Niña de 11 años de edad que ingresa en el Hospital Universitario Materno-Infantil de la Vall d'Hebron de Barcelona, presentando un cuadro de agitación psicomotriz, hipertonia, no capaz de caminar, mutismo y delgadez extrema. Estos síntomas desaparecen parcialmente de forma espontánea siendo capaz de hablar, caminar, reconocer a sus familiares y el lugar donde se encuentra. Esta recuperación es transitoria, y a los 15-20 minutos reaparecen los síntomas anteriores. Durante el período que llamaremos intercrítico, habla con frases ininteligibles de situaciones cotidianas pero su discurso carece de coherencia aparente, aunque es capaz de responder ante una orden verbal simple. En ocasiones el habla es infantilizada.

FAMILIA

Padre de 49 años; madre de 46; hermano mayor de 28 años independizado, casado y con una hija de 20 meses (viven en el vecindario); hermano de 26 años, desaparecido a los 16 años de edad; hicieron múltiples investigaciones, sospechan que fue seducido por algún grupo sectario. La enferma tenía menos de un año cuando esto ocurrió y vino a ocupar el vacío del hermano. Cuando aparecieron los primeros síntomas que han motivado el ingreso, la familia estaba tramitando la búsqueda del hermano a través de un programa televisivo donde al parecer encuentran personas desaparecidas; hermanas de 24 y 20 años conviven con la niña y hacen funciones maternas.

La actitud es de sobreprotección, facilitación. Niña cuidada pero escasamente estructurada.

La familia tiene un negocio propio que mantiene a los padres muchas horas ocupados. Viven en una ciudad pequeña a más de 100 Km del hospital donde es atendida.

Antecedentes familiares

Abuela materna con trastorno fóbico-ansioso postmenopáusico. Tío del padre con un trastorno mental.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo no planeado, rechazado al principio con ulterior aceptación.

Normalidad orgánica durante el proceso de gestación/parto. Lactancia materna hasta los tres meses. Organizadores afectivos y desarrollo psicomotor del primer año de vida normales.

No observaron trastornos de conducta hasta la aparición de los síntomas que motivan el ingreso, a excepción de bajo nivel en el rendimiento escolar (repitió 2º de EGB). Era una

excelente bailarina y esquiadora. Lateralidad de predominio derecho homogénea. Sociabilidad según la familia normal.

Aportan estudio psicométrico con Q.I.=105, llamando la atención el decalaje existente entre el verbal=87 y el manipulativo=122. En el estudio de personalidad destacaba escasa tolerancia a la frustración, con ansiedad ante situaciones que ella considera abandonadas, por no prestarle la familia la atención demandada.

CRONOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

Ocho días antes del ingreso presenta tristeza y llanto sin motivo aparente. A las 24 horas se asocian abdominalgias y vómitos postprandiales. Es diagnosticada de posible proceso gripal y tratada con antieméticos. No presentaba fiebre y los vómitos desaparecen pero inicia rechazo al alimento. Tiene apatía, melancolía, palidez y pérdida de peso rápida y progresiva (unos 7 Kg. en una semana). Esta situación alterna con irritabilidad, habla con tono exigente y adultizado, insomnio (se niega a dormir) chupeteo, agitación psicomotriz, movimientos incontrolados, hipertonia muscular y gestos de negación con la cabeza, habla de forma ininteligible palabras sueltas y frases a medio terminar. A continuación se instaura el cuadro clínico descrito en el momento del ingreso.

Se efectúa examen neurológico y electroencefalográfico de urgencia para descartar enfermedad orgánica. Ambas exploraciones son negativas. Se observa hipertonia e hiperreflexia en extremidades inferiores y superiores (más marcada y fluctuante en las inferiores). El EEG está muy artefactado pero no se observa trastorno bioeléctrico específico.

Las exploraciones se efectúan durante la primera semana de ingreso en el hospital, siéndole practicado TAC cerebral, resonancia magnética cerebral, estudio de LCR y analítica general, con resultados negativos.

A lo largo de la primera semana de hospitalización se inicia alimentación por sonda y tratamiento con carbamazepina 100 mg/8 h y clorpromazina 10 mg/8 h (el peso de la enferma era de 24 Kg.) con la finalidad de mantenerla ligeramente sedada y poder efectuar estudio de su estado mental a la vez que se descartaban trastornos neurológicos.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Trastorno neurológico (proceso expansivo endocraneal,...)
- Epilepsia psicomotora o de conversión.
- Trastorno disociativo.
- Trastorno psicótico.
- Despersonalización.
- Simulación

Evolución

El cuadro clínico no mejora; la situación ya descrita se hace continua: se arquea en la cama adoptando postura en opistótonos, con agitación alternante y las extremidades en hiperextensión, con pies en posición de danza clásica. No duerme pero mantiene los ojos cerrados, que abre esporádicamente. Emite sonidos y no responde a órdenes ni estímulos ya sean cariñosos o de exigencia.

Se instaura tratamiento con clotiapina 20 mg/12 h, levopromacina 12,5 mg/6 h, alprazolam 1 mg/6 h, con los que a los dos días se consigue que duerma a intermitencias. Se añade meprobamato 200 mg/8 h y se incrementa la Levopromacina a 100 mg en cuatro dosis/día. A los tres días duerme pero persiste cierta hipertonía más evidente en extremidades inferiores. Se practica EEG de sueño que fue normal. A los 15 días del ingreso inicia respuesta breve a órdenes simples, posteriormente la alimentación se va normalizando y progresivamente camina, primero con ayuda y después sin ella, pero lo hace a la "pata coja". La exploración neurológica fue negativa pero la impresión es de que existía una pequeña rotura fibrilar en tobillo por lo que podía resultar discretamente doloroso el apoyo del pie. habla escasamente pero comprende y responde preguntas con gestos y alguna palabra. Se muestra en alguna medida colaboradora.

Se aprovecha esta posibilidad de comunicación y los resultados de las indagaciones hechas a la familia para poderse explicar el desencadenante de tan aparatoso cuadro clínico. A petición de la niña y el padre, y en una conversación entre los dos, se relata de forma entrecortada los siguientes hechos: unos días antes del inicio de la clínica, la enferma y una amiga suya practicaron juegos eróticos con un niño de 12-13 años, sin violación ni agresión. Después de esta conversación, se inicia mejoría, lenta pero progresiva. La dosis de neurolepticos se suspenden lentamente y se sustituyen por perfenazina y amitriptilina (2/10) y se mantiene el Alprazolam. Es dada de alta hospitalaria al mes justo del ingreso sin restitución a la normalidad, pero la paciente comía y caminaba (a la pata coja). Hablaba aunque mantenía conductas regresivas y de manipulación que cedían ante actitudes de contención. Pasa unos 15 días con familiares en Barcelona con presencia de la madre. La recuperación es lenta y posteriormente se remite a su domicilio habitual indicando psicoterapia individual interpretativa y proseguir con el tratamiento farmacológico. La psicoterapia no se puede iniciar de inmediato y en nuestro servicio es controlada mensualmente. En el primer control observamos que ha aumentado de peso, se comunica aunque de forma infantilizada, tiene una actitud manipuladora y observamos hipotrofia de la extremidad inferior, hipofuncionante por haber seguido desplazándose con un sólo pie. Se indica rehabilitación y la recuperación es total.

A los cuatro meses y medio del inicio del trastorno, se efectúa un cambio brusco casi en 24 h "es la niña de antes". No había iniciado la psicoterapia y estaba bajo tratamiento farmacológico y asesoramiento familiar. Seis meses más tarde de ser dada de alta se mantenía asintomática. El seguimiento se hizo durante tres años, y no ha experimentado recaída.

DIAGNÓSTICO. EPISODIO DISOCIATIVO (O DE CONVERSIÓN) EN NIÑA PREPÚBER (ICD10 F44.)

Comentario

La aparatosidad del cuadro clínico, la resistencia a ceder ante el tratamiento farmacológico, la escasa incidencia de estos cuadros a estas edades, la necesidad de efectuar un diagnóstico diferencial con organicidad y cuadros psicóticos, la mejoría progresiva, que no inmediata después del proceso abreactivo, poniendo en evidencia que el desencadenando fue el juego erótico en una personalidad vulnerable, la suma de factores familiares y personales previos al episodio, el poder tener constancia de su evolución sin recaídas durante tres años y medio, hacen que consideremos de interés la publicación de dicha historia.

Es difícil efectuar un pronóstico a largo término pero no creemos que se pueda hablar de una estructura neurótica. No es infrecuente observar en niños episodios agudos que luego no se repiten pero creemos que debe mantenerse la alerta ante situaciones de cambios en su trayectoria vital (por ejemplo inicio de relaciones íntimas, independización, cambios de domicilio o de actividad laboral, elección de pareja, matrimonio, maternidad...), es decir, situaciones en las que se precise una buena capacidad adaptativa.

La incidencia de los síndrome disociativos en la infancia es de 1,3%-5% si el estudio se efectúa en la clínica paidopsiquiátrica (Goodyer, 1981; Herman y Simons, 1975; Proctor, 1958), en consulta pediátrica remitida a paidopsiquiatria es del 4%-22%. (Herman y Simons 1975, Maloney 1980, Siegel y Barthel 1958). Creemos que esta disparidad es probablemente atribuible a que el diagnóstico en pediatría se aplica posiblemente con menor rigor que en paidopsiquiatria.

En prepúberes la incidencia de este proceso es prácticamente igual en varones-hembras según Kaplan (1985) y Steven (1986), sin embargo, Goodyer (1981), Volkmar y cols. (1984) observan un predominio en niñas. En nuestra experiencia es más frecuente en niñas.

*L. Teixidó Masip, J. Tomás Vilaltella
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Servicio de Psiquiatria. Barcelona*