

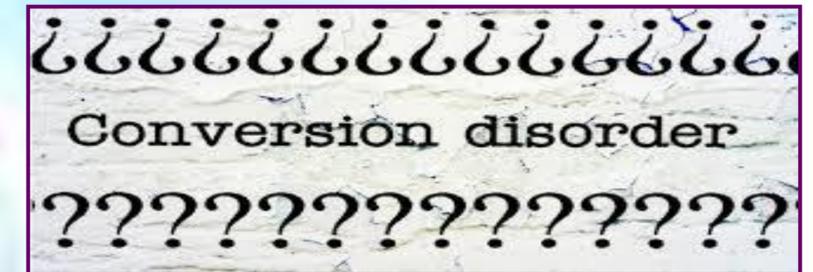
TRASTORNO CONVERSIVO CON MANIFESTACIÓN SENSITIVO-MOTORA EN ADOLESCENTE

V. López-Marina ^a; R. Alcolea García ^b; G. Pizarro Romero ^c; T. Rama Martínez ^d.

EAP Piera ^a; EAP Besós ^b; EAP Badalona 6-Llefiá ^c; EAP Masnou ^d. ICS. Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

En el **trastorno conversivo** o neurosis histérica se presentan síntomas del ámbito neurológico que no proceden de ninguna enfermedad física ni se pueden explicar por ella. Presentamos el caso de una adolescente con trastorno conversivo con manifestación sensitivo-motora.



DESCRIPCION SUCINTA DEL CASO:

- Mujer de 16 años, hija de padres con divorcio traumático reciente. Acude por cojera y disestesias en pierna izquierda (EII). **Exploración:** fuerza en EII 3/5; nivel sensitivo T11-12 izquierdo. Se deriva a **URGENCIAS** e ingresa en **NEUROLOGÍA** con el diagnóstico de **SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETO**. **Analítica:** serologías e inmunología normales. **Hemo y urocultivo:** negativos. **Electrocardiograma:** bradicardia sinusal a 50x'. **Radiografía (Rx) Tóraco-Lumbar:** escoliosis. **Eco-Doppler de EII y Rx Tórax:** normales. **Tomografía Abdomino-pélvico, Resonancia Craneal y Dorsolumbar:** normales. **Líquido cefalorraquídeo:** bioquímica, cultivo y serologías normales.
- Ingresada mostró dudosa paresia facial bilateral, paresia y dolor de brazo izquierdo, con **exploración** normal. Se orienta como posible **TRASTORNO CONVERSIVO**, confirmándolo **PSIQUIATRÍA**. Se abordó con un equipo multidisciplinar (médico de familia, enfermería, psiquiatra y psicólogo), con buena evolución.

FIGURA 1

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

- El **trastorno conversivo** es **poco incidente** (0,85-4%) y sus principales manifestaciones son **neurológicas**. Su **diagnóstico** se basa en el desencadenante psicológico, clínica y la no demostración de patología orgánica (**figura 1**), debiéndose **diferenciar** del trastorno somatomorfo, enfermedad facticia, simulación, depresión, ansiedad y trastorno histriónico.
- En su **abordaje terapéutico** es esencial utilizar **equipos multidisciplinarios** donde el **médico de familia** es muy importante por ser la puerta de entrada al sistema, por su accesibilidad y por la función de coordinador que puede hacer dentro de ellos. En estos pacientes es de vital importancia la buena relación médico-paciente para tener un **mejor pronóstico**.

Uno o más síntomas o déficit que afecten las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

A. Se considera que los factores biológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

B. El síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

C. 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 una experiencia culturalmente normales.

D. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

E. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

FIGURA 3. Criterios Diagnósticos para Trastorno de Conversión (DSM IV-TR)

BIBLIOGRAFÍA:

[**KEY WORDS:** **Conversive disorder, diagnosis**]

1. Río-Casanova LD, González A, Páramo M, Brenilla J. Excitatory and inhibitory conversive experiences: neurobiological features involving positive and negative conversion symptoms. Rev Neurosci. 2016;27(1):101-10.
2. García-Campayo J, Fayed N, Serrano-Blanco A, Roca M. Brain dysfunction behind functional symptoms: neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. Curr Opin Psychiatry. 2009;22(2):224-31.