

ENCUENTROS DE PSICOSOMATICA

Curso 2007-2008

Organiza: Sociedad Española de Medicina Psicosomática
y Fundación Jiménez Díaz.

Lugar: Fundación Jiménez Díaz (Clínica de la Concepción)
Avda. Reyes Católicos, 2, 280040. Madrid

Horario 19:00 a 21:30 h

SESIÓN del Jueves 25 de octubre de 2007.

DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO:

"Hemiparesia en una adolescente"

Moderador

Dr. Jose Luis González de Rivera y Revuelta. Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz.

Ponente

Dra. Rocío Navarro Jiménez
MIR de psiquiatría en la Fundación Jiménez Díaz

Discusores

Dr Félix Bermejo Pareja. Jefe Servicio Neurología Hospital 12 Octubre. Madrid
Dr Francisco Orengo García. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Pte. Soc. Española de Psicotraumatología. Madrid.

I. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

(Se adjunta el ppt utilizado en la Presentación):

- AP: Cefaleas frecuentes 1 vez/mes de carácter continuo, punzante, biparietales, de minutos de duración. No fotofobia ni fotofobia. No nauseas ni vómitos
- Cefalea y hemiparesia derecha
- Inicio brusco de edema y tumefacción con parestesias distales y pérdida de fuerza en codo y muñeca derecha
- Soplo cardiaco
- Trombofilia.
- Exploraciones y pruebas complementarias negativas
 - Hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, serología frente a : hepatitis, herpes, VIH, CMV, papilovirus:
 - Pruebas inmunológicas,
 - Estudio neurofisiológico: potenciales evocados y EMG: negativos
 - EEG, TAC, RMN: no criterios de enfermedad desmielinizante ni de pequeño vaso
 - Ecocardiograma.

Resolución del primer episodio a los 10 días sin tratamiento. Reparición de un episodio similar a los 2 meses, descartándose de nuevo patología orgánica. Y a los 6 meses, tras el cual se realizan cambios en la táctica del tratamiento eliminando las ganancias secundarias a la enfermedad, consiguiendo la completa resolución del cuadro y manteniéndose asintomático actualmente.

II DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Entre los diagnósticos diferenciales se han considerado causas infecciosas, tumorales e inmunológicas, vasculitis, migraña hemipléjica familiar, esclerosis múltiple, pseudomigraña con pleocitosis linfocitaria y trastorno somatomorfo.

Posibilidades:

1. migraña hemipléjica familiar
2. esclerosis múltiple
3. migraña clásica con aura
4. migraña vascular
5. pseudomigraña con pleocitosis linfocitaria
6. enfermedad de Kawasaki
7. cuadro conversivo

➤ **Datos que las avalan:**

1. Migraña hemiplejica familiar:

El aura tiene que incluir una hemiparesia.

Sin embargo es imprescindible, pues es lo que lo define, que haya un familiar de primer grado con los mismos síntomas, cosa que no se da en nuestro caso.

Se piensa relacionado con mutaciones o deflexiones en el cromosoma 19.

2. Esclerosis múltiple:

Evolución en brotes donde aparecen síntomas y signos muy diversos, siendo los más comunes, trastornos sensitivos seguidos de alteración motora, trastornos de la coordinación o pérdida brusca de la agudeza visual por episodio de neuritis óptica.

Estudio del LCR: se detecta pleocitosis linfocitaria ligera y una leve hiperproteino-rraquia. En más del 95% de los pacientes se detecta síntesis de Ig G de tipo oligoclonal. La RMN lesiones múltiples en sustancia blanca en el 95% de los casos.

3. Migraña con aura:

Tener dos o más cefaleas precedidas de aura.

El aura ha de cumplir al menos tres de las siguientes características:

- síntomas reversibles que indican disfunción cortical cerebral focal, del tronco cerebral o de ambos
- desarrollo gradual en más de 4 min.
- duración no superior a 60 min.
- la cefalea sigue el aura con un intervalo libre de menos de 60 min.

4. -Migraña vascular:

Se podría pensar en ella por los antecedentes de un hermano con migrañas vasculares, pero no presenta criterios

Los síntomas del aura se circunscriben al territorio vascular fundamental seguido de cefalea típicamente occipital.

El aura debe incluir 2 ó más de los siguientes síntomas:

- síntomas visuales campimétricos homónimos
- disartria
- vértigo
- acúfenos
- hipoacusia
- diplopia
- ataxia
- paresias o parestesias bilaterales
- disminución del nivel de conciencia.

5. Pseudomigraña con pleocitosis linfocitaria:

Debe sospecharse en pacientes con antecedentes o no de migraña familiar o personal que reúnan los siguientes criterios:

- episodios de cefalea grave a moderada de horas de duración, antes de su resolución completa y que cumplan los puntos:
 - A.- los episodios de cefalea se acompañan o son seguidos de defectos neurológicos transitorios, estableciéndose una estrecha relación temporal con el desarrollo de pleocitosis en el LCR
 - B.- Los episodios de cefalea y defecto neurológico pueden recidivar, presentando resolución total de los episodios recurrentes en menos de 3 meses.
- LCR con pleocitosis de predominio linfocitario (<15 cel / microlito); neuroimagen, cultivo de LCR y otras pruebas etiológicas normales o negativas.

6. Enfermedad de Kawasaki:

Se pensó en ella, por la presencia de soplo y trombofilia, pero tampoco cumple los criterios.

Esta enfermedad se caracteriza por:

- afecta fundamentalmente a niños pequeños (80% < 4-5 años)
- su diagnóstico requiere la presencia de fiebre y lesión coronaria con 3 ó 4 criterios mayores (fiebre, exantema, adenopatía cervical, manifestaciones orofaríngeas, lesiones cutáneas...)

8. Cuadro conversivo: trastorno somatomorfo

III DISCUSIÓN:

Dr Bermejo:

- Como los neurólogos estamos emparentados con el TOC, exigimos nitidez.
- Ahora vemos pocas histerias
- En la jaqueca hemipléjica aparece pleocitosis en el LCR. Aquí se pensó en hacer la punción lumbar, pero no se realizó.
- Destacar la abigarrada sintomatología
- Pudo estudiarse las alteraciones en el cromosoma 19, relacionado con la jaqueca hemipléjica familiar.
- Las parálisis histéricas se dan con causa orgánica diagnosticada a posteriori, en 2 a 4% de los casos.

- Podría haberse realizado un SPECT, puesto que, en las histerias, hay con frecuencia, hipofunción en los ganglios basales contralaterales.
- Faltan los clásicos síntomas jaquecosos.
- En la esclerosis múltiple, están elevadas las gammaglobulinas en el LCR.

Dr Orengo:

- Faltan antecedentes familiares de jaquecas.
- Pregunta: ¿se valoró el soplo cardiaco? ¿no es contradictorio, la falta de alteración sensorial, junto a parestesias, con edema objetivo?
- En la jaqueca clásica la alteración neurológica es sólo motora
- En la histeria, el "Locus Minoris Resistenciae", señalará por donde se manifiesta el conflicto que se ha de convertir.
- La clínica conversiva se monta sobre una base orgánica: angioma, lesión neurológica mínima, etc....
- Los síntomas de la clínica conversiva se llevan a cabo copiando, aprendiendo e imitando. En nuestro caso, hay un amigo con esclerosis múltiple.
- ¿Se han considerado los episodios de repetición? para que se den es preciso, tener capacidad, presión, beneficios...

Dr Martínez López:

- Es fundamental buscar la causa, si se excluye lo orgánico. hay que profundizar en el diálogo con la paciente, y preguntarnos: ¿Cómo vivencia las figuras familiares, y las enfermedades que presentan?
- Me inclino por un cuadro de "Conversión Especular" de tipo lacaniano. Observen el cruce de miembros afectados, entre padre e hija. La paciente está en fase de identificación, pero lo hace especularmente. Impresionada por la hemiparesia paterna, se angustia, y desea apropiársela con o sin sentimientos de culpa.

Dr Pino:

- Conviene conocer el mundo intrapsíquico de la paciente
- Debemos diferenciar entre trastorno facticio y de simulación.

Dr Cebrián:

- El edema es una manifestación somatomorfa por imitación a la hemiplejia paterna.

Dr González de Rivera:

- Hemos de tener en cuenta la transformación de los impulsos psicológicos, en síntomas corporales. Las sensaciones corporales o motoras pueden estar inhibidas, y se activan según vivencias. Recordemos a Freud.

Dr Orengo:

- ¿Estamos ante una psicotraumatología de años? Se incoa una reacción de muerte fingida, reacción sacada de la filogenético.

Dr Mingote:

- Queda claro la necesidad de aplicar una medicina no fragmentaria, que incluya una perspectiva psicoanalista.
Todo tiene una base biológica. En psicósomática se mira al mismo fenómeno desde diferentes perspectivas. No podemos olvidar al sujeto, al paciente, al ser humano que atendemos.

IV CONCLUSIÓN:

Tras pruebas clínicas realizadas y evolución del caso se concluye que se trata de trastorno somatomorfo, aunque se debería haber realizado un estudio de LCR para descartar posible pseudomigraña con pleocitosis linfocitaria o esclerosis múltiple.

25-10-2007

