

Coordinación***Carina Ricciardi***

Médico Psiquiatra.
Profesora Adjunta de la Clínica
Psiquiátrica.

FP: EEE; 43 años, casada. Separada desde hace tres meses, cuando por decisión propia pasó a vivir sola en un apartamento vecino a la vivienda que habitan su padrastro, un tío y una tía de la paciente. Tiene cuatro hijos del matrimonio, de entre 16 y 24 años de edad. El menor vive con su padre y los tres mayores están casados y viven en forma independiente. Una hija (gemela de su hijo menor) fallecida a los pocos meses de vida por un proceso infeccioso. Tiene cuatro nietos pequeños. No trabaja desde fines de 1999.

MC y EA: La paciente fue captada por la policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas en enero de 2000, cuando se encontraba internada tras una histerectomía por miomatosis. Se solicitó la interconsulta por síntomas depresivos y de angustia en relación con la intervención. Se le diagnosticó un episodio depresivo mayor. Fue medicada con fluoxetina y benzodiazepinas, y se le sugirió consulta con psicología médica. En la evolución, tuvo complicaciones postoperatorias varias, entre ellas, abscesos tubo-ováricos bilaterales, requiriendo reintervención para ooforectomía bilateral. La hospitalización se prolongó por unos seis meses, siendo vista por psiquiatra reiteradamente, y continuando luego su seguimiento en policlínica hasta la fecha, donde la paciente en general se ha presentado con actitud pueril, demandante, quejosa y reivindicativa.

Desde su internación ginecológica comenzó a presentar lipotimias frecuentes, caracterizadas por caídas al piso con pérdida parcial de conocimiento, prolongadas (de hasta más de dos horas de duración), sin mordedura de lengua ni pérdida de control esfinteriano, y sin movimientos anormales. En ese mismo período relata haber tenido episodios de amaurosis reversible y disminución de fuerzas y alteraciones de la sensibilidad en hemicuerpo

derecho. Trastorno de la marcha variable, que no sigue un patrón neurológico conocido. Desde la histerectomía ha necesitado usar pañales a permanencia hasta ahora, por incontinencia urinaria, y ocasionalmente fecal.

Los síntomas motores y sensitivos deficitarios se acentuaron globalmente a lo largo del año posterior al alta hospitalaria, y, aunque han tenido fluctuaciones en intensidad, persisten hasta la fecha. Las lipotimias se repitieron hasta febrero de este año. En los registros de la historia clínica del seguimiento, su forma de hablar se venía describiendo como “aññada”, pero desde hace aproximadamente un año y medio a dos años, se destaca una clara dificultad en la articulación de la palabra que parece haberse instalado en forma progresiva, siendo variable pero sin remisiones. La paciente relaciona el agravamiento de los síntomas con la ida del hogar de una de sus hijas casadas con su familia, afectándola especialmente la separación de su nieta.

Paralelamente, ha presentado fenómenos seudoperceptivos visuales (“como una nube blanca que viene y se va”) y auditivos (“siento el llanto de mi hija fallecida... la voz de ella que me llama...”), sin un correlato delirante a nivel ideico, con crítica clara de los mismos, y en contexto de angustia intensa. Además ha tenido reiterados episodios de fugas, encontrándose de repente en determinado lugar sin saber cómo llegó hasta allí (“...me he perdido por la calle varias veces... Me siento un rato, me tranquilizo y me ubico de nuevo”). Se queja de alteraciones mnésicas de difícil sistematización: “No me acuerdo de las caras de la gente que me saluda por la calle en el barrio”. No puede recordar a qué edad murió su hija ni ordenar cronológicamente con precisión aspectos de su biografía y, especialmente, la secuencia de instalación de sus síntomas.

Desde la histerectomía hasta la fecha, ha padecido tristeza, desánimo y desganado con clara

reactividad al entorno. Puede, sin embargo, disfrutar de sus nietos: “Me hace muy bien estar con ellos; me siento feliz”. Se destacan intensos sentimientos de minusvalía en relación con las limitaciones funcionales impuestas por sus síntomas: “Siento impotencia... Estoy matando de a poco a mi marido, por eso me mudé...”, “Le digo que se busque otra mujer...”, “Me angustia depender de los demás... Yo trabajaba y le di todo a mis hijos mayores, pero con el menor me siento en falta....”

Autorreproches. Pesimismo de futuro. Ideas de muerte y ocasionalmente de autoeliminación: “No lo he hecho por mi marido y mis nietos”. Llanto fácil, con opresión precordial y disnea frecuentes, con desencadenantes emocionales claros.

Insomnio de mantenimiento a pesar de la medicación; apetito conservado.

En cuanto a sus desempeños, se objetiva una alteración pragmática global desde 2000 a la fecha. Nunca volvió a trabajar; hace muy pocas tareas del hogar. Refiere: “Mi tía me ayuda a bañarme y a comer; me corta la carne”. Sin embargo, se traslada sola diariamente al hospital, viaja en ómnibus, concurre a la iglesia (católica), y frecuentemente se hace cargo de 1 ó 2 de sus nietos por vez durante varias horas al día: “Me divierto mucho y me siento protegida por ellos... [tienen entre tres meses y cuatro años de edad] Les cocino, los baño, los peino, les canto y juego con ellos”. Refiere tener buen vínculo con su esposo, que la llama diariamente y la visita los fines de semana. Anorgasmia y otras dificultades sexuales desde la histerectomía. Buen vínculo con hijas y yernos. Discusiones frecuentes con su hijo adolescente, al que actualmente ve poco.

APP: “IAE impulsivos, el primero a los 19 años tras emigración transitoria a Brasil de su esposo estando la paciente embarazada, y el segundo a los 27 años en contexto de duelo por pérdida de su hija. En ese período fue tratada con diazepam por médico general: “Estábamos viviendo en un país extraño [Brasil], y mi otro hijo estaba en CTI”.

Dos internaciones psiquiátricas sanatoriales (no precisa fecha; después de los 30 años) por episodios depresivos, con buena evolución

posterior y abandono del tratamiento (entre otros fármacos, recibía pipotiazina mensual, con intolerancia por síntomas extrapiramidales).

AF: Refiere que su madre ha padecido “depresión”. Hija epiléptica.

Biografía

Nació en Montevideo. Tiene seis hermanos por línea materna. Es hija natural. Sus padres convivieron por pocos meses. Su padre era policía y no lo conoció hasta los 15 años. Ha mantenido con él un contacto esporádico, transmitiendo del mismo una imagen idealizada. Refiere que su madre era prostituta. “Yo no la quiero... Nos maltrataba... Nos encerraba por días y los vecinos tenían que pasarnos comida por la ventana”. Padrastro alcoholista. Su tía (que la cuida actualmente) se hacía cargo de la paciente y sus hermanos por períodos. Primaria hasta 3º con dificultades de aprendizaje, repitiendo varias veces. Adquirió lectoescritura (con errores), y cálculo elemental en la edad adulta.

Relata intento de abuso sexual, a los 14 años de edad, por parte de su padrastro.

Trabajó desde los ocho años como doméstica con cama.

Conoció a su esposo (de su edad) a los 17 años, y se casaron a los dos meses: “Me aferré a él porque no tenía a nadie; estaba vacía”. Lo describe como dócil y protector.

Ella se describe como impulsiva, con baja tolerancia a las frustraciones, y con tendencia a la auto y heteroagresividad. Crisis clásicas frecuentes.

Siempre ha tolerado mal las separaciones y pérdidas. Se define como coqueta, conversadora, sociable. Amistades superficiales.

En la adultez tuvo trabajos varios, con buen desempeño, según refiere. Trabajó en un jardín de infantes durante unos siete años, hasta 1998.

El esposo de la paciente confirma la totalidad de los datos y se muestra interesado y preocupado por ella.

Del examen psiquiátrico se destaca la dificultad en la comunicación y el vínculo por

su disartria, aunque colabora activamente y es muy expresiva y por momentos dramática. Presenta buen estado general. Aseada y aliñada. Se muestra como pueril. Expresa satisfacción por ser escuchada con tiempo. No presenta alteraciones de conciencia. Se encuentra tranquila, aunque por momentos se angustia intensamente con relación a contenidos dolorosos de su relato. Su pensamiento es relativamente concreto, aunque coherente y finalista.

Es permeable ante la eventualidad de la probable naturaleza psicógena de sus trastornos.

Del examen neurológico, a cargo de la Dra. Cristina Vázquez (Profesora Adjunta de Neurología), se destaca: disartria fluctuante para todos los fonemas, que se cataloga como funcional. No anomias ni parafasias. Praxia ideomotriz: s/p. Pares craneanos: s/p. Temblor cefálico variable, que se cataloga de psicógeno. Tono normal; no espasticidad. Fuerzas disminuidas a derecha. Reflejos ósteo-tendinosos simétricos. No Babinski. Posición de pie derecho en varo-equino, reductible. Anestesia de cara y miembros derechos. Coordinación: s/p. No signos extrapiramidales.

Medicada con sertralina (50 mg/día), clonazepam (4 mg/día), olanzapina (2.5 mg/día), flunitrazepam (2 mg/día). Recibe además comitoína (2 compr./día), indicada por neurólogo, y también se le ha indicado donepecilo por períodos.

El cumplimiento de la medicación es irregular.

Concurre diariamente al servicio de fisioterapia del hospital, donde se encuentra en rehabilitación motora (y en alguna consulta se le diagnosticó fibromialgia), y semanalmente a fonoaudiología, donde se destaca la prolija caligrafía de su cuaderno, escrito con la mano parética. En ambos servicios se siente muy a gusto y continentada. Tiene además consultas periódicas en gastroenterología, donde recibe tratamiento por dispepsia hiperesténica y constipación.

En ginecología recibe terapia de sustitución hormonal (que puede cumplir en forma irregular). No mantuvo el vínculo con los ginecólogos que la operaron (“Cuando los veo, me tiembla todo y me dan ganas de golpearlos”).

Ha tenido varias consultas en la clínica neurológica y en el servicio de epilepsia, descartándose alteraciones orgánicas. Sin embargo, la paciente se adhiere a la hipótesis de “epilepsia” y “organicidad” que le plantea uno de los especialistas que ha visto, y que le indicó el tratamiento con comitoína a dosis bajas desde abril de 2003.

En urología ha recibido tratamiento para la incontinencia, y en el servicio de proctología descartaron patología del esfínter anal.

Con respecto a la paraclínica, ha sido profusamente estudiada:

- La valoración neuropsicológica revela “alteraciones atencionales, trastornos mnésicos de origen psicógeno, y disartria funcional”.

- Tiene varios EEG normales.

- TAC y SPECT de 2003 normales.

- SPECT de 2004 evidencia “defectos en la perfusión frontal izquierda en sector mesial, y en corteza ténporo-parietal posterior derecha”.

- RMN reciente: “No alteraciones anatómicas... No anomalías en la distribución de la sustancia gris... Ventrículos y cisternas s/p... Ausencia de señal en cerebral media derecha (hallazgo inespecífico)”.

- Estudio urodinámico objetiva incontinencia urinaria de esfuerzo pura.

Ha sido derivada para trámite de pensión por incapacidad.

Nos parece oportuno traerla a la discusión del Ateneo por las siguientes razones:

- Gravedad, mala evolución clínica y tendencia a la cronificación del cuadro.

- Interés docente del caso, para profundizar en aspectos clínicos, psicopatológicos y nosográficos.

- Necesidad de debatir sobre aspectos del manejo médico (incluido el psiquiátrico) de la paciente que pueden haber influido negativamente en su evolución y pronóstico.

- Especial interés en la opinión de colegas de experiencia sobre probables alternativas de tratamiento.

Entrevista con el paciente

–**Dr. Ángel Ginés:** Bueno, usted ya ha estado con nosotros en algún ateneo en el Hospital de Clínicas; por eso hay gente que la conoce y otros que no. A mí me gustaría que usted explicara cuál es su situación actual y cómo se ve usted.

–**Paciente:** Esto acá, me veo que no pedo salir sola... en un pozo de cuatoo anos, no veo no veo no veo recuperasón, yo quero salir, no puedo salir. Ahora me fui a vivi sola, no ecuto música, estoy encerrada a ocura.

–**Dr. A. Ginés:** Esta dificultad que usted tiene para hablar, ¿es siempre igual, o en algún momento con otra gente puede conversar mejor?

–**Paciente:** Lo único que cando está marido es mejor, con mis netos... [No se entiende.]

–**Dr. A. Ginés:** ¿Habla como sus nietos usted?, porque ellos deben hablar igual que usted, o ¿se les entiende más a sus nietos que a usted?

–**Paciente:** Me entienden ben.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Usted ha probado leer en voz alta? ¿Lee bien si lo hace en voz alta?

–**Paciente:** Leo con el fonatra y leo, mi hijo dice que no habe.

–**Dr. A. Ginés:** Vamos a hacerle leer un texto.

–**Paciente:** Ateneo de revita de psicatría del Uruguay, ses de setembe, pacente 43 anos, caasada...

[Mientras se le hace la prueba de ensordecimiento].

–**Dr. A. Ginés:** Así que está hablando como los nietos. ¿Usted cuidó niños durante mucho tiempo, niños de jardinera?

–**Paciente:** [No se entiende.]

–**Dr. A. Ginés:** Usted sabe que la han estudiado bien sobre este problema de poder comunicarse y de hablar así, y no le han encontrado mucha cosa, parece que su cerebro anda bastante bien.

–**Paciente:** [No se entiende.]

–**Dr. A. Ginés:** Usted nos dijo que se siente muy abatida, como si estuviera en un pozo. ¿Qué cosas quiere resolver y mejorar? ¿Qué le parece que pasa con su vida?

–**Paciente:** Quero salir a fote, y tabajar como antes, me iba de madugada y venía de note, yo era cociera... Quero esta co antes [llora], deja los panales.

–**Dr. A. Ginés:** Por lo que dice su historia, todo comenzó después de esta operación que le hicieron. ¿Antes de operarse estaba bien?

–**Paciente:** [Llora.] Yo estaba ben, me mató, me etaba pudendo y mi eposo me decía y no me hacía cosas, me etaba pudendo en el hopital.

–**Dr. A. Ginés:** Usted dice que se estaba pudriendo en el hospital, pero antes de la operación ¿qué problema tenía, por qué se operó?

–**Paciente:** Poque tenía hemorragia.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Usted quería operarse?

–**Paciente:** Yo no quería que me operara el dotor... poque yo había vito todo lo que etaba haciendo con los patentes, todas salían con infesón, no quiría que me operaa...

–**Dr. A. Ginés:** Usted en realidad estaba de acuerdo con que la operaran pero no con el médico que estaba a su cargo, quería otro médico.

–**Paciente:** [No se entiende.]

–**Dr. A. Ginés:** ¿Cuántas veces fue al quirófano para operarse?

–**Paciente:** Do vece, peo me abían a pedazo y me sacaba lo podido paa afera.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Usted pasó unos días bien después de la primera operación o enseguida empezaron los problemas?

–**Paciente:** Hubo deas ben... [No se entiende.]

–**Dr. A. Ginés:** ¿Esta dificultad que usted tiene para hablar y comunicarse, habla como si fuera una niña pequeña, apareció ya estando en el hospital o cuando ya estaba de alta?

- Paciente:** Cando yo me caía dento del hospital... y no sintía eta pate derecha.
- Dr. A. Ginés:** En ese momento, ¿los médicos tenían tanta dificultad para entenderla como ahora o se le entendía mejor en esa época?
- Paciente:** Yo hababa ben, etuve muto tempo intenada.
- Dr. A. Ginés:** ¿Usted piensa que esto de la operación ha sido lo peor que le ha pasado en su vida, o usted recuerda otras cosas tan penosas como estas?
- Paciente:** Cando pedí a mi hija, pedo eta fue pior que cando pedí a mi hija.
- Dr. A. Ginés:** Pero el recuerdo de su hija aparece también, porque usted la escucha, siente su voz, es como si los dos fenómenos más terribles de su vida se hubieran juntado.
- Paciente:** Me llama, yo me quero mori poque no quero segui así, no sivo paa nada. [Llora.]
- Dr. A. Ginés:** De todas las cosas que le están pasando ahora, ¿a usted cuál le resulta más molesta? ¿No poder hablar?, ¿no poder mover el brazo?, ¿no poder controlar el orinarse?
- Paciente:** No pode se co era ante.
- Dr. A. Ginés:** Yo leí en la historia que hay momentos en su casa que pasa mejor. Por ejemplo, cuando está con sus nietos disfruta de esa actividad.
- Paciente:** Sí, me guta estad con mis netos.
- Dr. A. Ginés:** A usted, volver a ser como era antes, aparte de no tener estas cosas, ¿qué cosas le gustaría hacer?
- Paciente:** Tabaja con los ninos.
- Dr. A. Ginés:** Si usted volviera a estar como antes, ¿volvería a vivir con su esposo o esto es definitivo? ¿Por qué se separó?
- Paciente:** Que se buque ota mujer, poque yo no sivo como mujer. Yo me llevo ben.
- Dr. A. Ginés:** ¿Usted se separa para liberarlo a él?
- Paciente:** Poque io le peio mucho, depés que me fui. Entonce quero etar sola, me veo con mi hijo y mi maido y con mis netos. Me sento copabe de eso, el dinero se va pa los remedos y compar los panales.
- Dr. A. Ginés:** ¿Usted tiene tres hijas y un varón?
- Paciente:** Dos ninas y do varone. Mi hija, la mayo, vive en el centu y despés de tabajar pasa por acá... y mi hija me va a bucar y me deja a mi neta.
- Dr. A. Ginés:** ¿Están preocupados en su familia por lo que le pasa?
- Paciente:** Mi marido quiere mudarse, yo le etaba dando muto, pero no quero que se mude comigo.
- Dr. A. Ginés:** Usted convive con su tía y su padrastro, ¿por qué eligió esa casa?
- Paciente:** Po que yo vivía con mi abelos y me llevaba a pasar al Cero.
- Dr. A. Ginés:** O sea que usted en muchas de las cosas ha vuelto a cuando era una niña pequeña, en su manera de hablar... Está como volviendo a ser niña.
- Paciente:** Me hace setir ben estar con los ninos, me sento potegida, le teno medo a la gete gande.
- Dr. A. Ginés:** Yo entendí que su esposo fue una persona que la protegió mucho y la ayudaba mucho, ¿pero ahora no siente que esto pueda ser así?
- Paciente:** [No se entiende.]
- Dr. A. Ginés:** ¿En su casa usted hace alguna tarea, limpia, cocina?
- Paciente:** A vece fego.
- Dr. A. Ginés:** ¿Cómo fue su niñez?
- Paciente:** Fue horrible, quisera ayuda a los ninos del mundo que están desnutados.
- Dr. A. Ginés:** Usted empezó a trabajar a los ocho años, era una niña pequeña para eso, y además iba a la escuela.
- Paciente:** Mi mamá me sacaba paa ir a tabajar a una casa, salía de una y me metía en ota. Tuve muto tempo tabajando en las casas.
- Dr. A. Ginés:** ¿Hubo alguna casa donde se llevó bien con los patrones?

–**Paciente:** En el jardín, porque yo le dije a la directora lo que yo había hecho do intento de suicido y me explicaron que igual estaba ata para estar con niños.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Qué le hacían hacer en las casas cuando usted tenía ocho años?, ¿hacía limpiezas o se encargaba de los niños?

–**Paciente:** Hacía las limpiezas y me encargaba de los niños.

–**Dr. A. Ginés:** Usted siempre se llevó bien con los niños, ellos la quieren a usted.

–**Paciente:** Sí.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Qué piensa de aquí para adelante? ¿Usted piensa que va a recuperar en parte la persona que fue o no tiene esperanzas?

–**Paciente:** No tengo esperanza porque no he avanzado nada. Pido en la iglesia que me ayuden, me patean a mis nietos y mis hijos.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Usted piensa que los médicos podemos ayudarla o los psiquiatras?

–**Paciente:** [No se entiende.]

–**Dr. A. Ginés:** Pero usted va con mucho gusto a la rehabilitación, ¿se siente bien con la fonoiatra?

–**Paciente:** Me siento bien, pero con otro médico me llevo mal, me dice fea, fea.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Ha escrito cosas suyas personales en este cuaderno, como cuando uno escribe un diario?

–**Paciente:** Anote hice todo lo que me dijo la foniatra, equibí cuando esto sola.

–**Dr. A. Ginés:** Sería muy importante que usted escribiera lo que le pasó en la infancia.

–**Paciente:** No quiero hablar de eso.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Usted duerme bien?

–**Paciente:** No, a veces son las ses de la mañana y estoy despierta, hay notes que estoy toda la noche despierta.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Tiene sueños usted?

–**Paciente:** Sí, con mi hija.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Son desagradables esos sueños?

–**Paciente:** Si... si no me hubiera operado hubiera tenido más hijos, cuando tenía veintiseis años.

–**Dr. A. Ginés:** ¿Así que esos sueños no son agradables, sino más bien que son pesadillas?

–**Paciente:** Mi hijo me dice porque no se muró con la hermana, cuando nos peleamos.

–**Dr. A. Ginés:** Vamos a ver si alguien quiere hacer una pregunta más.

[Al Ateneo] Ella en parte quiere comunicarnos muchas cosas que quedan a la vista pero, por otro lado, en la medida que habla como una niña, la conversación se hace muy difícil.

[A la paciente] Usted nos dejó muy interesados en lo que dijo y nos hizo comprender su sufrimiento, pero, sin embargo, por el modo como usted los comunica hace que sea difícil profundizar en su sufrimiento; a usted le ayudaría mucho, ya sea por la escritura, ya conversando con alguien, porque hay una historia llena de dolores para hablar.

–**Paciente:** Le digo una cosa, que quiero estar con mis nietos.

Discusión

Dr. Mario Orrego: Más allá de los datos de la presente entrevista, es necesario para completar la información que los colegas que conozcan otros estados evolutivos de la paciente realicen aportes complementarios.

Dr. Juan Carlos Alcántara: Quiero mencionar el punto de vista nuestro, que tampoco es compartido por otros neurólogos, colegas de mi especialidad. Cuando la paciente llegó a nosotros, nos impresionó que el trastorno de la palabra que tenía era un trastorno orgánico; un trastorno de tipo afásico, en una paciente que tiene una dificultad motora del lado derecho, con un trastorno del lenguaje, era bastante sencillo pensar que tenía un trastorno afásico. Se estudió en ese sentido, y el estudio que figura en la

historia habla de la alteración del lenguaje, de la atención, de la memoria y de que tiene una disartria funcional. Yo diría que más allá del tipo de trastorno del lenguaje que tenga, si esto es orgánico o no, merece por lo menos explorarlo.

En la exploración del lenguaje, yo tengo algunos datos del protocolo que usamos nosotros en el laboratorio. Tenía trastornos en la producción del lenguaje y esto se vio durante toda la entrevista. Tenía trastornos de la tercera articulación de la palabra que no necesariamente son disártricos, pueden ser afásicos. Además tenía, en forma más leve, algunos trastornos de la comprensión, en la prueba del Token Test que no podía completar, y en las pruebas de Repetición, aunque podía repetir bien, lo hacía con los mismos errores que en el lenguaje espontáneo y en la denominación de objetos. En toda la prueba de denominación de objetos pudo nombrar bien tres objetos y el resto lo hacía con errores de este tipo. Tenía otro tipo de alteraciones como perifrasis de uso, y aproximaciones a las palabras, de manera que todo esto nos hacía pensar que era un trastorno del lenguaje. En cuanto a la lectoescritura, la enferma tiene lo que nosotros llamamos una pseudo-alexia, porque tiene una comprensión del lenguaje escrito normal, es decir, que ella lee para sí y comprende las órdenes por escrito normalmente y sin embargo está muy impedida de leer en voz alta. Si nosotros consideramos la función de la lectura en voz alta distinta a la comprensión lectora, tiene solo un trastorno en la lectura en voz alta, como se ve en las afasias de tipo anterior, de tipo de Broca. Sobre esta base se hizo la orientación a rehabilitación y está en terapia del lenguaje desde ese entonces, con una buena recepción por parte de la paciente.

A pesar de todas las dificultades sociales y económicas que tiene, ella cumple y tiene buena relación con nosotros y con fisioterapia. Y respecto al déficit motor, cuando nosotros la vimos tenía una marcha en hoz, y junto al trastorno del lenguaje, no pensé en primer término en un trastorno conversivo. En cuanto a la organicidad del trastorno, tiene un pie en varo equino que es reductible, es

decir, que no es una malformación; a lo largo de dos años es difícil mantener eso sin una base neurológica. Además, se reconoce que tiene una hemiparesia derecha, que por su duración de dos años también es difícil de aceptar que no sea de causa orgánica. Lo que sí no tiene son reflejos vivos, yo mismo la examiné. No tiene una hipertonia espástica realmente, pero yo diría que no es normal, y no tiene un signo de Babinski. Yo he visto muchos síndromes piramidales sin signo de Babinski; entonces, respecto al examen neurológico dejaría la duda por lo menos de la organicidad. Después quedaría tocar el tema de los exámenes paraclínicos, no sé si lo van a hablar ahora.

Yo vi a la paciente en enero y en febrero tuvo una serie de caídas con consultas en emergencia, y nosotros en general frente a un paciente que supongo lesionado orgánicamente y tengo la sospecha de que puede tener una convulsión, prefiero no esperar el EEG y evitar que se lastime y comenzar con un anticonvulsivante, comitoína tres comprimidos por día, y como la toleró mal la bajamos a dos comprimidos. Pero el hecho es que después no tuvo pérdidas de conocimiento.

Después los EEG sucesivos que se hicieron fueron normales, incluso algunos con deprivación de sueño; pero tampoco nos sorprende, porque tenemos muchísimos epilépticos con EEG normales. Este es un tema de discusión. Pero yo ante la duda prefiero equivocarme y darle comitoína a un paciente y evitar que tenga crisis y no dejar de darle y tener un paciente con convulsiones lastimado.

Dra. Stella Bocchino: Dado que esta paciente es compleja, para continuar con la discusión y poder aprender todos, ¿tú podrías realizar un planteo diagnóstico? ¿Qué enfermedad podría tener que reuniera el trastorno de la marcha y del lenguaje con estas características?

Dr. J. C. Alcántara: Nosotros estábamos pensando en todo momento que esta enferma, en su complicada historia, porque llevó seis meses

de internación y estuvo séptica gravemente, podría haber tenido una complicación, un aneurisma micótico o un accidente vascular encefálico. La topografía que pensamos es hemisférica izquierda, que involucrara la zona del lenguaje. Por la afasia, sería una lesión frontal izquierda.

Yo estoy descreyendo a veces de la resonancia. Primero descreímos de la tomografía, pues había exámenes normales en pacientes con patología, primero porque era muy pronto y nos pasó con la resonancia en pacientes con hemiplejía que el estudio era normal y decir que era funcional. Eso me pasó personalmente a mí, en pacientes además con una personalidad previa que predisponía: aparatosos, dramáticos, y después repetir la tomografía a las 48 horas y tener el infarto.

El problema acá es que pasó mucho tiempo, la primera tomografía que se le hizo fue en las primeras horas. A medida que pasa el tiempo, desde el punto de vista de la imagen la tendencia es a que se normalice, dependiendo qué sea; a veces uno puede tener un infarto y al pasar el tiempo se presenta como normal.

A esta paciente se le realizó una resonancia magnética, que es muy difícil de conseguirla en el Hospital de Clínicas, pero tuvimos constancia y se pudo hacer.

Los SPECT que se realizaron no son totalmente normales, porque en el del año 2004 aparece una hipoperfusión frontal izquierda y en la resonancia tiene una falta de flujo de la silviana derecha, que no explica su trastorno, porque es homolateral, pero que ellos dicen que sería conveniente estudiar con una angiografía porque inclusive podría haber un aneurisma detrás de eso.

Uno podría tener la hipótesis de que la enferma tiene un aneurisma silviano derecho, y tuvo una hemorragia meníngea o aneurisma micótico por la sepsis, y tuvo un vasoespasmo con infarto del otro lado, y tuvo esta clínica. Esto ya es medicina virtual.

Dr. Gonzalo Valiño: Lo que es ostensible, y creo que en eso estamos todos, es que la

paciente tiene un trastorno del lenguaje. A veces el diagnóstico entre una esquizoafasia y una afasia fluente es difícil, pero a la larga, en el contexto que uno observa al paciente y de acuerdo con la experiencia clínica, nos damos cuenta de que las estructuras psicopatológicas de estos dos pacientes son diferentes. Por lo general en medicina, pero especialmente en psiquiatría, no hay correlación anátomo-clínica. No por tener proteína Tau o acumulaciones de sustancia amiloide, quiere decir que yo sea portador de un Alzheimer. Si no hay elementos clínicos que certifiquen la demencia el diagnóstico no es posible, a menos que generemos la categoría de portador sano. Creo, entonces, que lo importante es analizar el fenotipo clínico, es decir, las características del trastorno del habla, porque hubo momentos curiosos, llaman la atención algunas actitudes que acompañan al relato, y la manera en que se relacionó con el entrevistador. Otra cosa que llama la atención es que con los únicos que se lleva bien es con aquellos que confirman el trastorno. Se trata, dada la evolución, de una paciente crónica. Y pensamos que se adscribe a un trastorno histérico.

Dr. Esteban Gaspar: Si bien el tema que se habló recién acerca del problema neurológico es interesante, yo quería opinar acerca de esta paciente en función de la rica sintomatología que presenta. Además de sus trastornos de lenguaje, de su disartria que estábamos discutiendo, corresponde señalar que tiene indudables síntomas conversivos y disociativos como lo señala la historia. Los síntomas motores, sensitivos, las lipotimias, las amaurosis y otros fenómenos como los seudoperceptivos son típicos de la histeria. Lo que llama la atención es que esta paciente con una infancia tan traumática, con la madre prostituta, con el maltrato, con el padrastro eventualmente violador, con esa carencia afectiva tan dramática, ha podido obtener logros: se pudo casar, tuvo relaciones adecuadas con el marido, pudo criar varios hijos y disfrutar de los nietos. La internación de seis meses, me permito repetir, seis meses metida en el hospital, trastocó su existencia e hizo aparecer la profusa sintomatología, produjo en ella un cambio

y generó su profunda regresión que estamos viendo. Habría muchas cosas que decir pero dejo a los compañeros que viertan su opinión acerca de esta interesante enferma.

Dr. Guzmán Martínez Pesquera: Quería comenzar diciendo que nunca vi una hemipléjica que escriba, como lo hace esta paciente. Hay que tener en cuenta que la enferma ha sido sometida a una histerectomía en el año 2002, se le realizó ligadura tubaria a los 27 años, hizo una depresión mayor; estuvo internada por seis meses que es un período prolongado, donde se puede oír comentarios de cuadros médicos. Presenta profusos síntomas conversivos: hizo lipotimias, amaurosis, alteraciones de la sensibilidad, paresias, trastornos de la marcha, incontinencia urinaria y fecal, sin tener nada neurológico que lo explique. Eso significa una regresión. Tuvo además una disartria progresiva, fenómenosseudoperceptivos: “oía a la hija muerta”, se perdió en la calle, todo lo cual es típico de los cuadros histéricos. Tiene una dificultad en el relato cronológico de su biografía, fenómeno que se ve frecuentemente en pacientes de nivel intelectual bajo. Por otra parte, yo creo que tiene elementos de culpa y minusvalía. Como otros síntomas presenta un apragmatismo global, tuvo dos intentos impulsivos de autoeliminación, con dos internaciones psiquiátricas después de los 30 años. Ella dice haber padecido depresión. En lo biográfico, existió un maltrato en la infancia y relata un intento de abuso sexual a los 14 años, que probablemente sea cierto. Pero hay algo que valoraría como fundamental, el hecho de tener un nivel intelectual bajo, ya que hizo primaria con dificultades. Tiene además un marido que se preocupa mucho de ella. Este dato, aparentemente poco relevante, creo que es de gran valor dado que es una conducta habitual en lo que antes llamábamos “marido de histérica”. Son personas que se preocupan excesivamente de las esposas y que frente a cualquier síntoma que esta refiere, corren en busca de ayuda médica, que todos sabemos contribuye desfavorablemente en el curso de la enfermedad.

En el examen se muestra muy pueril, exageradamente pueril, de tal forma que se nos

presenta como una niña pequeña. En lo que se refiere al trastorno del lenguaje, no creo que se trate de una afasia, sino que es el lenguaje pueril de una histérica.

Un dato que no puede dejar de valorarse es el hecho de haber visto por lo menos a seis médicos diferentes, y que en este momento la siguen viendo; está contentísima con esto y de igual forma se mostró acá en el ateneo, lo que me trajo a la memoria el famoso cuadro de la Clase de Charcot en la Salpêtrière. Además, hay un examen neurológico de una colega de la cátedra de neurología que descarta la causa orgánica.

Creo que por el hecho de tratarse de síntomas catalogados como “funcionales” o conversivos no se les puede dejar de atribuir una gran gravedad, sobre todo porque se han cronificado.

En suma, yo diría que es una paciente con un bajo nivel intelectual, que tiene síntomas conversivos, que tiene una familia y sobre todo un marido muy complaciente y preocupado por su enfermedad; pero que tiene fenómenos iatrogénicos muy importantes, ha visto gran cantidad de médicos, los elige ella y eso está absolutamente contraindicado. Como final, diría que como síntomas más fácilmente tratables están los elementos depresivos y de angustia, por lo cual propongo el uso de ISRS a altas dosis y un proceso psicoterapéutico. Agregaría que no creo que esté indicada la comitoina, dado que para eso debería de tener crisis epilépticas y foco en el EEG.

El otro tratamiento, y teniendo en cuenta la gravedad del cuadro clínico, es la electroconvulsoterapia.

Dr. J. C. Alcántara: Yo creo como usted que hay que tratar las crisis epilépticas pero también hay muchos pacientes con crisis epilépticas con EEG normal.

Dr. M. Orrego: Los clínicos, como profesionales, estamos encargados de resolver problemas. Aun dudando de nuestros diagnósticos hipotéticos, muchas veces debemos efectuar terapéuticas con criterio de prueba (ensayo y error). Lo que ha de quedar claro es que

los tratamientos en materia de diagnóstico diferencial de epilepsia han de efectuarse a la persona y no al EEG; es un viejo problema académico, que algún día se va a resolver con mayor rigor. Las epilepsias son enfermedades de diagnóstico clínico, a ser efectuado por epileptólogo experimentado, con formación básica en neurología o neuropsiquiatría, dependiendo del tipo de manifestación crítica. Se reconoce que hay epilepsias con EEG normal de superficie –registra un 25% de la corteza– aún con registros prolongados en condiciones de activación extrema de privación de sueño de 26 horas y sueño posterior; a veces se requiere la reiteración de estudios o electrodos de profundidad para identificar la disfunción neuronal paroxística. La identificación se encuentra en el rango de la especulación dado que las evidencias son solo circunstanciales (experimenta crisis con alteración de conciencia con caída al suelo) y coincidiendo con la opinión de neurólogo tratante habría que discernir si son de origen comicial o extracomicial.

Pero además y en comorbilidad, es notorio que la paciente es portadora de un trastorno psiquiátrico crónico y grave. La estimación que realizo es que en la clínica predomina un síndrome conversivo de características crónicas.

Hemos comprobado la resolución de conversiones crónicas. Durante la década del 70 estuvo internada una persona cuya adolescencia transcurrió en sala 19, con diagnóstico de porfiria y pie varo equino bilateral “orgánico”. Se resolvió en el curso de una relación de amor, con un preso que trabajaba (buena conducta) en el área administrativa del hospital. Considero que hay que incorporar mayor pertinencia en la evaluación de la dimensión humana cuando interpretamos los síntomas en la práctica médica, dado que hay trastornos que identificamos erróneamente durante años como orgánicos y la corrección del malentendido la realiza la vida.

Creo que hoy tenemos la oportunidad frente a la refractariedad de plantearnos dudas respecto a los diagnósticos y tratamientos efectuados, formulando hipótesis alternativas a discernir, incluyendo eventualmente la

mencionada condición –aun a riesgo de ser muy especulativos– que se puede estar manifestando un síndrome conversivo, encubridor de depresión mayor. Aparentemente, lo que ocurre con la complicada internación es la movilización del duelo por la muerte de la hija, históricamente referida en su discurso y en información concurrente que proporciona: la depresión mayor se resuelve circunstancialmente cuando cuida a los nietos. El dato es relevante, porque ninguna depresión mayor se resuelve a través del desempeño de un rol; una interpretación plausible es que el desempeño del rol de abuela repara el duelo. En la misma línea de pensamiento se puede estimar que la voz añorada, de pleno dominio durante la entrevista, pueda estar relacionada a la expresión dramática de mecanismos identificatorios con la hija muerta, para balance compensatorio del duelo. Estas hipótesis obviamente requieren contrastación en trabajo psicoterapéutico focal, a tiempo y dosis debidos.

Entiendo que en los últimos tres meses ella ha tomado la decisión de separarse del esposo e hijo, “dejándolos libres en la vida”; preocupa desde la perspectiva del pronóstico vital, porque puede estar anticipando una decisión más trágica.

En el orden estratégico clínico corresponde hacer pruebas de diagnóstico diferencial para conversiones, induciendo sueño farmacológico con BDZ y evaluando en la recuperación de la conciencia, cuando todavía no se encuentra bien organizado el psiquismo, si permanecen o desaparecen los síntomas (hemiparesia y voz añorada).

Desde el punto de vista neuronal disfuncional hay evidencias al SPECT de alteración frontal izquierda y tèmoro-parietal derecha, a considerar, porque los trastornos en el lenguaje y la prosopagnosia circunstancial pueden tener una dimensión biológica sobregregada a la conversiva.

De modo diferido, si identificáramos prevalencia de patogenia psicógena se encuentra indicada la psicoterapia focal intensiva, dirigida específicamente a reparar el duelo, teniendo presente que el trastorno puede ser reversible aun siendo crónico. Como institución hemos medicado pero no trata-

do el duelo movilizado por la histerectomía y castración, en ausencia de continuidad de reemplazo hormonal.

Dr. Enrique Galeano: La paciente tiene una sintomatología proteiforme donde cada síntoma terminó con un especialista al lado, donde no hubo nada que globalizara la situación; inclusive ahora estamos discutiendo si la prosopagnosia o la hipoperfusión pueden ser un síntoma en sí mismo como lesión; la alteración anterior izquierda se puede ver también en pacientes con trastornos afectivos. Creo que es una paciente que no solo viene crónicamente enferma sino también crónicamente tratada y nunca pasó nada, en el sentido de que nunca se le pudo dar una respuesta específica. Yo creo que sí se puede globalizar o encarar esto como si fuera un cuadro histérico y al menos hacer un ensayo terapéutico, y creo que medicamentoso sí, creo que se precisa acá un enfoque de despertar de conciencia, ver en qué momento se lo puede agarrar, sea por hipnosis o por ensueño dirigido o por una terapia hecha bajo anestesia, bajo amobarbital. Allí, regresa, llevarla y traerla durante el proceso terapéutico, y si no funciona, yo la pasaría a hacer un ensayo de electroconvulsoterapia. Se puede hacer primero esto y segundo lo otro, pero creo que estamos en un nivel donde hay que ser más incisivo en el tratamiento de la paciente porque si no no sale.

Hay además que ponerle límites a todo este entorno, y a nosotros mismos, porque creo que si mañana aparece otro síntoma histérico va a ir a otro especialista más y ahí empieza todo nuevamente a ver si esto es orgánico o psicógeno, y nunca la paciente se termina de globalizar en una sola patología que es lo que tenemos que hacer nosotros para ayudarla y sacarla de este cuadro que evoluciona cada vez peor.

Dr. Luis Villalba: Me resultó muy interesante el material de la paciente. Pensé en hacer un diagnóstico tipo DSM-IV ya que podía codificar para varios diagnósticos: episodio depresivo, trastorno conversivo, trastorno disociativo. Parece una profusión enorme

de diagnósticos; sin embargo, en realidad la paciente padece una histeria grave. Es importante volver a traer la idea de neurosis histérica grave, como algo que da cuenta de lo que le pasa a esta paciente. Renovamos la polémica entre lo neurológico y lo psicológico, típica en la histeria, siendo en gran parte la historia de la histeria. Pienso que verlo como cosas contradictorias puede no ser lo mejor; puede haber muchos casos con trastornos neurológicos donde además se agregan trastornos conversivos, es importante mantener cierto cuidado en este sentido. Con respecto al porqué, pienso en una neurosis histérica. Además de los síntomas conversivos y disociativos, la paciente trae una biografía que apoya esa idea. Tuvo una muy mala crianza, una madre prostituta, abandonada, un padrastro alcohólico, un maltrato infantil grave, y con frecuencia se observa esta asociación de una infancia muy desdichada y los síntomas que presenta. Sin embargo, ella logró estructurarse bastante bien, mostrando aspectos resilientes que le permitieron formar una familia y trabajar con cierto grado de eficacia.

Para su nivel intelectual habría que hacer una disquisición, la conflictiva psíquica muy importante se presenta como un retardo mental; por lo tanto, es un aspecto a pensar.

Desde el punto de vista clínico y terapéutico estos pacientes generan un problema en cuanto a la profusión de técnicos que aspiran a solucionar su padecimiento, generando muchas veces un furor terapéutico que es importante atenuar.

En este caso en particular sería fundamental que solo un psiquiatra se haga cargo, centralizando la atención; estableciendo un buen vínculo, una alianza terapéutica, con cierto grado de calidez y empatía, que establezca lo que se llama criterios inespecíficos de la psicoterapia. A su vez, hay que cuidar lo que es la contratransferencia negativa; los sentimientos hostiles muchas veces se pueden expresar en los tratamientos que se intenta instaurar. Trataría de mantener consultas semanales. Uno de los aspectos, que se recoge de la literatura sobre los trastornos conversivos y disociativos, la histeria en el sentido reactualizado, es no hacer un

uso excesivo de la medicación, apuntando a los síntomas diana, síntomas de ansiedad y angustia y síntomas depresivos.

La situación de internación hospitalaria fue traumática, se la separó de su familia por un período prolongado, se le quitó algo que tiene que ver con la sexualidad, impidiéndole tener más hijos.

La imposibilidad de hacer duelos, como decía el Prof. Orrego, está vinculada a su estructura de personalidad; por lo tanto, hacer una terapia focalizada de los duelos creo que no sería de lo más eficaz. Además es un trastorno crónico, con una mala evolución propia de una enfermedad grave. Hay que diferenciar en la neurosis histérica, la histeria más regresiva de la más evolucionada. Esta paciente es de las más regresivas, yo pienso que tanto el trastorno del lenguaje, la encopresis y la enuresis dan cuenta de una regresión enorme que tiene un sentido en el contexto de su infancia. Creo que estableció ese vínculo con el marido que fue bueno, y habría que favorecerlo de alguna manera.

Dr. E. Galeano: Si bien estoy de acuerdo con el enfoque psicopatológico de la paciente, no creo que ella esté en condiciones actuales de dar mucho más de lo que tiene, si no es haciendo una modificación incisiva en su tratamiento. Simplemente, con un interrogatorio normal no creo que se mueva mucho.

Dr. A. Ginés: Nuestro razonamiento habitual supone identificar cuadros reconocibles incluidos en sistemas consensuados de referencia y en función de ellos hacer los diagnósticos, planificar las acciones terapéuticas y evaluar los resultados. Pero sucede generalmente, y por eso se recurre a la comorbilidad, que los seres humanos tenemos una densa complejidad actual e histórica, y eso hace que en general las presentaciones en nuestros servicios de salud sean el resultado de múltiples complicaciones y durante largo tiempo; el cuadro típico, “de manual”, sólo aparece en algunas situaciones muy limpias de peripecia.

Esta paciente muestra una historia fraguada en la adversidad con múltiples episodios

conmovedores que perturban el curso de su existencia. Pero aun así, en estas pésimas condiciones familiares y sociales, logró construir un devenir existencial relativamente adaptado hasta los sucesos que se desencadenan con posterioridad a la intervención ginecológica con graves y penosas complicaciones. En esa internación de seis meses, que no era de esperar para el plan quirúrgico propuesto que habitualmente supone algunos días, se suceden importantes complicaciones que implican estrés agudo y reiterado, es decir, una situación traumática prolongada. Es allí donde emerge la florida sintomatología que ya ha sido destacada, como producción psicopatológica de ostensible vertiente histérica.

Es resumen: vulnerabilidad psicopatológica por las adversas condiciones de desarrollo psicosocial, grave y prolongado estrés en escenario médico con amenaza corporal y subjetiva en condiciones de indefensión, que moviliza una amplia gama de procedimientos conversivos y disociativos con fuerte regresión de conductas. Para mayor infortunio de esta señora, el complejo traumático encendido durante la internación, reactivó y actualizó la serie mórbida de los adversos episodios de su existencia que ahora operan con toda su fuerza patógena sumados a los recientes. Es probable que esta reactivación de complejos históricos personales explique, en parte, la persistencia de la sintomatología. La señora padece, además, alteración del ánimo con afectación de la autoestima, visión peyorativa de sí misma y del futuro.

La estrategia terapéutica debe incluir la asistencia del sufrimiento personal de la paciente e incorporar también al núcleo familiar afectado y distorsionado por el estado de la paciente, que realimenta los fenómenos psicopatológicos. El equipo de salud debe integrar sus acciones evitando incrementar las tendencias disociativas y de beneficio defensivo y rediseñar el plan terapéutico poniendo énfasis en la aproximación a la problemática psicopatológica de la paciente y la asistencia a la familia. El buen arte psicoterapéutico buscará evitar el reforzamiento de las defensas psicopatológicas y promover con cautela, al mínimo costo de dolor psicológico, la elaboración de diver-

sos duelos traumáticos. Una buena alianza terapéutica supone en esta señora el pacto implícito de tener suficiente tolerancia con la persistencia de los síntomas, para que ella se sienta bien atendida y adhiera al trabajo terapéutico, pero a la vez mantener con firmeza la aproximación inteligente y progresiva a los dolorosos conflictos a los que no está dispuesta a aproximarse. La medicación puede ser de utilidad empleada con flexibilidad y oportunamente en relación con la sintomatología emocional y del ánimo.

Con relación al peso que pudieran tener daños neurológicos eventualmente producidos durante la complicada internación, no ameritan formular alternativas diagnósticas a esta situación clínica de tan rica y florida determinación psicológica y psicosocial, salvo recordar que los síntomas conversivos muchas veces se apuntalan en alteraciones corporales relativamente leves que se exageran, se expanden y dramatizan, al servicio de la sobredeterminación psicopatológica.

Dra. S. Bocchino: Yo quería retomar algo de lo que dijo el Dr. Galeano: tenemos que organizarnos nosotros, porque es una paciente que presenta mucha sintomatología. Si nosotros vemos una paciente que padece lipotimias frecuentes con caídas prolongadas de más de dos horas de duración, con alteraciones de la sensibilidad, amaurosis reversibles, fenómenos disociativos y seudoperceptivos, esa semiología nos orienta a plantear que la paciente presenta una histeria, y una histeria grave. Por otro lado, y retomo lo que decía el Prof. Orrego, el trastorno del lenguaje que presenta esta paciente es una manifestación regresiva, y más que un trastorno afásico, parece una niña balbuceante cuando habla y cuando escribe. Ustedes vieron que la escritura es la de una niña preescolar. Me gusta más la explicación del Prof. Orrego que la del Prof. Ginés, en este sentido: creo que esto tiene que ver con el duelo que ella hace. Sabemos que las personas histéricas tienen dificultades con la identidad y creo que la regresión que presenta esta paciente puede interpretarse como un intento de elaborar un duelo mediante la identificación con el objeto perdido que es su hija; ella se

siente cómoda entre los niños, porque es una niña más. Me parece que el problema que nosotros debemos enfrentar ahora es la terapéutica, porque, con el mayor respeto, creo que el equipo de salud ha actuado de manera iatrogénica con esta paciente, y me refiero a las diferentes especialidades que ha consultado. ¿Qué hacer ahora? Es una paciente portadora de una histeria grave. Debemos preguntarnos si en el Hospital de Clínicas o en el Hospital Vilardebó tenemos los recursos como para tratar una patología de esta entidad. Sabemos que las histéricas sufren de reminiscencias, pero se curan recordando. Sería necesaria una terapia analítica bien instrumentada, y me pregunto si tenemos los recursos para implementar una estrategia de este tipo. Estoy de acuerdo con el tratamiento farmacológico de lo sintomático. Quiero mencionar también que el defecto en la perfusión frontal izquierda que muestra el SPECT, puede corresponder al cuadro depresivo que presenta la paciente, y es funcional, no tiene por qué significar ninguna lesión en particular. Reitero que me parece que el problema en este caso no radica tanto en el diagnóstico, sino en la estrategia que logremos implementar.

Dr. M. Orrego: Pienso que relativamente más que la estructura psíquica de la paciente lo que ha fallado es la estructura de salud. Debe jerarquizarse el componente traumático y adaptativo en la producción de la catástrofe a partir de la internación médica-quirúrgica prolongada. Puede ser crucial la reorientación del tratamiento, posibilitando la emergencia de potencialidades con psicoterapia específica focal, recordando la capacidad de resiliencia efectiva anterior de la paciente: logró hacer su vida (pareja estable, sostén en el hogar, crianza de hijos) y no solo sobrevivir, con períodos intercríticos satisfactorios prolongados (internaciones de IAE inicial y posterior depresión).

Dr. L. Villalba: No hay muchos estudios empíricos sobre cuál es la psicoterapia más adecuada para el trastorno conversivo y disociativo. Lo que está escrito es que la terapia cognitivo-conductual puede ser

adecuada; la terapia interpersonal, que aquí no se hace, puede ser adecuada; la terapia dinámica breve también. Si apuntamos al diagnóstico más de la personalidad, acá se complica. Todos los trastornos comórbidos complican los tratamientos, en los estudios se buscan los pacientes que tengan síntomas específicos. Para la psicoterapia es mucho más difícil establecer criterios diagnósticos fijos, entonces acá me parece que hay que hacer un tratamiento prolongado.

Dr. E. Galeano: Hay que decir que el manejo de la histeria con la electroconvulsoterapia no está aceptado a nivel internacional. Pero que en la práctica hemos tenido situaciones con buena evolución o que por lo menos han abierto el esquema para que se pueda trabajar con ellas, que es lo que yo veo acá. Creo que, como decía Ginés, con respecto a cómo se manejó la paciente en otros servicios de medicina, lo único que hicieron fue sostener y profundizar la clínica de histeria de la paciente; por algo viene cada vez peor.

El enfoque comprensivo que se le hizo lo que provocó fue profundizar el síntoma, porque le favoreció el beneficio secundario.

Dr. José Otegui: Ante todo quiero agradecer especialmente la invitación que se nos hizo llegar para participar en este ateneo. Para mí ha sido muy interesante volver a presenciar una actividad académica en la que se han vertido puntos de vista a veces contrapuestos pero en todos los casos bien fundamentados, lo que nos ha permitido una mejor comprensión de la paciente.

Sobre los aspectos clínicos y diagnósticos no me corresponde agregar nada; se han escuchado aquí opiniones más autorizadas que la mía y coincido con la mayoría en que el tratamiento de la paciente debe ser fundamentalmente psiquiátrico. Mi comentario se circunscribe a la eventualidad del uso de la ECT en el tratamiento de esta paciente.

El Dr. Galeano planteó distintas alternativas terapéuticas (hipnosis, inducción del sueño con barbitúricos y ECT) ante el fracaso de las técnicas que se han utilizado hasta el

momento. Como él mismo lo subrayó, la ECT no forma parte del tratamiento de la histeria. No obstante, la gravedad y progresión de la sintomatología de la paciente a pesar de estar recibiendo una atención multidisciplinaria (psiquiatría, neurología, fonoaudiología, fisioterapia), obligan a plantear otras opciones terapéuticas.

¿Se puede plantear la ECT en esta paciente?

En este momento de su evolución pienso que se podría plantear. A pesar de los encomiables esfuerzos del equipo que la trata, la paciente exhibe una sintomatología grave, incapacitante y progresiva. Se cumplen algunas premisas que justifican lo que se ha denominado uso secundario de la ECT¹:

a) No hay respuesta a los tratamientos que se han utilizado.

En realidad, para poder establecer firmemente esta falta de respuesta habría que asegurar previamente un cumplimiento adecuado de la estrategia psicofarmacológica, que hasta el momento la paciente no ha realizado según se señala en la historia clínica. Tampoco sabemos si se han agotado los recursos psicoterapéuticos. Cuando se confirme que se han agotado los recursos psicoterapéuticos y farmacológicos se podría ensayar otras opciones. Pero debe tenerse en cuenta que la falta de respuesta a la medicación psicotrópica y a la psicoterapia marca también una menor probabilidad de respuesta favorable a la ECT.

b) Hay deterioro de la condición psiquiátrica de la paciente; los síntomas no solo no mejoran sino que se agravan y cronifican progresivamente.

c) Hay antecedentes de respuestas favorables al uso de ECT en cuadros similares. Aclaremos de entrada que no hay ensayos controlados que sustenten esta utilización; dada la rareza con que se plantea el uso de la ECT en estos casos, es muy difícil que pueda realizarse un ensayo adecuado. No obstante, existen por lo menos evidencias limitadas de la eficacia de la ECT en el tratamiento de síntomas conversivos graves.

Como ha señalado Abrams², si un clínico ha utilizado exitosamente la ECT en circunstancias similares en el pasado, está justificado hacer un nuevo ensayo con esta terapéutica, especialmente cuando las otras opciones de tratamiento han fallado.

¿Se puede predecir una respuesta a la ECT en esta paciente?

No. El uso de la ECT en estos cuadros es excepcional y como opción terapéutica extrema ante el fracaso de otras. Solo pueden mencionarse a su favor algunas referencias. En los tiempos en que, por la escasez de otros recursos terapéuticos, la ECT se utilizaba en un espectro de indicaciones mucho más amplio que el actual, se publicaron casos de éxito del tratamiento en parálisis histéricas. Ya entonces (1943) se recomendaba aprovechar el período del despertar del electroshock para hacer mover la extremidad paralizada. Sin embargo, en 1952 Kalinowsky³ señalaba que los casos de histeria de conversión tarde o temprano exhiben resultados insatisfactorios a las terapias de choque, aunque los pacientes con síntomas depresivos subyacentes (y esta paciente los tiene) obtenían mejores resultados.

En nuestra experiencia podemos mencionar tres casos que recuerdo con respuesta favorable. El más notorio fue el de una paciente con una amaurosis histérica de instalación relativamente reciente; su psiquiatra, que también es psicoanalista, trabajó en el despertar de la única sesión de ECT que se le hizo, logrando la remisión completa del síntoma.

Los otros dos casos (amaurosis y hemiplejía histérica) llevaban una duración más prolongada de los síntomas y no recibieron una actuación psicoterapéutica en el despertar de las sesiones de ECT. También se logró la remisión de la sintomatología, pero al cabo de series de 10 a 12 sesiones de ECT.

En esta paciente la sintomatología es más compleja que en los casos citados: aquí hay hemiparesia, hemianestesia y trastorno del lenguaje. No conocemos casos similares sobre todo en lo que se refiere al trastorno del lenguaje, por lo cual la eventual respuesta a la ECT en este caso es aun más difícil de predecir. Pero si la paciente sigue evolucionando

hacia una progresión y cronificación de estos ya muy graves síntomas conversivos que exhibe, creo que es válido ensayar otras opciones de tratamiento entre las cuales debe ser considerada la ECT.

Dra. Cristina Vázquez: [No pudo concurrir al ateneo, por lo que envía su opinión académica.] El examen neurológico no evidencia ningún signo que asegure la organicidad del cuadro clínico. El lenguaje no corresponde al perfil de ninguna afasia y los trastornos articulatorios no son de ningún diafragma en especial, no es espástico, no es parético, no es distónico ni escandido. Lo único constatable en el sector espinal es el déficit motor y sensitivo en miembros derechos, sin hiperreflexia, sin espasticidad, sin Meyer ni Babinski, con corneano simétrico, y con una postura en miembro inferior derecho que solo es explicable por una hipertonia que no tiene.

La incontinencia doble tampoco es explicable por una causa neurológica, ya que no existen evidencias clínicas de un síndrome ni frontal ni medular ni periférico, que puedan explicar estos trastornos.

En cuanto a los episodios de pérdida de conocimiento, categóricamente no corresponden ni a crisis ni a síncope; la sola duración de dos horas excluye estas posibilidades independientemente de resultados del EEG.

Si bien la paciente atravesó situaciones de posible agravio anoxo-isquémico infecciosos metabólico, etc., que hubieran podido generar lesiones focales o difusas, el comportamiento lógico de estas situaciones es de una lesión focal o encefalopatía estática no progresiva, lo cual se aleja de la situación clínica de esta enferma que ha ido progresando en el tiempo desde su internación, a pesar de todas las medidas de rehabilitación que realizó.

No descarto la posibilidad de que pudiera haber tenido algún agravio o lesión, lo que sí afirma categóricamente que la clínica progresiva, las fluctuaciones, los episodios "críticos" y la ausencia de parámetros clínicos y paraclínicos de organicidad no son compatibles con ninguna afección neurológica conocida.

Dra. Carina Ricciardi: Yo les agradezco mucho a los colegas, la presencia, el interés y las opiniones. Creo importante también decir que la histeria no es un diagnóstico de exclusión, es un diagnóstico clínico positivo y de hecho revisiones contemporáneas sobre la certidumbre diagnóstica de la histeria (en lo referente a los síntomas conversivos, específicamente), nos dicen que nos equivocamos bastante, pero me parece que en esta paciente la cronicidad que le juega en contra en el pronóstico nos juega muy a favor para aclararnos la certeza diagnóstica. Yo creo que esta paciente es típica; se presentaba igual la histeria hace cien años que lo que está presentando ella ahora. Me parece también que si hay algo pendiente para la histeria en la era de las neurociencias y la neuroimagen es encontrar bases biológicas contundentes y coherentes. Creo que eso va a favor de afianzar la vigencia de lo psicopatológico en la histeria; es la entidad por excelencia donde todo esto es tan vigente como cien años atrás.

A mí me preocupa de esta paciente la mala evolución; yo la vi en el postoperatorio inmediato en la interconsulta, y era una mujer que hablaba normalmente, que estaba deprimida y angustiada. La vi nuevamente hace unos meses y estaba en esta situación. Creo que más allá del furor terapéutico que genera en uno, como decía Luis Villalba, de tratar de hacer algo por esta paciente, hemos hecho lo que está escrito en los libros, hemos actuado como actuó la familia, la tía y el esposo, generando el beneficio secundario que ha perpetuado esta mala evolución, enviándola a tratamiento en fisiatría y fonoaudiología.

Por eso estamos tentados a actuar con otras medidas, teniendo en cuenta que tampoco hay tratamientos muy consensuados a nivel local ni internacional. Intentando provocar con métodos que generen alteración de conciencia, como el uso de amobarbital o con la electroconvulsoterapia, alguna ventaja al menos transitoria que nos permita pararnos con firmeza en los criterios diagnósticos y esbozar alguna salida terapéutica.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *The Practice of ECT: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging*, (2nd edition). Washington (DC), American Psychiatric Association, 2001.
2. **Abrams R.** *Electroconvulsive Therapy*, (3rd edition). New York: Oxford University Press; 1997.
3. **Kalinowsky L, Hoch PH.** *Shock Treatment, Psychosurgery and Other Somatic Treatments in Psychiatry*. New York: Grune & Stratton; 1952.