.

Síntomas persistentes, con reivindicación de enfermedad física, búsqueda de pruebas y exámenes médicos, visitas a urgencias, y riesgo de iatrogénica. Polifarmacia. Riesgo de abuso de analgésicos, de psicofármacos e incluso más incidencia de abuso de alcohol. Riesgo añadido de conductas autolíticas y de trast. control impulsos. Rasgos de personalidad asociados: histrionismo y de personalidad disocial. Descartar siempre dependencia a analgésicos y abuso de alcohol.

Formas clínicas y diagnóstico diferencial: (ver capítulo de trastornos psicóticos)

-Valorar **hipocondría y nosofobia** neurótica de base.

-Descartar asociación a depresión: “**melancolía hipocondriaca**”

-Descartar **esquizofrenia con delirio hipocondríaco.**

-**Formas de delirio paranoide**, reivindicativo y querulante, de base corporal.

-**Síndrome de Munchausen** (Trast. ficticio con síntomas físicos).

9. Trastornos funcionales con clínica de alteración de la conciencia del yo: disociación.

Trastornos disociativos: (incluye conceptos como reacción disociativa y psicosis histérica).

Clínica de presentación en urgencias y su diagnóstico diferencial: tipos.

9.1. Amnesia disociativa:

-Pérdida memoria hechos recientes, significativos, importantes. P.ej: Acontecimientos traumáticos, accidentes, duelos, etc. (ver información de terceros).

-Se descarta un agente orgánico, intoxicación o fatiga (falta de atención, fijación del hecho).

-Estado afectivo asociado: muy variable. Desde aparente indiferencia a estado de perplejidad o de trance. Más en adultos jóvenes.

-Evidencia de una génesis psicógena: relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas de relación. (Aunque sean negados por el enfermo).

-Síntomas asociados posibles: fuga disociativa y estupor psicógeno.

Diagnóstico diferencial con:

-**Amnesia orgánica.** P.ej: enf. de Korsakof., postraumática (TCE), tóxica, metabólica, etc.

-**Alt. memoria de fijación:** con alt. atención/nivel de vigilia.

-Amnesia típica **anterógrada** (posterior al TCE, o Intoxicación) (mide grado de lesión)

-**Amnesia retrógrada:** afecta a pérdida recuerdo antiguo (lesional)

-Amnesia **posterítica en epilepsia.**

-**Descartar epilepsia parcial**, temporal, tipo “jamais vu”.

-**Descartar Amnesia Global Transitoria.** (A.G.T.): propia de isquemia cerebral.

9.2. Fuga disociativa:

-Desplazamiento intencionado, fuera del ámbito cotidiano (viaje repentino e inesperado), con finalidad desconocida. Riesgo de aparente vagabundeo.

-Confusión sobre identidad personal, asunción de nueva identidad (parcial o completa).

-Se mantienen los cuidados básicos de si mismo y conductas de interacción social (viajar, sacar billetes, comer, comprar, etc.).

-El paciente en urgencias presenta una amnesia disociativa, que puede afectar a su identidad.

Diagnóstico diferencial con:

-**Episodios de desorientación** témporo-espacial y autopsíquica de la A.G. T.

- Estado confusional** propio de lesión S.N.C. (descartar Neo cerebral, etc.)
- Episodio confusional **por agente tóxico** (alcohol, drogas...) o **metabólico**.

Evolución clínica: Cuadro autolimitado.

- Duración variable. De Horas a días. Casos excepcionales de meses.
- Posibilidad de adquisición nueva identidad personal: nombre, oficio, gustos, etc.
- Descartar psicopatía, mitomanía y pseudología fantástica.
- Pensar en la posibilidad de Trastorno múltiple de la personalidad.

Comprobar la evidente psicogenia de base: reacción adaptativa a vivencia traumática, “crisis existencial”, “afectiva”, beneficio secundario, etc.

En ocasiones, pensar en fingimiento o simulación. Control voluntario variable.

Asociado con frecuencia a **ingesta de alcohol**. Conductas **de ludopatía** y alt. de la personalidad.

Tratamiento en urgencias: observación, descartar organicidad. Remisión espontánea.

9.3. Trastorno de identidad disociativo: Trastorno de personalidad múltiple.

Dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y persistente de conducta, forma de relacionarse, de percibir y actuar con el entorno).

Al menos dos de estas identidades o personalidades diferenciadas controlan de forma recurrente el comportamiento del paciente. (leer: **Dr. Jeckil & Mr. Hide**)

A la exploración la personalidad dominante es incapaz de recordar hechos y períodos de tiempo significativos. (Puede existir extrañeza yóica, vivencia de desrealización)

Realizar diagnóstico diferencial con:

- Trastorno psicótico.** Delirio de identidad.
- Trast. personalidad** antisocial, narcisista, mitomanía, pseudología fantástica.
- Consumo de tóxicos:** alcohol, psicoestimulantes, otros.
- Organicidad:** lesión SNC, epilepsia parcial compleja, psicosis epiléptica, etc.

Comprobar la **psicogenia** e historia de vivencias traumáticas precoces y/o abusos sexuales.

Tratamiento en urgencias: no tratamiento específico. Resolución del cuadro de forma espontánea.

9.4. Trastorno de despersonalización: clínica

Intensa vivencia de extrañeza, de irrealidad, de cambio del entorno o de la propia identidad (extrañeza yóica, vivencia de desrealización), que causan en el paciente intenso estado de ansiedad y preocupación.

No hay pérdida del juicio de realidad, ni cambios en la conducta o personalidad del paciente.

Diagnóstico diferencial con:

- Trastorno de pánico**, crisis de angustia con “disolución del yo”.
- Descartar enfermedad psicótica de base: **esquizofrenia con disociación de identidad**.
- Valorar posibilidad de **trast. por estrés postraumático**.
- Descartar organicidad:** lesión SNC, alt. metabólica (hipoglucemia), epilepsia temporal,

etc.

Evolución y tratamiento en urgencias:

Resolución espontánea. Duración variable: minutos a horas. Tratamiento sintomático.

Otros trastornos disociativos, de naturaleza histérica:

9.5. Estupor psicógeno:

Simula cuadro de confusión mental, onirismo, con déficit atencional, incoherencia.

Falsa desconexión del entorno, aparente arreactividad.

Se añade perplejidad, ambivalencia, cambios emocionales francos.

Conducta teatral, estereotipada, variable e impredecible.

Puede coexistir síntomas catatónicos, con negativismo, oposición, etc.

Puede acompañarse de estados de trance o hipnóticos.

Comprobar la psicogenia. La reacción psicológica a vivencia traumática o conflicto psíquico.

Diagnóstico diferencial con:

- Organicidad:** Descartar intoxicación, reacción idiosincrática a tóxicos.
- Episodio psicótico agudo.** (Psicosis reactiva breve).

9.6. Trastorno de trance y de posesión:

“poseído por una persona, espíritu, deidad o “fuerza”. Se añade:

- Alteración franca de la psicomotricidad: alt. expresividad, movimientos, quietud, Etc.
- Alteración emocional intensa: “éxtasis”, “pasividad”, “felicidad”, con labilidad, etc.
- Pérdida parcial de la identidad personal y de la conciencia del entorno.
- Asociado a vulnerabilidad y prolongación ceremonias religiosas, mágicas, culturales.

Diagnóstico diferencial con:

- Descartar **auténtico trastorno psicótico.**
- Descartar tóxicos,** reacción paradójica a intoxicación: LSD, Extasis, etc.
(No diagnosticarlo si se produce dentro de un ritual o ceremonia religiosa)

Evolución y tratamiento: Remisión espontánea. Tratamiento sintomático. No secuelas.

9.7. Pseudodemencia histérica: Síndrome de Ganser.

Pararepuestas y respuestas absurdas y aproximadas: p.ej: $2+2=5$

Casos con síntomas ficticios de alucinaciones.

Conducta de dependencia y manipulación del entorno. Intenso beneficio secundario.

Frecuentes casos en medio penitenciario y pericial. *“histeria de combate”*

Diag. Diferencial:

- Formas de demencia precoz, demencia frontal.
- Descartar depresión mayor o melancolía de base (pseudodemencia depresiva).

Tratamiento: Tratar el trastorno psicológico de base.

Evolución: Puede encronizarse, llevar a conducta regresiva y ocasionar deterioro grave.

10. Diagnóstico de conversión/disociación en urgencias. (aproximación clínica)

“Ningún signo o síntoma clínico es por sí mismo patognomónico”

-Parálisis motora anormal: Hemiplejía ipsilateral de cara/extremidades.

-Anestias sin localización radicular: en guante / calcetín etc.

(descartar polineuropatía o enf. desmielinizante periférica).

-Exploración neurológica objetiva normal: sensibilidad y fuerza conservadas, etc.

-No atrofia muscular o de denervación cutánea: sí en formas crónicas, 2ª a inmovilidad.

10.1. Signos típicos: (ningún signo o síntoma fiable)

-Resistencia al movimiento o total flaccidez/pasividad. (con protección en caída)

(diferenciar de hipertonia, rigidez extrapiramidal, miotonía, distonía, etc.).

-Signo de la caída de extremidades: con movimientos de acomodación, protección.

-Oposición, resistencia tenaz a apertura de párpados.

-Arreactividad selectiva, con anestias parciales y selectivas, según estado afectivo.

-Presencia de franca oposición, negativismo, poco consistente. (“deme la mano”)

-Aumento de los síntomas ante la presión exploratoria o entrevista.

-Falta de correlación sintomática con expresión facial y emotividad apropiada.

“bella indiferencia”

-Respuesta a técnicas sugestivas o aversivas: muy variable y poco fiable.

11. Conducta ante sospecha de clínica conversiva o histeria: (recomendaciones clínicas básicas)

-mantener **conducta empática** y evitar la **contratransferencia negativa** (rechazo que produce el paciente). Intentar una comprensión empática y fenomenológica.

- no abandonar la conducta médica propia: **seguir con exploración completa**, constantes, etc.
- no pretender una inmediata resolución del cuadro clínico**. La mayoría se autolimitan, y con resolución espontánea tras el tiempo preciso.
- no despojar al paciente de su rol de enfermo, pero **sin sobrevalorar sus síntomas**.
- a pesar de aparente mutismo, sordera o ceguera, **mantener contacto terapéutico, y explicación razonada** -al paciente y acompañante- de las pruebas a realizar y del diagnóstico.
- recurrir a **técnicas de sugestión básicas, elementales**.
- No a “**juegos de hipnosis**”, o de “**curación mágica**”, no potenciar el *teatro de la histeria* en paciente sugestionable o manejable (riesgo de potenciación sintomática, de cronicidad).
- No excederse con el efecto placebo: **Una respuesta placebo no equivale a histeria**.
- Evitar “engaños” terapéuticos**: p.ej: “¡al quirófano para operar!” (buscando una reacción o recuperación instantánea del paciente).
- si diagnóstico claro, y confirmado por psiquiatra: Explicar al paciente y familia el concepto de histeria, de conversión o disociación.
- nunca olvidar la posibilidad de un doble diagnóstico, de comorbilidad**.
p.ej: conversión + historia de AVC. P.ej: histeria + epilepsia.
- los casos claros fingimiento, de engaño, “malignering”**, contemplar la implicación legal o forense secundaria, y no diagnosticar histeria, sino “conducta voluntaria, con conciencia clara y control de los síntomas por el paciente”. (No olvidar riesgos legales posteriores).

12. Pruebas médicas en urgencias:

¡Ningún test o prueba complementaria nos diagnóstica a un paciente como histérico;

Bioquímica y constantes básicas (fr. TA, tª): **siempre:**

-Hcto. Hgb. Proteínas.

-Iones (Cl, K, Ca ++). Urea, CPK. Y glucosa.

-Utilidad del E.E.G en urgencias.

(Sí en casos de estatus parciales o estados postictales sospechosos: monitorización E.E.G.)

Recomendaciones básicas ante sospecha de trastorno conversivo: pensar en.....

Valorar siempre **Glucemias**: Gran patoplastia de crisis hipoglucémica.

Alt. hidroelectrolíticas (p.ej.insuf. Endocrina)

Valoración del **Ca ++** en tetanias e Hª de IQ tiroides/para.

Ca: < 8 mgrs%

Signos de hipocalcemia: parestias, calambres, espasmos carpo-pedales.

Signos de Chvostek, de Trousseau.

Valoración de **CPK y enz.** Musculares en estados catatónicos o parálisis.

F. respiratoria: descartar hipoxias o hipercapnias primarias.

(frecuente presentación en forma de disnea, hiperventilación, o pseudoapneas)

Descartar parestesias, cianosis y “tetanias” por hiperventilación.

Si signos neurológicos sospechosos: exploración neuroimagen completa.

Plantear estudio EEG, Rx, estudio neuroimagen, p. lumbar (**según criterio del neurólogo**).

13. ¿Se puede realizar un diagnóstico definitivo de trastorno conversivo en urgencias?

El diagnóstico definitivo será **por exclusión**: negativo.

-la presencia de teatralidad, bella indiferencia, poca colaboración, etc, **nunca supone a priori un diagnóstico de histeria**.

-valorar el riesgo de infradiagnóstico médico por estigmatización del paciente como histérico.

“*vd. no tiene nada, y no le hacemos ninguna exploración.*” (¡frecuentes sorpresas!)

-valorar riesgo de negar la posibilidad de ausencia de lesión. (¡la histeria existe !)

- ¡no todos los síntomas tienen una lesión o disfunción medible u objetivable en urgencias;
- Ante conductas de enfermedad repetitivas, perseverantes, con hospitalismo, descartar conductas ficticias (con síntomas físicos y/o psicológicos): **síndrome de Munchausen**.
- Pensar en la posibilidad de lo ficticio, de la simulación. (Con un beneficio secundario evidente, propio de medicina legal y peritajes profesionales).
- Pensar en patologías neurológica/médicas poco frecuente: crisis parciales complejas, enf. desmielinizantes (p.ej: E.M), Guillen Barre, profirias, tetanias, hipofunción adrenal, miastemia y otras, que pueden presentar atipicidad sintomática y plurisintomatología. (11).

Correspondencia:

Dr. Día Sahún. jldiasahun@gmail.com

14. Bibliografía:

1. Slater E. Diagnosis of hysteria. Br. Med J. 1.965;1: 1395-1399.
2. Berrios. The history od mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteebth century. Cambridge University Press. 1.996.
3. A. Sims. Symptoms in the mind. Descriptive psychopathology. WB Sanders. 2ª edition. 1.999.
4. Jones Em, Stenberg MP. Munchausen's syndrome. Br J Psychiatry. 1985 Dec;147:729-30.
5. Charcot J.M. "Hysterie". Ed- Lharmattan. Paris. 1.989.
6. H.Ey, P.Bernard y Ch.Brisset. Tratado de psiquiatria. 8ª edic Toray-Masson 1.978.
7. D. Chauvelot. Historia de la histeria. Ed. Alianza. 2.001.
8. J. Vallejo, A. Bulbena. Introducción a la Psicopatología y psiquiatria. Ed. Salvat. 2ª ed. 1.985.
9. C.Leal Cercos y M.I. Leal. Histeria. En: Trastornos neuróticos. M.Roca. coord.. Psiquiatria editores. 2.001.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. American Psychiatric Association. 1.994.
11. S.E. Hyman. Manual de urgencias en psiquiatria. Ed. Salvat. 1.989.