

1° Congreso Argentino de
Medicina Interna Pediátrica
Mesa: Cuando los síntomas
no son orgánico
Dr. Francisco Bori
Médico Pediatra
Médico Psiquiatra Infanto
Juvenil

HOSPITAL INTERZONAL
DE EZERCA



Somatización y trastorno conversivo

{ Eventos epilépticos – eventos
no epilépticos.

¿Cómo pensarlos?

Un caso clínico

“ El psiquiatra no se dedica a curar síntomas (**únicamente**) sino que reconoce en ellos una llamada de auxilio que justifica una investigación en la historia del desarrollo emocional del niño en relación con el medio, la cultura en la que el niño se halla inmerso. El tratamiento va dirigido a aliviar al niño de la necesidad de lanzar su llamada de socorro”

Donald Winnicott

Frente a un síntoma nuestra
función es averiguar lo que ellos
nos dicen

El síntoma como fenómeno subjetivo está sujeto a inferencias e interpretaciones.



La información es indirecta

De los síntomas nos interesa :

- ⌘ *El contexto en el que se producen*
- ⌘ *El valor que le adjudica el paciente y sus padres*
- ⌘ *El momento en que aparecen*
- ⌘ *La evolución de los mismos*

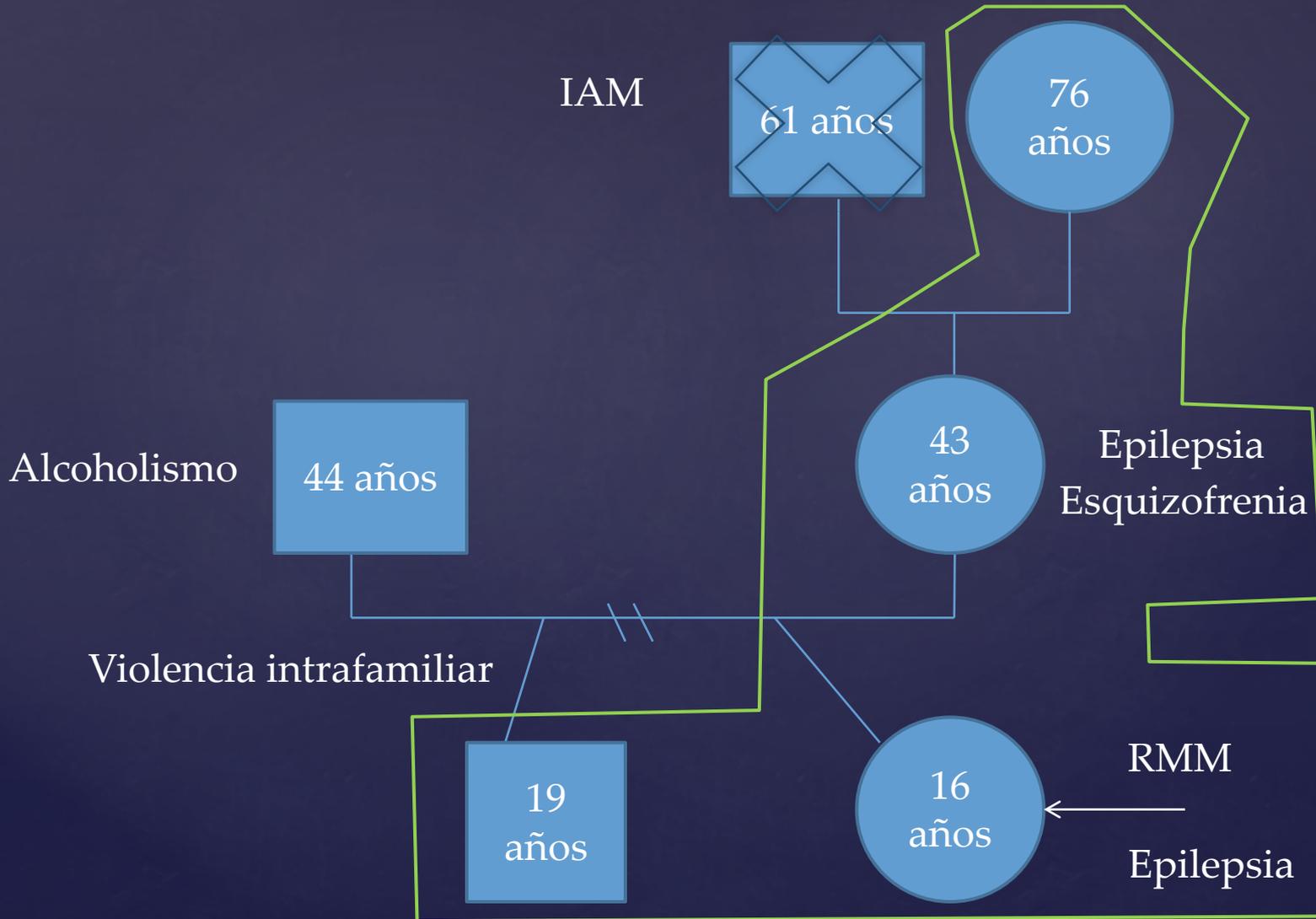
Pensar al síntoma como un
acontecimiento con sentido que nos
convoca a buscar averiguar y pensar.

Aprender a ser prudentes, a esperar otros matices detrás de lo florido.

Puntualizaciones del caso clínico

Paciente que ingresa con diagnóstico de epilepsia.	Disfunción cognitiva
	Insomnio, pesadillas
	Ansiedad
	Irritabilidad
	Anergia
	Alucinaciones auditivas
	Delirio místico
	Episodios recurrentes de desmayos

Genograma



Desmayos: Características

Crisis Variables

Movimientos asimétricos en miembros superiores y cuello

Alteración del estado de la conciencia

Resistencia a la apertura ocular

Afectación del tono muscular

Recuerdo parcial de lo ocurrido

Factores desencadenantes

Disfunción familiar

Factores
precipitantes
muy
frecuentes

Problemas en las relaciones
interpersonales

Situaciones de Stress

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(DSM5 trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados)

- ⌘ - EL PACIENTE SUFRE SINTOMAS FISICOS EN LUGAR DE SINTOMAS PSICOLOGICOS O PSIQUIATRICOS
- ⌘ -EL PACIENTE Y SU FAMILIA SUELEN ATRIBUIR LOS SINTOMAS A UNA ENFERMEDAD MEDICA, A PESAR DE QUE LOS EXAMENES MEDICOS DEMUESTREN LO CONTRARIO

DSM5 trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados

-SE INCLUYEN:

- ⌘ -TRASTORNO DE SINTOMAS SOMATICOS
- ⌘ -TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD
- ⌘ -TRASTORNO CONVERSIVOS (TRASTORNO DE SINTOMAS NEUROLOGICOS FUNCIONALES)
- ⌘ - TRASTORNO FACTICIO
- ⌘ - TRASTORNO DE SINTOMAS SOMATICOS Y TRASTORNO RELACIONADOS NO ESPECIFICADOS

TRASTORNOS CONVERSIVOS CIE10

- ⌘ -TRASTORNO DE LA MOTILIDAD: pérdida parcial o completa de la capacidad para realizar movimientos, que normalmente se encuentran bajo el control voluntario
- ⌘ CONVULSIONES: movimientos espasmódicos de aparición brusca e inesperada, no se acompañan de pérdida de conciencia
- ⌘ ANESTESIA Y PERDIDAS SENSORIALES: pérdida parcial o completa de cualquiera de las sensaciones cutáneas normales, de la visión, audición y olfato

DSM5 TRASTORNO CONVERSIVO (Trastorno de síntomas neurológicos funcionales)

- ⌘ Con debilidad o parálisis
- ⌘ Con movimientos anómalos
- ⌘ Con síntomas de la deglución
- ⌘ Con síntomas del habla
- ⌘ Con ataques o convulsiones
- ⌘ Con anestesia o pérdida sensitiva
- ⌘ Con síntoma sensitivo especial
- ⌘ Con síntomas mixtos
- ⌘ Con factor de estrés psicológico
- ⌘ Sin factor de estrés psicológico

*Crisis no epilépticas de origen
psicógeno o eventos no
epilépticos*



& Charcot (1877)

& Freud (1895)

& Crisis histéricas

& Histeroepilepsia

& Pseudocrisis



- ⌘ Freud postula la teoría del inconsciente patógeno.
- ⌘ En el curso de las crisis histéricas surgían antiguos recuerdos (en general traumas sexuales infantiles) reprimidos por la censura.

Diferentes formas de nombrarlas

- ⌘ crisis no epilépticas de origen psicógeno
- ⌘ Crisis no epilépticas
- ⌘ Ataques no epilépticos
- ⌘ Eventos no epilépticos
- ⌘ Pseudocrisis
- ⌘ Crisis psicógenas
- ⌘ Trastornos de ataques no epilépticos
- ⌘ Trastornos de ataque pseudoepileptico

Episodios no epilépticos

- ⌘ No resultan de una patología epileptógena
- ⌘ “Son trastornos neuropsiquiátricos que se acompañan de signos neurológicos y conflictos psicológicos subyacentes”

Krishnamoorthy, 2001

- ⌘ La incidencia de los eventos no epilépticos en la población general es de 1,5% cada 100.000 habitantes por año.
- ⌘ Cifra que aumenta a un 25 a 30 % si se considera la incidencia en centros especializados de epilepsia.

Los eventos no epilépticos se asemejan a los eventos epilépticos en :

- ⌘ Presentación paroxística
- ⌘ Son involuntarios y autolimitados
- ⌘ Pueden afectar:
 - ⌘ La conducta
 - ⌘ La actividad motora
 - ⌘ La función autonómica
 - ⌘ La conciencia

Factores desencadenantes

- ⌘ Abuso sexual (no en todos los casos)
- ⌘ Ansiedad
- ⌘ Estrés
- ⌘ Desamparo
- ⌘ Disfunción familiar
- ⌘ Problemas en las relaciones
interpersonales

Lafrance, 2006

Diferencias clínicas entre eventos no epilépticos y crisis epilépticas

Características de la crisis	Eventos no epilépticos	Crisis epilépticas
Inicio y evolución	Es gradual y fluctuante	Abrupto, a veces aura
Factores precipitantes	Muy frecuentes (alteraciones emocionales y del entorno familiar)	Pueden hallarse o no
Movimientos	Asincrónicos, asimétricos, con algún propósito, opistótonos, movimientos cefálicos de un lado a otro y puede resistirse la apertura de ojos	Sincrónicos, simétricos Automatismos oromandibulares
Duración	En general prolongadas, más de cinco minutos, pueden durar horas	Breves, en general menos de tres minutos
Emociones	Gritos y llanto, contenido emocional durante la crisis	Menor contenido emocional, si hay grito puede ser al comienzo, puede sentir miedo ictal
Esteriotipía	Las crisis suelen ser variables en un mismo paciente	La misma semiología en todas las crisis
Alteración de la conciencia	Puede haber recuerdo parcial o amnesia del episodio	Ruptura de contacto, amnesia posterior a la crisis

Factor de riesgo en el desarrollo de un episodio no epiléptico

- ⌘ Trauma emocional
- ⌘ Trauma físico
- ⌘ Trauma sexual
- ⌘ Trauma cerebral
- ⌘ CI bajo

Diez por ciento (10 %) de personas con eventos no epilépticos tienen convulsiones epilépticas, cifra que aumenta en un treinta por ciento (30 %) en pacientes con eventos no epilépticos más un CI bajo.

*Los pacientes con epilepsia
pueden presentar eventos no
epilépticos*

Comorbilidades frecuentes en los eventos no epilépticos

⌘ Depresión

⌘ Trastorno de ansiedad (Trastorno
por estrés post traumático)

⌘ Trastorno límite de personalidad

Los eventos no epilépticos se diagnostican con video-EEG. Sin dicho estudio la capacidad para diferenciar un evento no epiléptico de un evento epiléptico tiene un 50 % de especificidad.

Síntomas psiquiátricos en la epilepsia

Ansiedad

Son a menudo una característica de la crisis

Pensamientos anormales transitorios

Alucinaciones

Pánico

Comorbilidades en eventos epilépticos

& Depresión

& Ansiedad

& Psicosis

Psicosis en los eventos epilépticos

Presentación polimorfa

Alteración del estado del ánimo

Delirios paranoides (contenido
místico religioso)

Altos niveles de ansiedad (miedo a
morir)

Alucinaciones auditivas (voces de
mando)

Compromiso del estado de
conciencia variable

*Aprender a ser prudentes, a esperar
otros matices detrás de lo florido.
A usar adecuadamente la duda para
plantear otras posibilidades*

Muchas gracias

Bibliografía

* Revista Vertex N° 116: “Crisis no epilépticas de origen psicógeno”, 2014

*Proapsi: “Programa de actualización en psiquiatría: Trastornos psiquiátricos en las epilepsias” 2016

*Revista Psychiatric Times: “Actualización sobre convulsiones psicógenas no epilépticas”, 2016

*Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente: Cap. XVII “Trastornos Somatomorfos”, 2010

*Escritos de Psiquiatría y Psicoanálisis, “La tolerancia de síntomas en pediatría”, Winnicott, Donald, 1979.