



Volumen 10, números 1-2, 2001

Página principal

El neurólogo frente a la histeria.

Dr. Marco Serrano-Dueñas

Presentación

Departamento de Neurología, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito

Equipo directivo y comité científico

Correspondencia: Dr. Marco Serrano-Dueñas,

Información para los autores

Casilla 17-03-1694, Quito-Ecuador.

INDICE

Revistas Anteriores

Envío de artículos

Enlaces a revistas médicas

Congreso virtual de neurología

Entre el 20 al 40% de los pacientes tratados por los neurólogos presentan síntomas inexplicables que terminan en muchos casos etiquetados como histéricos. La histeria ha sido prácticamente eliminada de los manuales de clasificación de las enfermedades psiquiátricas; en su lugar se emplean términos tales como: trastornos somatomorfes, de somatización o de conversión. Curiosamente hay enfermos que presentan síntomas y signos claramente psicogénicos y en quienes no puede ser establecido el diagnóstico de trastorno somatomorfo o de conversión; por otro lado bajo el título de Trastorno de somatización se incluyen –erróneamente- a entidades como la cefalea tipo tensional. Si recordamos que la histeria no es un término que involucre necesariamente una enfermedad categorial, es una palabra descriptiva; que no es obligatoriamente un sustantivo, que puede ser la mayoría de veces un adjetivo, y que, existe una clara influencia de lo psicológico sobre la funcionalidad neuronal; probablemente terminemos manejándonos mejor y de forma más cómoda ante los pacientes con síntomas y signos histéricos.

“... La historia de la histeria es una historia -un tanto histérica-: padece de personalidad múltiple, es tan difícil de expresar como la despersonalización, y parece vagar por los manuales al uso como los estados de fuga, colándose a veces donde no debe, e incluyendo cierta –amnesia- para el término en los sistemas de clasificación actuales ...” [1]. Con la libertad que permiten las palabras –como anotan esos autores-, iniciamos estas reflexiones.

En las líneas que siguen más que una ponencia pretendemos desarrollar, en realidad, un reconocimiento a la dificultad, no de diagnosticarla sino más bien de cómo denominar a estos síntomas y dentro de qué grupo etiopatogénico incluirlos. Y el justificante viene dado por la realidad cotidiana, en la que con la frecuencia esperada en estos casos (se manejan cifras de entre 20 a 40% de pacientes con síntomas inexplicables tratados por los neurólogos británicos: Mace and Trimble 1991, y Ewald et al 1994 –citados por Crimlisk [2]) se encuentran síntomas y signos primeramente inexplicables y posteriormente, algunos de ellos, etiquetados como “histéricos”.

La definición operativa de la histeria, que hacemos nuestra, es la de Marsden [3]: Pérdida o distorsión de una función neurológica, no completamente explicada por una enfermedad orgánica o funcional, excluida por el examen clínico y una completa investigación.

CONFUSIÓN E INTERROGANTES

La epidemiología no nos sirve a la hora de aclarar los interrogantes, pues sobre la frecuencia de la histeria, las cifras son bastante dispares; dependerán del lugar de donde provienen las muestras; así tenemos que Mai [4] la encontró en el 12,2 % de un total de 1752 consultas psiquiátricas consecutivas en un hospital general (13,8 % para las mujeres y 9,3 % para los varones). En tanto que Marsden [3] la reporta en el rango del 1 % de diagnósticos neurológicos. Los valores numéricos reportados son con frecuencia contradictorios; Stefansson et al (citados por Boffeli et al [5]) reportaron una incidencia anual de 0,02% en New York y de 0,01% en Islandia, a pesar de que la histeria es más frecuente en zonas rurales y grupos socioeconómicos deprimidos [6,7].

Por otro lado, esta confusión viene dada por los cambiantes conceptos y criterios sobre esta entidad, la histeria; por ejemplo, como señalan Kaplan et al [8]: “... En 1980 el DSM-II situó oficialmente a este grupo polisintomático de quejas somáticas en la categoría del trastorno por somatización, y los síntomas limitados a la esfera neurológica en la categoría del trastorno de conversión. Aunque el DSM-III-R introdujo síntomas no neurológicos en esta categoría, el DSM IV vuelve a restringir el diagnóstico a aquellos trastornos que sólo presentan síntomas de tipo neurológico...”.

En resumidas cuentas, la histeria se divide, según el DSM IV [9], en trastornos Somatomorfes y Disociativos; dentro de los primeros están los trastornos de Conversión, es decir, aquellas manifestaciones neurológicas de: “... alteración o pérdida de una función física que sugiere una enfermedad orgánica pero que de hecho es la expresión de un conflicto o necesidad psicológica...” [4]. En tanto que el ICD-10 [10] en el eje F 44, bajo el título de Trastornos disociativos (de conversión) y eje F 45 Trastornos somatomorfes incluye elementos que caracterizan a la histeria.

Frente a lo anterior, cabe una pregunta: ¿ por qué no denominarle simplemente histeria ? Es verdad que ese término tiene una connotación peyorativa, indiscutiblemente, para el paciente; pero también para el médico, tal como se ha señalado [3,5,11,12]. Pero no parecería que se haya ganado mucho cambiando la nominación.

Y la materia parece complicarse más cuando se señala, como lo hace Engel [13] que: “... los síntomas de conversión no están, de ningún modo, restringidos a los pacientes con diagnóstico de histeria...” ; o como se desprende de la serie de

enfermos con temblor psicogénico presentados por Gironell et al [14] que encontraron (criterios del DSM IV) que de 8 enfermos, en 4 hubo trastornos de somatización y solamente en 2 trastornos de conversión, es decir que el espectro de signos y síntomas histéricos vistos en la práctica neurológica escapan a los elementos que para la histeria (llámese trastorno de conversión) tiene el DSM IV.

Además, en cuanto a los movimientos psicógenos, autoridades como Koller et al [15], manifiestan que cuando un movimiento es concluyentemente psicógeno, el diagnóstico psiquiátrico asociado cae bajo las siguientes categorías: desórdenes somatomorfos, facticios, de ansiedad, simulación, depresión, y menos frecuentes desórdenes histriónicos de la personalidad. Es decir que lo histérico escapa al término y ámbito nosológico de la "histeria".

Finalmente, sólo para resumir y para complicar más las cosas, se escribe y habla sobre "Síndromes somáticos funcionales", definidos como: "... síntomas que después de apropiada investigación médica no pueden ser explicados en los términos que de forma convencional definen una enfermedad médica..." [16]; ¿ no serían síntomas conversivos o histéricos ?; curiosamente esos autores incluyen dentro de los neurológicos a la cefalea tensional, de la que autoridades en el campo de la cefalea, como Silberstein et al [17] y Jensen [18] claramente la definen como orgánica, y de la que recientemente demostramos que es independiente de la depresión [19], causa supuesta para una improbable psicogenicidad.

Así como en la reciente publicación de Simon et al [20] sobre síntomas somáticos y su relación con la depresión en la que se trabaja con tres conceptos: 1) Que los pacientes con somatización son aquellos que tienen enfermedades psiquiátricas pero que se presentan con síntomas somáticos; 2) Se hace énfasis en la asociación de depresión y síntomas somáticos médicamente inexplicados, ¿ histéricos ?; y, finalmente 3) La somatización es una defensa psicológica contra la expresión de un distrés psicológico, -¿ histéricos ?- pues son los fundamentos del DSM IV para trastorno de conversión. La última afirmación tiene características de referencia a hipótesis etiológica, conceptualización rechazada por Lipowski [21], "somatización" de la que este mismo autor dice que es -"un problema no resuelto de la medicina"- [22].

De lo que de forma sucinta hemos señalado, al menos se producen interrogantes, que por afán de acortar resumimos en las siguientes: 1) ¿ Por qué no llamar a todos estos síntomas y a veces signos como histéricos ?, en caso contrario ¿ cómo denominarlos ?; 2) ¿ Podemos confiar en criterios que son bastante dispares a los que se maneja en la neurología ?; el caso de la cefalea tensional es un claro ejemplo; y, 3) ¿ Hay signos histéricos sin que esté presente la enfermedad histérica ?

RESPUESTAS

Parece evidente que existen signos histéricos en ausencia de enfermedad histérica: Engel [13] así lo manifiesta; Marsden [3], de sus 34 casos personalmente observados encontró solamente en 7 de ellos (21%) criterios para etiquetarlos como síndrome de Briquet; el grupo de trabajo de Guze de la Universidad George Washington lo dijo claramente: "... los síntomas de conversión son una categoría puramente descriptiva ..." [5].

Así mismo, parece claro que hay un alto grado de coexistencia de desórdenes psiquiátricos y neurológicos junto a los signos histéricos; Ljunberg (citado por Boffeli et al [5]) de su muestra de 135 enfermos varones, encontró que 25,2% de ellos tenían trauma craneal. Marsden [3] halló coexistencia de enfermedad física en 44% de sus enfermos. Putnam [7] se refiere a una concurrencia del 50%. Crimlisk et al [2] encontraron la coexistencia de trastornos psiquiátricos y síntomas inexplicables en 75% de enfermos.

Existe por otra parte temor a su diagnóstico, puesto de manifiesto a raíz del trabajo de Eliot Slater [23] quien puso en duda la existencia de la histeria; posteriormente Slater and Glithero [24], en el seguimiento de 85 enfermos con diagnóstico de histeria, encontraron que el 58% desarrollaron una enfermedad orgánica; de los 32 restantes 8 tuvieron depresión y 2 esquizofrenia.

El equipo de trabajo de Marsden (Crimlisk et al [3]) que siguió durante 6 años a un grupo de enfermos con síntomas motores inexplicables (su artículo se titula " Slater revisited "), encontró que de 64 de ellos solamente 3 enfermos (4,6%) desarrollaron enfermedades que podrían explicar total o parcialmente los síntomas inicialmente etiquetados como inexplicables.

DUDAS

Es evidente que a la hora de su denominación hemos preferido al término "histérico"; el de "pseudoneurológico" que utiliza Shorter [11] nos resulta incómodo. Este problema es actual: recientemente Carson et al [25] reconocen que los pacientes con trastornos neurológicos, en los que concomitantemente se encontró ansiedad y depresión, presentaron síntomas que estos autores llamaron "inexplicables". Si seguimos el razonamiento que hizo Marsden [3], al cual nos adherimos, tenemos que el nombre de "funcional", como lo emplean Wessely et al [16] es inadecuado y lamentablemente muy utilizado, pues correctamente esa palabra designa una enfermedad sin patología visible debida a una trastorno en la función; el temblor esencial es un claro ejemplo. El término "conversión" presupone una patogénesis -en el sentido de Freud- que no siempre se encuentra [3,5,14].

Parecería que el término "psicogénico" es adecuado, y dentro de los trastornos del movimiento es ampliamente utilizado: "temblor psicogénico" [26], "disonía psicogénica" [27], "mioclonus psicogénico" [28], "parkinsonismo psicogénico" [29], "disquinesias psicogénica" [30], aunque A. Lewis (citado por Marsden [3]) creía que psicogénico era -una posición teórica inconsistente y misericordiosa-. El adjetivo pseudo (seudo) que significa supuesto o falso como "pseudoneurológico"

[11] es adecuado en estricto sentido semántico; se lo emplea frecuentemente para mencionar un entidad que parecería corresponder a una etiología clínica y se debe a otro motivo, por ejemplo: pseudodemencia, pseudobulbar, pseudomiotonía [31,32,33,34]; pero es incómodo para el uso diario, por ejemplo: marcha pseudoneurológica no significa lo mismo que marcha pseudoparética, esta última puede utilizarse para la marcha hipotónica que aparentaría debilidad.

Finalmente volvemos a la dificultad de la nominación, y debemos reconocer que nos entusiasmos con la postura de Marsden [3], que prefiere "histeria" y de la que Ford [12], resume: "... como dice Marsden, si no utilizamos la palabra histeria, ¿ cómo denominarla ? ... ". Histeria, es también un término ampliamente utilizado: "disonía histórica" [35], "marcha histórica" [36].

CONCLUSIÓN

Debemos reconocer y aceptar que tiene distinto significado el empleo de la palabra como adjetivo que si la empleamos como sustantivo; como señaló Slater [23], el adjetivo implica una descripción del síntoma y el sustantivo una enfermedad; y como escribió Marsden [3]: "... el problema con el uso de histeria ocurre cuando se toma como un diagnóstico antes que como una descripción... ". Tema fundamental –es puramente una categoría descriptiva- que el grupo de trabajo de Guze [5] delineó en 1962.

Para terminar, y dentro de la tónica de su etiología, la búsqueda de las causas de la fenomenología histórica, algunos de cuyos hallazgos han sido importantes, como la alteración del potencial cerebral progresivo (Bereitschafts-potential) encontrado en los sujetos con parálisis histórica [3], la lateralidad de los afectados y la teoría de "interruptores" [7], debe ahora incorporar el concepto de lo psicológico como modificador de la función cerebral, puesto de manifiesto por el grupo de Baxter et al entre 1992 y 1996 (citado por Price et al [37]) cuando demostraron que en enfermos con trastorno obsesivo compulsivo tanto el tratamiento con fluoxetina cuanto con terapia conductual disminuyó en 70% de los sujetos involucrados, la anormal hiperactividad del caudado derecho –demostrado con tomografía con emisión de positrones-.

REFERENCIAS

1. Baños RM, Belloch A, Ruipérez MA. Trastornos disociativos. In: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Vol 2. Madrid: McGraw-Hill, 1995: 271-297.
2. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *Br Med J* 1998; 316: 582-586.
3. Marsden CD. Hysteria-a neurologist's view. *Psychol Med* 1986; 16: 277-288.
4. Mai FM. "Hysteria" in clinical neurology. *Can J Neurol Sci* 1995; 22: 101-110.
5. Boffeli TJ, Guze SB. The simulation of neurologic disease. *Psychiat Clin North Am* 1992; 15: 301-310.
6. Gelder M, Gath D, Mayou R. *Oxford Textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
7. Putnam FW. Conversion symptoms. In: Joseph AB, Young RR. *Movement disorders in neurology and neuropsychiatry*. 2th ed. Oxford: Blackwell Science, 1999; 397-403.
8. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. 7^{ma} ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana, 1996: 636 (Synopsis of psychiatry. Williams & Wilkins, 1994 –traduction of Caballero Martínez L, Caballero Martínez C, Díaz Digón L, Herrero Gascón MJ, Iceta M, Sureda Caldenty B-).
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
10. World Health Organization. *Clinical description and diagnostic guidelines. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization, 1992.
11. Shorter E. The borderland between neurology and history. *Neurol Clin* 1995; 13: 229-239.
12. Ford CV. Dimensions of somatization and hypochondriasis. *Neurol Clin* 1995; 13: 241-253.
13. Engel GL. Síntomas de conversión. In: MacBryde CM, Blacklow RS. *Signos y síntomas*. México: Interamericana, 1973: 639-657 (Signs and symptoms, 5th ed. JB Lippincott Company, 1970 –traduction of Sapiña Renard S-)
14. Gironell A, López-Villegas D, Barbanj M, Kulisevsky J. Temblor psicogénico: análisis clínico, electrofisiológico y psicopatológico. *Neurología* 1997; 12: 293-299.
15. Koller WC, Marjama J, Troster AI. Psychogenic movement disorders. In: Jankovic J, Tolosa E. *Parkinson's disease and movement disorders*. 3th ed. Baltimore: Williams & Kilkins, 1998: 859-868.

16. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. *Functional somatic syndromes: one or many ?*. *Lancet* 1999; 354: 936-939.
17. Silberstein S, Lipton R, Goadsby P. *Headache in clinical practice*. Oxford: Isis Medical Media, 1998: 91.
18. Jensen R. *Pathophysiological mechanism of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies*. *Cephalgia* 1999; 19: 602-621.
19. Serrano-Dueñas M. *Cefalea tipo tensional crónica y depresión*. *Rev Neurol* 2000; 30: 822-826.
20. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. *An international study of the relation between somatic symptoms and depression*. *N Engl J Med* 1999; 341: 1329-1335.
21. Lipowski ZJ. *Somatization: the concept and its clinical application* *Am J Psychiat* 1988; 145:1358-1368.
22. Lipowski ZJ. *Somatization: medicine's unsolved problem*. *Psychosomatics* 1987; 28: 294-297.
23. Slater E. *Diagnosis of hysteria*. *Br Med J* 1965; i: 1395-1399.
24. Slater E, Glithero E. *A follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria*. *J Psychosom Res* 1965; 9: 9-13.
25. Carson AJ, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, Sharpe M. *Neurological disease, emotional disorders, and disability: they are related: a study of 300 consecutive new referrals to neurology outpatient department*. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2000; 68: 202-206.
26. Koller WC, Lang AE, Vetere-Overfield B, Findley L, Cleaves L, Factor S, Singer C, Weiner W. *Psychogenic tremors*. *Neurology* 1989; 39: 1094-1099.
27. Fahn S, Williams PJ. *Psychogenic dystonia*. *Adv Neurol* 1988; 50: 431-455.
28. Monday K, Jankovic J. *Psychogenic myoclonus*. *Neurology* 1993; 43: 349-352.
29. Lang AE, Koller WC, Fahn S. *Psychogenic parkinsonism*. *Arch Neurol* 1994; 52:802-810.
30. Ranawaya R, Riley D, Lang AE. *Psychogenic dyskinesias in patients with organic movement disorders*. *Mov Disord* 1990; 5: 127-133.
31. Walton J. *Brain's disease of the nervous system*. 9th ed. New York: Oxford University Press, 1985.
32. Adams RD, Victor M. *Principles of neurology*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1977.
33. Gilroy J, Meyer JS. *Medical neurology*. London: The Macmillan Company-Collier-Macmillan Limited, 1969.
34. Adams RD, Victor M. *Principles of neurology*. 5th ed. International Edition: McGraw-Hill, 1993.
35. Fahn S, Williams D, Reches A. *Hysterical dystonia, a rare disorder. Report a five documentd cases*. *Neurology* 1983; 33 (Suppl 2): 161.
36. Keane JR. *Hysterical gait disorders: 60 cases*. *Neurology* 1989; 39: 586-589.
37. Price BH, Adams RD, Coyle JT. *Neurology and psychiatry. Closing the great divide*. *Neurology* 2000; 54: 8-14.

Esta página está hospedada en www.medicosecuador.com



www.medicosecuador.com

- Directorio de Médicos
- Directorio de Empresas
- Consulta en Línea a Médicos
- Artículos para Pacientes
- Artículos para Médicos
- Congresos Médicos

Desea más información? [Búsquela en medicosecuador.com](http://www.medicosecuador.com)