

TITULO:
**Histeria, Simulación ó Enfermedad
Orgánica?**

AUTOR:
ROLANDO MARCELINO LUNA SANTOS

CLINICA " CARIDAD DEL COBRE "
VILLA SANDINO. GRANADA
TEL: (505) 552-8043. MOVIL: 08606757
NICARAGUA

E-MAIL: marcelinoluna@yahoo.com

Resumen:

En mi experiencia personal como Docente en la Asignatura Psiquiatría he podido apreciar, lo atractivo que resulta para estudiantes de medicina, conocer todo lo referente, a la mítica histeria esto se convierte en su práctica, (por su falta de experiencia y la yuxtaposición, a lo ya aprendido, sus prejuicios populares personales), un arma de doble filo: por la comodidad

Histeria, ó enfermedad orgánica?

de este diagnóstico, cuando se hace a la ligera permitiendo ante la falta de un interrogatorio minucioso y riguroso examen clínico neurológico, encontrar síntomas a los cuales no pueden dar explicación, librarse de la angustia que esto provoca en todo medico, echando mano a un diagnóstico (utilizado a veces como un insulto)[4] que permite ganar tiempo y transferirlo a Neuro Psiquiatría en el mejor de los casos, o medicarlo a su entender de la misma manera en que mi abuelo cuando su radio no hablaba le daba un puñetazo y volvía a funcionar, el presente trabajo esta dirigido a prevenir y alertar sobre este peligro, pues como medico lo primero que debemos es no hacer daño, ya que esta mala práctica: etiqueta al paciente con un diagnostico psiquiátrico, lo cual es peligroso pues con el prejuicio existente de “la inmortalidad del paciente psiquiátrico” , este paciente, puede ser portador de otra patología orgánica que conlleve un peligro para su vida y en ocasiones la muerte, como el caso que estamos presentando.

Histeria, Simulación ó Enfermedad Orgánica?

Introducción:

La Histeria a lo largo de la Historia de la Psiquiatría ha pasado por momentos de gloria, hoy para desgracia de la psiquiatría, con el advenimiento de los manuales norteamericanos DSM han desaparecido prácticamente todas las enfermedades, convirtiéndose éstas en trastornos o desórdenes, quedando reducidas patologías a las cuales se les dedico libros, a tímidas referencias en el mejor de los casos o en el peor a su triste exclusión por no considerar valida su existencia .

Henry Ey, (Psiquiatra Frances) autor de reconocimiento mundial, en su Tratado de Psiquiatría dedica 18 páginas al estudio de la Histeria ya no hablar de Freud sus obras Completas. En el mismo Ey, en sus párrafos iniciales hace mención a que sus síntomas

constituyen las manifestaciones psicomotrices , sensoriales o vegetativas de esta “conversión somática” , a lo cual Freud llamo histeria de conversión

En la Historia de esta enfermedad, se menciona que sus principales signos son conocidos desde la antigüedad y se extiende a toda una tradición de enfermedades sine materia que han motivado las más vivas discusiones en los médicos de todas las épocas; pero es tan sólo después de Freud cuando podemos aprender los contenidos esenciales de esta patología, del “simulacro”

Babinski, genial neurólogo consiguió delimitar con precisión en el campo de la histeria, gracias a el sabemos lo que no es la Histeria, pero también esta entidad ha corrido el riesgo de ser considera fuera de toda realidad, como una simple simulación (Boisseau).

Independientemente de las discusiones y querellas de diversas escuelas que tienden a negar y a recusar y aumentar tal o cual síntomas en la experiencia clínica de todos los que trabajamos en este campo, hemos podido detectar cuadros clínicos independientemente del nombre de moda, que coinciden con lo que en otros tiempos fue la histeria, por lo cual es algo que ahí esta.

Merece destacar que cuando nos enfrentamos a una parálisis funcional histerica hoy llamada en el DSM-IV, trastornos Somatomorfos, estas no se acompañan de los trastornos de los reflejos o del tono, que caracterizan a la parálisis relacionadas por la alteración de la vía piramidal ó de los centros motores de la médula (Babinsky), por el contrario son caprichosas, paradójicas, y dan la impresión a la observación minuciosa del clínico, de depender, más de una posición de una intencionalidad que, de trastornos “reales”.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, convencidos de la existencia de los trastornos histéricos], del abuso de este diagnóstico y con la intención docente de alertar a los educandos sobre este peligro, decidimos presentar el presente caso clínico procedente del Sistema Penitenciario, el cual nos fue referido del Hospital General siendo valorado y diagnosticado en dicho Centro como una *histeria o simulación*,[según constaba en la

referencia, supongo que el pensamiento clínico fue influido por tratarse evidentemente de un recluso y suponer que se estaba fingiendo enfermo, para obtener su libertad.

Caso Clínico:

Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes patológicos, personales de patologías orgánicas o psiquiátricas, se encontraba recluido en el sistema penitenciario por actos delictivos, con una condena de 8 años de prisión, el cual fue llevado por el medico que atiende en el Sistema Penitenciario, al Servicio de Medicina del Hospital General para su valoración, pues esa mañana el paciente, había amanecido en el piso de su celda sin poderse levantar, hablaba palabras enredadas y se había orinado en su ropa, en este estado descrito, el paciente fue valorado por el personal de asistencia, aduciendo podía regresar a la Clínica del Sistema Penitenciario con tratamiento pues se trataba de un problema nervioso (histeria) indicándole entre otros fármacos, Haloperidol en gotas, posteriormente al no evolucionar como se esperaba es enviado al Centro Polivalente donde trabajamos, para su valoración por nuestra especialidad, luego de conocer tras el interrogatorio los criterios que se manejaban acerca del mismo como una posible simulación ó histeria (vea como se confunde que la simulación y la histeria es la misma cosa), no conforme con la evaluación del paciente y por el hallazgo de signos neurológicos: Afasia Motora y Hemiplejia Derecha que a mi entender no se correspondían con síntomas “funcionales”, si no que eran expresión de una patología orgánica, pido al Neurólogo que discutamos el caso entre ambos, expresando mi desacuerdo con los argumentos de la valoración realizada en su visita inicial al Hospital, decidiendo realizarle una tomografía axial de cráneo.

Los resultados de la misma fueron los siguientes:

TAC DE CRANEO

Conclusión: Estudio de TAC de cráneo que mostró:(ver figura 1)

Cambios crónicos residuales de infarto isquemico (encéfalo malacia) Fronto Parieto temporal izquierda.

Teniendo en cuenta la edad del paciente y las enfermedades que con frecuencia se producen en los presidiarios, se le realizó Test de VIH, previo consentimiento de su familia, resultando este negativo, así como la serología VDRL

DISCUSION

Según Álvarez Sabin et al que se han dedicado al estudio de la patología cerebral aguda o ictus, refieren que es la tercera causa de muerte en el Mundo Occidental, que como consecuencia del mismo puede presentarse una mortalidad de un 15%, un 20% de pacientes presenta una una incapacidad moderada grave, un 25% una incapacidad ligera y sólo un 40% van a recuperar su estado funcional previo .

Como se había mencionado anteriormente el paciente presentado se trata de un adulto joven, al cual se le realizaron todos los exámenes complementarios para descartar patologías que se asocian como factor de riesgo solamente encontramos en su historia personal el consumo de crack se asocia con disminución en el flujo sanguíneo y glucosa cerebrales previo a su reclusión, como agente que puede asociarse con la presencia de ictus teniendo en cuenta la clínica y los hallazgos radiológicos (TAC Y RN) RMN(ver figura 2) donde se aprecian. Las áreas lesionadas en región, fronto temporo parietal, se realizo abordaje terapéutico aunque no fue posible precozmente con citicolina por vía oral dosis

500 mg diarios durante 12 semanas observamos que a pesar de esto resulto beneficioso el tratamiento por la recuperación obtenida en el paciente en cuanto a reducción del déficit neurológico (remisión de afasia).

Así como mejoría en escala Barthel > 95 este caso fue presentado nuevamente en el auditorio del Hospital donde fue recepcionado inicialmente, con el objetivo docente de alertar y evitar el abuso de diagnosticar a priori trastornos psiquiátricos hasta tener agotados todos los recursos para demostrar que no se trata de una patología orgánica que conlleve un riesgo para la vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hales Re, Yudaski SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría 2001, Barcelona: Ed. Liberduplex, SL.
2. Ey H Bernard, P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría 1969 Barcelona: Ed. Toray-Masson
3. Rodríguez Rivera Alipio. La Inmortalidad del Paciente, Psiquiátrico 1989. Habana Ed. Ciencias Medicas.
4. Schnabl Siegfried. Nervioso 1985. Habana Ed. Científico Técnica.
5. Curso Interactivo de Patología Cerebro Vascular, Patología Cerebral Isquénica. 2001 Barcelona Ed Permanyer.
6. Freud S. Obras Conpietas Vol I. 1973 Madrid. Ed. Biblioteca Nueva

7. American Psychiatric Association, DSMIV. 1994 Washington DC.
8. Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebro vasculares, de la SEN. Guía de Tratamiento y Prevención del Ictus. *Neurol* 1998; 13 (supl3) 3 - 10.
9. Handscha R, Garling A , Heuschmann PU, Kolomisky Rabas PL, Erbguth F, Neundofer B. Acute Stroke Management in The Local General Hospital. *Stroke* 2001; B66 – 70.
10. Castro López H. La Histeria Habana. Ed. Ciencias Medicas 1993.
11. Beyaert, F. Dutch Forensic Psychiatry and The Pieter Baan Centre, Utrech. In *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. 1990 Edimburg; Ed. Churchill Livingstone.
12. Singlenton, N. Meltzer, H Gatward, R et Al. Psychiatric Morbidity Among prisoners in England and Walles. 1998. The Stationery office.
15. Citicolina en el tratamiento del ictus isquénico agudo. Meta-análisis de los Estudios Clínicos y Neuroimagen con citicolina en el ictus. Simposio Satélite. 2001. Barcelona. Ed. Prous.
15. Trastornos Relacionados con el Consumo de Cocaína. Kaplan and Sadock's. 1994. Argentina. Waverly Hispánica, S.A.
15. Hyman Steven E. Neurologic illness mimicking psychiatric disorders. *Manual of Psychiatric Emergencies*. USA. 1994. Ed. Little Brown and Company.